

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

TERRITORIOS INSURRECTOS

REFLEXIONES DE CINCO LESBOFEMINISTAS SOBRE EXPERIENCIAS EN
PRÁCTICAS DE MEDICINA CONTRAHEGEMÓNICA ANTE EL BINOMIO RÉGIMEN
HETEROSEXUAL/MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

EN ABYA YALA

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA

Patricia Karina Vergara Sánchez

Director de Tesis

Dr. José Arturo Granados Cosme

Octubre, 2018

A todas las que nos dejaron pistas y dibujaron mapas en muros ocultos.

A las antepasadas que resistieron y siguieron andando.

A las primeras insurrectas.

A las que vendrán.

A aquellas que a esta hora y en esta era, están buscando cómo descorrer el cerrojo.

A las que están afilando la lanza...

Resumen

Cuando el modelo médico hegemónico no reconoce como sujeto de atención a las mujeres que desafían el mandato del régimen de la heterosexualidad, hay un componente de pedagogía política en las prácticas de una medicina que constriñe y reconoce los cuerpos de las mujeres sólo en sus funciones reproductivas y respecto a una sexualidad coital, lo que en sí es ya una mirada heterocentrada.

Entonces, como respuesta política, mujeres lesbofeministas de la Abya Yala están construyendo prácticas de atención en salud como una apuesta contrahegemónica que explora otras formas de acompañar los procesos de salud-enfermedad-atención y comienza a dibujarse la posibilidad de una construcción colectiva de un modelo médico desheterossexualizado.

Palabras clave: Régimen heterosexual; heterosexualidad obligatoria; modelo médico hegemónico

Abstract

When the hegemonic medical model does not recognize as a subject of attention women who defy the mandate of the heterosexual regime, there is a component of political pedagogy in the practices of a medicine that constricts and recognizes the bodies of women only in their reproductive functions and respect to a sexuality coital, which in itself is already a look centered on heterosexuality.

Then, as a political response, feminist lesbian women of the Abya Yala are building health care practices with a counterhegemonic commitment that explores other ways of accompanying the health care disease processes and the possibility of a collective construction of a medical model begins to be drawn de-heterosexualized.

Keywords: heterosexual regime; compulsory heterosexuality; hegemonic medical model

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. UN CAMPO POCO TRANSITADO	7
1.1 Consideraciones previas	7
1.2 El desencuentro	12
1.3 En la vida y los cuerpos concretos de las mujeres lesbianas	17
1.4 Aspectos teórico–metodológicos	28
1.4.1 Lugar de enunciación	30
1.4.2 Diseño de investigación	31
1.4.3 Actuantes	35
1.4. 4 Procesamiento de la información	38
II. ¿QUIÉNES HABITAN ESTOS TERRITORIOS?	40
2.1 Régimen heterosexual y heterosexualidad obligatoria	40
2.1.1 Producción y régimen heterosexual	40
2.1. 2 Heterosexualidad obligatoria	48
2.2 Breve genealogía del pensamiento y teoría lesbofeminista	58
2.3 Existencia lesbiana	62
2.4 Contexto regional	69
III.MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO	72
3.1 Sistema de producción y prácticas en salud	72
3.2 Medicina hegemónica androcentrada	77
3.3 La medicina hegemónica y el control sobre los cuerpos de las mujeres	82
IV.EL BINOMIO MMH/RH	88
4. 1 La salud, la discriminación y el estigma	88
4.2 La salud general de las mujeres lesbianas	92
4.3 Temas ginecológicos	94
4.4 Cuerpa lésbica	102
4.5 Primeros acercamientos sobre los PSEA de las lesbianas	105
4.6 Lesbianas y la consulta ginecológica	108
4.7 Nuda vida	111

4.8 Se prepara la revuelta	117
V. TERRITORIAS EN REBELDÍA	121
5.1 Miradas al binomio MMH/RH	122
5.2 Sobre la medicina hegemónica	131
5.3 Actuancias	140
5.3.1 El aborto como lugar de incidencia desheterossexualizante	142
5.3.2 Actuancia en recolección y difusión de saberes anti coloniales	144
5.3.3 Actuancia en la psicoterapia	144
5.4 Prácticas desheterossexualizantes	146
5.4.1 La recuperación del propio cuerpo	146
5.4.2 Hacia las otras, con las otras y espacios de mujeres	151
5.4.3 Expresadas	152
5.4.4 El cuestionamiento a la maternidad obligatoria	153
5.4.5 El aborto desheterossexualizado	156
6.4.6 El humor	160
5.4.6 La Desmedicalización/descolonización	162
5.5 ¿Y, la salud de las lesbianas?	171
5.6 Algunos esbozos hacia un modelo desheterossexualizado	179
A MODO DE CIERRE TEMPORAL	183
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188

INTRODUCCIÓN

...termino siempre riéndome después de hacer talleres, me gusta imaginarme que cada vez que se hace un taller, cada vez que alguien muestra su vulva abiertamente a un grupo de mujeres que está ahí, con su vulva también, cierto, tratando de entenderse más, se crea una fisura en el sistema.

(Anabel)

Cuando una mujer lesbiana requiere atención médica, ocurre que la atención brindada en los consultorios inscritos en el modelo médico hegemónico resulta inadecuada para sus necesidades y puede llegar a resultar violenta.

Incluso, hay un temor colectivo, temor fundado, en las comunidades lésbicas sobre la probabilidad de recibir maltrato lesbofóbico en los consultorios médicos. Este *desencuentro* entre la atención ofrecida y la atención requerida por las lesbianas como sujeta¹ de atención, tiene por consecuencias que las lesbianas asisten con menor frecuencia a realizarse pruebas preventivas o dejan de buscar atención médica, aun en casos de padecimientos severos (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006; Espartiles, 2006; Lunas 2006; ILGA 2007; RMSLAC 2007, Liga Brasileña Lésbica, 2010).

Este fenómeno es poco estudiado y poco visible en la literatura médica y aún en la literatura crítica a la atención hegemónica. Quienes se han ocupado, en la mayoría de los casos, de señalarlo han sido organizaciones políticas lésbicas, solicitando y proponiendo estrategias de visibilidad e inclusión hacia lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres. Sin embargo, estas propuestas implican una adscripción al mismo esquema de la “atención hegemónica” que privilegia la atención

¹ Durante el desarrollo de este trabajo utilizaré “sujeto” como el sustantivo general que se utiliza en distintas metodologías, refiriéndome a quien se supone posee voluntad y conciencia propias, mientras que el “objeto” es sobre quien se dirigen voluntades externas. Así mismo, utilizaré “sujeta” cuando necesite señalar que son mujeres quienes ejercen la conciencia y voluntades propias en determinados contextos y tramas de relaciones sociales a su alrededor.

a los cuerpos de las mujeres, respecto a una concepción de “mujer” relacionada con sus funciones reproductivas.

Desde una mirada distinta, otras mujeres, desde el lesbianismo², han radicalizado el análisis y pasaron de la solicitud de inclusión a cuestionar los fundamentos del modelo médico hegemónico mismo.

La teoría lesbianista explica, desde una mirada materialista, que la heterosexualidad es un régimen político que sirve para crear modos de vida que asignan a los hombres y a las mujeres funciones económicas de índole productiva y reproductiva que mantienen el orden social establecido (Rich 1985; Jeffreys, 1993; Wittig, 2006).

Cuando se aplica este análisis a las instituciones sociales concretas, es posible observar la dimensión estructural del “régimen heterosexual”³ actuando sobre las instituciones. En el caso del modelo médico, el análisis sirve para mostrar que está atravesado por los mandatos de ese régimen político y, por lo tanto, la atención que puede ofrecer responde, mantiene, refuerza y refuncionaliza a la heterosexualidad misma.

Como consecuencia de estos análisis críticos, un fenómeno que surge en el último lustro en distintos lugares de la Abya Yala,⁴ es que han sido creadas propuestas

² Corriente teórica y política que se enmarca en el feminismo radical. Cuestiona y desafía a la “heterosexualidad obligatoria”, concepción de Adrienne Rich en la obra *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana*, de 1985, que perpetúa la explotación de los cuerpos y el trabajo de las mujeres al servicio del sistema mundo patriarcal.

³ Concepto acuñado por Monique Wittig en “El pensamiento heterosexual escrito en 1978. en donde muestra que existe una estructura de la cual devienen una serie de instituciones procedimientos y valores que sustentan el poder de la heterosexualidad normando y controlando las sociedades contemporáneas, por lo tanto, su poder es político.

⁴ Utilizo la denominación *Abya Yala* para referirme al territorio que, tras la llegada de los europeos, fue nombrado *América* por los colonizadores. *Abya Yala* para el pueblo Kuna, pueblo que hoy en día habita la región al sur de Panamá y el norte de Colombia significaría: “tierra madura, tierra de sangre”. También, he encontrado que Abadio Green Stocel, indígena Tule o Kuna (2010), explicó que la denominación se compone de “Abe”, que quiere decir “sangre”, y “Ala”, que es “como un espacio, un territorio, que viene del orificio de la Madre Grande”. Aun cuando es probable que en su concepción original, el pueblo Kuna no se refiriera a todo el continente, sino a la región que concebía a partir de su interacción con otros pueblos y aun cuando los diferentes pueblos originarios que habitan el continente atribuyeran nombres propios a las regiones que ocupaban “Tawantinsuyu” para el imperio Inca; “Cem Anáhuac” para el territorio conocido por el imperio Mexica o “Ixachilan”, refiriéndose a todo el continente; “Pindorama” para el pueblo Guaraní, la expresión “Abya Yala” es cada vez más usada por los pueblos originarios de la región desde una postura anticolonial y descolonial que da espacio a la creación de una noción de subjetividad colectiva de reconocimiento y hermandad en esta resistencia, en contraposición a la apropiación de nuestros territorios desde la denominación impuesta “América”. La primera vez que la expresión fue explícitamente usada

autogestionadas de mujeres lesbianas que, al pasar del cuestionamiento a la acción, realizan distintas prácticas en salud con intenciones explícitas de contrahegemonía a la medicina devenida del régimen heterosexual.

Desde la Salud Colectiva resulta de particular interés abordar esta respuesta social desde las sujetas y su autogestión pues permite, precisamente, desde una metodología de la salud colectiva: pasar de considerar que existe un fenómeno de responsabilidades individuales que se atiende con talleres para exigir derechos y sensibilizaciones o protocolos respecto a la discriminación como se podría entender desde el modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS que, de acuerdo con Brehil, perpetua el “causalismo” de la epidemiología clásica y convierte los asuntos estructurales de la determinación social en variables adicionales del modelo clásico, sin el componente histórico, ni una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado (Brehil, 2013). Mientras que proponerse intentar comprender el fenómeno desde la *determinación social* permite abordarlo desde una dimensión que implica la relación entre el modo de producción vigente y sus expresiones concretas en la salud.

Por ello, en las páginas siguientes se indaga sobre las prácticas en salud que realizan cinco mujeres lesbofeministas de la región, prácticas que ellas mismas como sujetas enunciantes y actuantes, nombran “medicina”.

Este trabajo pretende un primer acercamiento exploratorio, descriptivo y comprensivo a los procesos que gestan las prácticas en salud de estas mujeres. Se indaga, a partir de sus reflexiones, acerca de dónde vienen estos planteamientos,

con este sentido de unidad política de recuperación nominal de nuestra tierra fue en la II Cumbre Continental de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas de Abya Yala, realizada en Quito en 2004 y ya para 2007 en la III Cumbre Continental de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas de ABYA YALA, realizada en Iximche, Guatemala, como se lee, se autoconvocan explícitamente desde la noción de un Abya Yala. Cabe acotar que en esa misma cumbre se creó la Coordinación Continental de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas de Abya Yala “como espacio permanente de enlace e intercambio, donde converjan experiencias y propuestas, para que juntos enfrentemos las políticas de globalización neoliberal y luchar por la liberación definitiva de nuestros pueblos hermanos, de la madre tierra, del territorio, del agua y de todo patrimonio natural para vivir bien”. Dado lo expuesto, para ocuparme del tema de la salud de las mujeres lesbianas de la región, desde la concepción de los cuerpos territorio y en particular, desde los cuerpos-territorio en resistencia, me parece que intentar acercamientos desde una postura crítica a la colonialidad en el abordaje es un ejercicio epistemológicamente correspondiente.

propuesta teórico-política; cuál es el contexto donde se gestan y en qué consisten dichas prácticas.

Por ello, el **objetivo general** de esta investigación será:

Analizar las reflexiones de cinco lesbofeministas sobre sus experiencias en prácticas de medicina contrahegemónica ante el binomio Régimen Heterosexual/Modelo Médico Hegemónico en la Abya Yala en 2017 y 2018.

Para poder llevar a cabo el análisis planteado, igualmente, me propongo cumplir tres **objetivos específicos**:

1.- Mostrar aspectos relevantes de la propuesta teórico-política del lesbofeminismo en *Abya Yala* y la existencia lésbica contemporánea desde donde se plantean los fundamentos del desarrollo de las prácticas en salud que me ocupan.

2.- Contextualizar el momento histórico en que, desde el feminismo y el lesbofeminismo, se está cuestionando al modelo médico y las formas de entender los procesos de salud-enfermedad y atención (PSEA) y se disputa la autonomía de los cuerpos de las mujeres.

3.- Caracterizar la medicina hegemónica en binomio con el régimen heterosexual y su relación con las mujeres que desafían el mandato de la heterosexualidad obligatoria.

Sobre la estructura de este documento

Este documento consta de dos partes, una primera, más amplia, en donde se presentan cuatro capítulos que dan cuenta de la construcción del problema y su abordaje, la discusión teórica y situación geopolítica que contextualiza y caracterizará las propuestas y prácticas en salud que ocupan esta investigación y una segunda parte, en donde se presentan concretamente las reflexiones de las mujeres lesbianas entrevistadas sobre sus posicionamientos y prácticas.

En un primer capítulo se encontrarán los antecedentes y los elementos empíricos y teóricos con los que se construye el problema de investigación, así como los aspectos metodológicos desde donde se le aborda.

En el segundo capítulo, se busca esbozar el lesbofeminismo como movimiento teórico político en la *Abya Yala* y la dimensión política de la existencia lésbica. Así mismo presento un contexto general de lo que significa ser lesbiana y habitar en la región.

En el tercer capítulo de este trabajo se contextualiza el momento actual en que, desde el feminismo y el lesbofeminismo, se está cuestionando al modelo y las formas de entender los PSEA y se disputa la autonomía de los cuerpos de las mujeres.

En el cuarto capítulo se caracteriza a la medicina heterocentrada y su relación con las sujetas desobedientes a la heterosexualidad. Describo de manera general los pocos trabajos que se han ocupado de la relación entre las lesbianas y el MMH y en un segundo apartado pretendo mostrar, como ejemplo inmediato, el desencuentro entre la atención ginecológica devenida del MMH y las necesidades de quienes irrumpen la heterosexualidad para, posteriormente, dimensionar políticamente dicho desencuentro y por lo tanto la necesidad de explorar las posibles respuestas políticas, entre ellas las prácticas en salud que se proponen desheterossexualizantes.

En el quinto capítulo se muestran los resultados del trabajo realizado sobre el material de análisis al explorar las reflexiones sobre las experiencias en las prácticas en salud que se están llevando a cabo, desde lo que ellas llaman medicina contrahegemónica.

Es así, que presento a continuación este ejercicio que indaga sobre miradas radicales hacia formas de la atención de los PSE, las que implícita y explícitamente invitan a pensar en cómo las prácticas en salud pueden tornarse también cuestionamientos y formas de resistencia concretas a las opresiones estructurales. Es decir, que acarician con la mirada el horizonte utópico de la salud colectiva hacia formas de abordar de salud como herramientas posibles de emancipación.

I. UN CAMINO POCO TRANSITADO

(La construcción de este problema de investigación)

1.1 Consideraciones previas

La investigación que aquí se presenta es, primeramente, un constructo teórico político y parte de un *continuum* desde el cual el Modelo Médico Hegemónico⁵, y las formas en que se ocupa de atender los procesos de salud/enfermedad, ya han sido abordados de manera crítica desde la medicina social, la salud colectiva y la antropología médica crítica, campos de la ciencia que han señalado su conformación clasista, racista y etnocentrista, entre otras características. De igual manera, en las décadas recientes, la mirada androcéntrica del saber médico dominante ha sido confrontada, desde investigadoras feministas, principalmente, *quienes* se ocupan críticamente de la medicina patriarcal y proponen otras formas de atención a la salud, así como por la calidad de la atención a las mujeres. Distintas corrientes de pensamiento feminista han ya colocado a las mujeres mismas como sujetas de atención (Salas, 2001; Cavenari, 2017; Valls, 2010; Yáñez, 2017). En este caso, como investigadora consciente de la *episteme* que acompaña estas indagaciones, me propongo aportar, sabiendo que es un aspecto poco abordado, a la caracterización del modelo médico mencionado en su dimensión heterocentrada⁶, pero, también, a plantearlo como pilar que refuerza y es alimentado por el régimen político de la heterosexualidad y, por consiguiente, como eficaz herramienta para la imposición de

⁵ El Modelo Médico Hegemónico es una construcción teórica de L. E. Menéndez (1988) para el análisis de la medicina con relación a otras prácticas en salud a las cuales subalterniza, dicho análisis se desarrolla en varios niveles de abstracción y supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, primando entre ellos el biologismo.

⁶ Cuando escribo sobre la caracterización heterocentrada del Modelo Médico Hegemónico, no me estoy refiriendo solamente a que el sujeto de atención que se concibe en este modelo es el heterosexual, también me refiero a que su mirada deviene del régimen político de la heterosexualidad, a una esencia heterosexual en sus propios principios generadores de enfoques, planteamientos teóricos y políticos, así como sus derivaciones prácticas, es decir, formas de pensar la salud, problematizarla, generar conocimiento sobre ella y atenderla.

la heterosexualidad obligatoria⁷ a los cuerpos y a las vidas de las mujeres. De forma concomitante, pretendo dar cuenta de algunos ejercicios que ensayan contrahegemonía desde las propias sujetas que interpelan al régimen político de la heterosexualidad.

Como cimiento primero de la construcción del problema que me ocupa, es preciso abordar la relación contemporánea de los cuerpos de las mujeres con la biomedicina:

Para ocuparme de dicha relación, primero, convoco una consigna: “Mi cuerpo es un territorio político”, escribe como título a uno de sus ensayos, Dorotea Gómez, quien es lesbiana feminista, maya *k'iche'* (Gómez, 2012:1).

¿Cómo puede un cuerpo humano ser un territorio y político?, ¿cómo el cuerpo de una mujer puede ser un territorio político? ¿su territorio? ¿Es suyo? ¿Nace, existe, se construye, en dónde se ubica geográficamente ese territorio?

Hasta donde las ciencias biológicas han explicado, tras el encuentro entre un óvulo y un espermatozoide, probablemente, surgirá un punto molecular que posteriormente se convertirá en un embrión y, si evoluciona el embarazo, en feto. Entiendo, entonces que en ese punto no es -aún- cuerpo, no existe por sí mismo, menos es un ser ni sexuado ni tampoco mujer ni hombre. Más adelante, en una línea temporal, y tras una larga trayectoria, se configura, apenas, una unidad anatomofisiológica.

Sin embargo, ocurre una ecuación sociocultural en algún momento previo al nacimiento, a partir de reconocerle en una ecografía, ultrasonido o, incluso, en el momento inmediato posterior al parto. Dada su anatomofisonomía, sucede que las estructuras sociales contemporáneas leen en el cuerpo nacido o por nacer con vulva-vagina-útero, una presunta capacidad paridora.

⁷ Heterosexualidad obligatoria, es la institución patriarcal que por medio de mecanismos de disciplinamiento y control naturaliza la heterosexualidad como “deseo” para asegurar la lealtad y sumisión emocional y erótica de las mujeres respecto a los varones (Rich, 1985: 11) y agrego: con el fin de mantener los sistemas económicos y políticos que en esta lealtad y servicio se sostienen.

Conceptualizo la “presunta capacidad paridora” (Vergara, 2015) refiriéndome a que sobre, prácticamente, todos los cuerpos que nacen con vulva, la lectura social presupone que tendrán la capacidad de engendrar y parir al crecer, por lo que socialmente se les proyecta el destino de madres. Se trata de cuerpos de mujer sobre los que desde la primera infancia se asignan culturalmente y físicamente tareas de cuidados y de servicios que sostienen gratuitamente al sistema político y económico patriarcal. Aún en el caso de que no pueda o no decida ejercer la capacidad paridora o que sus condiciones físicas, incluso el avance de la edad, le impidan hacerlo, igualmente, se le exigirá que cumpla los mandatos asignados a su cuerpo de mujer, sirviendo y cuidando, pues dichos mandatos fueron construidos sobre la “presunción” de la capacidad de parir, si no lo hace o no puede hacerlo, de todos modos no puede librarse del resto de los mandatos de la socialización como mujer.

Sobre dicha presunción de capacidad de parir asientan una serie de mandatos que han de regir el desarrollo y desenvolvimiento de esa unidad anatomofisiológica en las sociedades en que ha nacido. Como lo explica Canevari, “la categoría género es relacional y está de alguna manera determinada por el acceso y el control diferenciado a recursos materiales y simbólicos. Es a partir de una apariencia biológica que se construyen una serie de expectativas y mandatos sobre las personas. Las relaciones de género son aprendidas e históricas y como tales sufren transformaciones que son visibles de generación en generación”. (Canevari, 2017:9)

Dada esa presunta capacidad paridora, se le asignarán modos de vestir, de conducirse y de responder socialmente aceptados para la designación social de mujer⁸ en la comunidad en que habita. Es decir, sobre la materialidad física, mucosa, piel, vulva, útero, cabeza, huesos y órganos que le componen, se asentarán mandatos, reglas y exigencias que moverán, limitarán y conducirán ese cuerpo físico, construyendo así un “cuerpo de mujer”. Historias paralelas, universalizables, construyen los cuerpos de las mujeres (Vergara, 2015).

La construcción del cuerpo de las mujeres no es incidental ni accidental pues construye un sujeto que resulta indispensable en el mundo contemporáneo para el

⁸ Mujer, lugar económico político que crea una clase o casta sexual.

sostenimiento de la estructura económica, política y cultural. Es aquel sobre el que se prospectan al menos tres elementos de forma constante:

1.- Labores de servicio y cuidado.

2.- Sexualidad en relación con la ejercida por el cuerpo construido “hombre” a partir de su capacidad de eyacular.

3.- Funciones reproductivas.

La clase, la etnia, la asignación racial, la edad y la capacidad física también ejercerán sus tiranías y se encarnarán en los mandatos, oportunidades y cargas distintas para aquellas cuya vivencia sea de mujer racializada que para una mujer blanca con privilegios económicos. Me refiero a aquello que la epidemiología crítica, ha desarrollado como herramienta de análisis con la figura de la triple inequidad: de género, de etnia y de clase social; incorporando las concepciones históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales (Casallas, 2017: 406).

En la década reciente, la sofisticación del sistema capitalista. Transforma el cuerpo de las mujeres no solamente ya en el eslabón del trabajo de reproducción, del servicio y de la crianza, sino que, se ha vuelto la gran industria de la “venta de mujeres”: prostitución, comercio de leche materna, óvulos, alquiler de vientres, trata, cine snuff, servicios de escucha, trabajo doméstico, “mulas” para la distribución de drogas...los trabajos más empobrecedores para las más empobrecidas. Lo que, desde la sociología, se ha designado como “la feminización de la pobreza” (Aguilar, 2011), cada vez más exacerbada, despoja de oportunidades y de bienestar concreto a las mujeres hasta que convierte en “productos” a las mujeres mismas.

Hemos llegado a un momento histórico en que las necesidades de expansión y colonización que mantienen al capitalismo en su fase, que han llamado salvaje, se encuentran con falta de tierra física por colonizar (Segato, 2017). Así, se trasladan al cuerpo físico, el lugar ideal para la recolonización pareciera ser el cuerpo de las mujeres.

El cuerpo de las mujeres, este espacio simbólico, construcción cultural pero también física, existencia material, se convierte en un territorio en disputa entre la necesidad de autonomía, la demanda y toma de libre determinación de las mujeres sobre sus cuerpos, con toda la historia de colonización económica y patriarcal anidada en ellos, pero también con las presiones estéticas y las del libre mercado que produce discursos en los que se enuncia que venderlo, alquilarlo o negociarlo, es como cualquier otro trabajo y es válido en el mercado neoliberal, siempre voraz y siempre apetente de nuevos territorios a devastar. En palabras de L. Gómez (2018): “Mientras persista la feminización de la pobreza y alguien esté dispuesto a comprar, habrá mujeres dispuestas a vender por pura necesidad de supervivencia”.

Entonces, si, como se consignó líneas arriba, Gómez enuncia “Mi cuerpo es un territorio político”, cada cuerpo de mujer es un territorio político y, en este momento histórico hay una disputa física y política por el destino de nuestros cuerpos territorio.

Requiero insistir en que, ocuparse del cuerpo de las mujeres es referirse a una construcción hegemónica en donde hay mandatos estéticos que obedecer y tareas ya determinadas que cumplir y que hacen parecer natural el obedecer a los mandatos sobre cómo ser mujer en cada sociedad. Cada nueva humana que nace con presunta capacidad paridora implica la nueva tarea de construirla en el sujeto que la configuración estructural requiere de ella.

Para ello, una de las instancias que por excelencia dictan, norman, apuntalan, cincelan el cuerpo de las mujeres es la que corresponde a la biomedicina institucionalizada en la atención que deviene del modelo médico hegemónico. Esta medicina es, en nuestra sociedad, a partir de inspecciones externas y, ocasionalmente, análisis más especializados, quien determina que ese cuerpo presentará una posible capacidad paridora, cuando su desarrollo físico lo permita. Es decir, es la que institucionalmente reconoce el cuerpo de la que recién ha nacido como cuerpo sexuado, cuerpo de mujer. Será quien designará si el desarrollo está ocurriendo de maneras óptimas, cuándo y cómo es oportuno que el cuerpo ejerza prácticas sexuales, cuándo y cómo es oportuno que ese cuerpo se reproduzca, cuándo y cómo es legítimo que un embarazo se interrumpa, cuándo y cómo es la sexualidad, cuál es la sexualidad

esperada, sana y deseable⁹, en qué consiste el bienestar o malestar de los órganos que posibilitan esa capacidad paridora, los tamaños y la salud de vaginas, ovarios, úteros, mamas.

Así, la biomedicina es un referente ineludible para la búsqueda de la salud y el bienestar de los cuerpos de las mujeres, pero es también un instrumento de control que dicta sobre lo que son, cómo son y para qué son los cuerpos de las mujeres. Lugar de control y sanción por excelencia.

1.2 El desencuentro

Entonces, si partimos del anterior señalamiento del lugar constitutivo del Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) respecto de la imposición del Régimen heterosexual sobre los cuerpos-territorio y vidas de las mujeres. Este bosquejo sobre la relación MMH-Cuerpos territorio de las mujeres, tiene por objeto señalar el punto de partida desde donde se construye el problema del que se ocupa esta investigación:

Cuando una persona cuyos genitales corresponden a los de una cuerpa con presunta capacidad paridora, se presenta ante el sistema biomédico y enuncia que es lesbiana (o que tiene prácticas sexuales con otras mujeres) o que su sexualidad no es necesariamente coital y que solicita el reconocimiento como sujeta de atención, pone en tensión la construcción social de mujer en el orden heteropatriarcal y en el biologismo imperante en la biomedicina, señalado arriba, sobre lo que deben ser y para qué sirven los cuerpos de las mujeres.

En dicho momento álgido, se está poniendo sobre la mesa de exploración la existencia¹⁰ de quienes disienten del régimen político heterosexual, de aquellas con cuerpos de presunta capacidad paridora que resisten, reformulan y pasan de la construcción del modelo-cuerpo de mujer hacia múltiples formas a la construcción de

⁹ En la heterosexualidad, desde luego.

¹⁰ La “existencia lesbiana” es un término que hace pensar tanto en el hecho de la presencia histórica de las lesbianas como en nuestra creación en marcha del sentido de tal existencia... significa tanto el romper un tabú como el rechazar un modo de vida obligatorio (Rich, 1985;23).

los cuerpos de las mujeres, pluralizan las posibilidades y muestran distintos modos de andar en la vida, que se niegan a parir, a cuidar, a la heterosexualidad, a la coitalidad... en este caso. Por lo tanto, estamos hablando de una resistencia política, explícita o no; de una disputa de ese cuerpo con los mandatos asentados socialmente sobre él, se disputa la “cuerpa”¹¹, con la noción hegemónica de mujer en la feminidad y, entonces, sobre esa unidad anatomofisiológica primigenia se gestan múltiples negociaciones entre la obediencia y la desobediencia, modos distintos de habitar y ser mujeres en las sociedades impuestas. Así, se materializan infinitud de nuevas cuerpos posibles.

Esta problematización tiene antecedentes en investigaciones que realicé sobre violencias en los consultorios en donde retomaba la forma en que la atención que se ofrece a las mujeres resulta, cuando menos, insuficiente al sujeto mujer, en tanto que las mujeres no somos concebidas como sujeto de atención por sí mismo, sino como objetos no hombres (hombre, blanco y heterosexual); (Valls, 2010; Gérvas y Pérez, 2006; Rovira, 2018) diferencia que resulta fundamental a la hora de los diseños de políticas públicas y de procedimientos específicos sobre los cuerpos que no son “lo otro”, sino que son por sí mismos. Posteriormente, me ocupé de explorar cómo se manifiesta el régimen heterosexual (RH) en atenciones a la salud que devienen del MMH. Estos ejercicios me permitieron conceptualizar el binomio MMH-RH el cual es construido y construye, pilar indispensable, el régimen político de la heterosexualidad. (Vergara, 2013).

En este punto insisto en señalar que el poder político de la heterosexualidad, que norma las relaciones sociales y concepciones culturales en la actualidad, se articula/vincula con el modelo que dicta la medicina hegemónica. Esta articulación, dado su poder de dimensiones estructurales, se manifiesta no sólo en la praxis de la biomedicina, también, la atención a la salud se diseña y ejerce a partir de concebir a hombres y mujeres sólo en la posibilidad de la heterosexualidad. En el caso que nos ocupa, puede identificarse en la atención a la salud diseñada para la atención de un

¹¹ Cuerpa: aporte de resistencia política de la construcción social del cuerpo de mujer (se profundiza en el tercer capítulo).

modo único de concebir a la “mujer” cómo objeto en singular de atención y a los cuerpos sexuados femeninos.

Siendo preciso, además, el considerar que el Régimen Heterosexual, en tanto régimen político opresivo, está imbricado¹² u ocurre en simultaneidad con opresiones como el racismo, el clasismo y el sexismo, entre otras.

Concebir el poder del binomio MMH-RH implica la posibilidad de cuestionar todos los saberes prácticos y discursos de un modelo construido en una única mirada política de las posibilidades de los cuerpos y la sexualidad. Abre la posibilidad a líneas de investigación sobre cómo está construido cada aspecto de la atención y sobre los sujetos de los que se ocupa, la forma en que actúa el binomio entre la biomedicina y el Régimen heterosexual. Éstas, son líneas que pueden preguntarse desde la forma en que los procesos generados por este binomio condicionan el acceso al sistema médico o cómo se da la construcción de los conceptos y categorías usados en él, incluso, el desarrollo de la investigación científica desde las heteroconcepciones¹³ o, muchas otras vetas para la investigación, tantas como posibilidades tiene la biomedicina misma.

Sin embargo, ante este amplio abanico posible, en un primer momento, en las investigaciones anteriormente mencionadas, me interesé por indagar sobre la atención ginecológica a la salud de las mujeres lesbianas, porque la ginecología es aquella que se ocupa de los cuerpos concretos y el cuidado de su estado en las mujeres adultas para el cumplimiento de la función socialmente asignada de la reproducción, pero también de su control y, al mismo tiempo, resulta ser un espacio en donde, al ocuparse de los órganos que frecuentemente se conceptualizan para la sexualidad coital y para sus funciones reproductivas, se requiere explicitar el propio cuerpo como irruptor de la heterosexualidad obligatoria y reproductiva.

¹² Tomo este concepto de la formulación pionera del Combahee River Collective en 1979 en donde imbricación se utiliza en el sentido de enunciar que una síntesis de opresiones crea las condiciones de vida: “estamos activamente comprometidas en la lucha en contra de la opresión racista, sexual, heterosexual y de clase y nos damos como tarea especial desarrollar un análisis y una práctica integradas, basadas en el hecho de que los principales sistemas de opresión están imbricados [interlocking]” (Falquet, 2009:7).

¹³ Me refiero a los conceptos que se utilizan y desarrollan a partir de considerar sólo la posibilidad heterosexual en los seres vivos.

En la conclusión de aquella primera indagatoria planteaba que si hay una medicina que responde y sirve a la construcción de mujer, y que si la cuerpo lésbica presentaba un cuerpo como resistencia política, la respuesta a las necesidades de atención a la salud de las lesbianas no estaría únicamente en el crear mejores estrategias para poner un cuerpo en resistencia política en las mesas de exploración de la medicina hegemónica, sino en pensar formas de medicina que respondan a las necesidades de cuerpos, que hoy estoy concibiendo como territorios, que se declaran o existen insurrectos, en el caso concreto en que me ocupo, desde una insurrección ante la heterosexualidad obligatoria.

Continuando y profundizando las reflexiones en torno al binomio MMH/RH, en el trabajo que abordan estas páginas, comencé por interpelarme y sentirme interpelada hacia trascender el pensar de los aspectos ginecológicos/ sexuales como temas centrales al pensar en la salud de las lesbianas. Aquí convoco la mirada de Viviana, una de las compañeras que comparten su reflexión sobre sus experiencias para esta investigación:

Me molesta mucho que los discursos de la medicina sobre la salud de las lesbianas se reduzcan a lo ginecológico, como si una no fuera lesbiana cuando se resfría o cuando tose o cuando se hace una herida en la piel, o sea, es una lesbiana todo el tiempo, desde la manera en cómo te agarra la fiebre, cómo tu polola te va a cuidar en la casa, hasta la manera de nombrar tu dolor, es todo diferente. Entonces, como mi idea va un poco por ahí, cómo construir un análisis de eso, de todo eso que somos las lesbianas, de cómo nos paramos en un mundo hecho para que seamos heteros y cómo lo transitamos lesbianas, amándonos entre nosotras y negándonos a estar disponibles para otros. Esa vida lesbiana, ese andar lesbiano implica también una concepción de la salud lesbiana más allá de las enfermedades asociadas a una práctica sexual concreta (Viviana, 2017).

Entonces, identifico que cuando estas lesbianas que no dejan de ser lesbianas cuando tosen o se hieren o cuando les lleva un té la novia, asisten al consultorio, su existencia en ese sitio da cuenta de un conflicto entre quien disiente del régimen

político y un sujeto construido por la biomedicina a imagen y semejanza del sujeto necesario para el régimen político.

Aquí, señalo que existen diversas dimensiones de este conflicto: por una parte, la atención concreta a los procesos de salud/enfermedad que quienes requieren consulta llegan a percibir como un problema de la dimensión individual y del núcleo primario inmediato. Por otra parte, esta inadecuación/choque tiene lecturas en otro nivel, cuando su frecuencia y constancia obligan a las colectividades y grupos que lo padecen a intentar incidencias respecto a las políticas públicas no incluyentes y la falta de atención adecuada y concreta a las necesidades de la multiplicidad de formas y necesidades de los cuerpos sexuados femeninos; Sin embargo, en un tercer lugar, una dimensión macroestructural, que atañe a los intereses de la salud colectiva es en donde aquí se identifica el lugar del RH en la determinación de la salud y, de forma paralela en la atención a la salud que se construye bajo el régimen mismo.

Esto es, se trata del desencuentro entre la cuerpa disputada, en el caso de la cuerpa política lésbica, y las formas en que se manifiesta el régimen heterosexual en la biomedicina, así como el nudo, aún irresuelto, sobre las necesidades de atención en salud de quienes desobedecen y autonomizan su cuerpo lésbico.

Ante el peso de este nudo, que lleva la vida, la calidad de vida y los “procesos de salud-enfermedad-atención”¹⁴ de por medio, me parece es posible comenzar a pensar las posibilidades de construir medicinas desobedientes. Ir indagando por posibilidades de formas de atención en general y de las que se ocupan de los cuerpos de las mujeres, desde un lugar que respondiera a las necesidades de los cuerpos y las cuerpas en desobediencia.

Entonces, algunas de las rutas nacientes irían en el sentido de que, si ya hemos mostrado que existe una medicina heterocentrada, es decir, generada en el RH, que

¹⁴ Sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, desde las miradas críticas de la antropología médica, la medicina social y la salud colectiva se ha trabajado en problematizar las concepciones de salud y enfermedad. Se comprende que la salud no es sólo un estado de bienestar y la enfermedad es más allá de la mera acción de agentes patógenos. Relacionándose éstas con las lecturas sociales y los modos de atender a quien padece y los medios para ello, en sociedades concretas. Entonces, “El carácter particular de concebir la salud, la enfermedad y el trayecto que hay entre ellas puede denominarse como proceso de salud-enfermedad-atención e incluye el padecer como parte fundamental de ese trayecto” (Moreno, 1:2008).

construye, reconstruye, refuerza, normaliza y disciplina los cuerpos bajo este dominio político, debería ser posible plantear una medicina desheterocentrada, cuando menos.

1.3 En la vida y los cuerpos concretos de las mujeres lesbianas

Es importante visibilizar que la salud de las mujeres lesbianas tiene las mismas vulnerabilidades que la de las heterosexuales, pero que la atención de éstas se complejiza y que hay vulnerabilidades específicas a padecimientos que enfrentan no porque el ser lesbianas lo provoque, sino de la forma en que distintos modos de andar por la vida, derivados de la discriminación, la lesbofobia y el cruce con distintas formas de opresión, crean condiciones que afectan la salud de las mujeres lesbianas; de la determinación social de la salud. Algunas son las siguientes:

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

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México, el cáncer de mama es la principal causa de muerte por tumores malignos en las mujeres y el más diagnosticado en América Latina, con unos 152.000 casos al año, de los cuales el 15 % se detecta ya en fases avanzadas y unas 40.000 latinas pierden la vida cada año. Dado que no hay una epidemiología que se ocupa de quienes disienten de la heterosexualidad, no es posible saber cuántas de estas muertes son de mujeres lesbianas, mucho menos, si existen formas de dirigirse a esta población para prevenir dichas muertes.

En organizaciones lésbicas y en documentos gestados por grupos lésbicos, gay, bisexual, transgénero (LGBT) y de lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana–Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH–SIDA) se está dando un

debate interesante. Por una parte, se sostiene que las prácticas sexuales lésbicas por sí mismas no serían de riesgo para la adquisición del VIH (aunque en 2014 la BBC dio la noticia de que las autoridades sanitarias en Estados Unidos reportaron un caso comprobado de contagio del VIH de mujer a mujer), otra postura pone en consideración que los modos de vida de algunas de las lesbianas, menos privilegiadas económicamente o habitantes de espacios políticos–geográficos de mayor represión a la sexualidad, hacen a la población lésbica vulnerable por escenarios diversos (Benavides, 2010; EDITUM, 2008; EHGAM, 2005; Más, 2018).

Algunas de estas situaciones son matrimonios o relaciones heterosexuales forzadas o por conveniencia; la búsqueda de la maternidad en encuentros heterosexuales sin condón, cuando no se tienen recursos para inseminaciones asistidas; prostitución; sexo no consensuado; sexo por drogas; otros fenómenos como migración o sexilio¹⁵, exilio forzado debido a las preferencias sexuales, y violencia sexual hacia las mujeres o como castigo y las llamadas violaciones correctivas (Corrales, 2018; Verdelie, 2018).

El problema, en la dimensión empírica nos muestra que cuando las mujeres lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres requieren atención, pueden encontrar dificultades para acceder a ella por razones de clase, color de piel y acceso diferenciado para quienes disienten de la heterosexualidad. Aún más, una vez logrado el acceso al consultorio ginecológico, ni las preguntas ni las rutinas de exploración parecen responder a sus necesidades e intereses. Incluso, pueden encontrar malos tratos al nombrarse lesbianas (Espartiles, 2006).

En particular, respecto a las mujeres lesbianas, se genera un proceso que en la cotidianidad puede afectar su salud y su vida, en tanto diversos estudios señalan que una de las consecuencias de estas manifestaciones de la inadecuación de los servicios de salud para ellas es que acuden con menor frecuencia que las heterosexuales a consultas ginecológicas y se realizan menor número de pruebas

¹⁵ Es una categoría usada por el sociólogo puertorriqueño Manolo Guzmán que se refiere a la emigración, al exilio, por cuestiones de orientación sexual o identidad de género (Vidal, 2013: 202).

diagnósticas preventivas (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006 y Liga Brasileña Lésbica, 2010).

Así mismo, permanece todavía la creencia entre las propias lesbianas y alguna/os especialistas de que no requieren esta atención al no tener relaciones sexuales con varones; también persiste una cierta creencia de invulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y existe un temor fundado a ser discriminadas en espacios de atención médica (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006 y LBL, 2010).

Dado lo anterior, ya diversas autoras de la región, sobre todo colectividades, se han comenzado a ocupar de escribir, reflexionar y proponer acciones respecto a la salud de las lesbianas, principalmente de salud ginecológica (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006; Espartiles, 2006; Lunas 2006; ILGA 2007; RMSLAC 2007, Liga Brasileña Lésbica, 2010)¹⁶.

Así mismo, me parece pertinente revisar la forma en que, desde las iniciativas mencionadas, se ha venido interpelando a la medicina hegemónica en busca de inclusión, de reconocimiento como Sujeta de Atención, insistiendo en la construcción de las lesbianas como “paciente” mediante el señalamiento de riesgos en salud, sobre todo relacionado a las prácticas de la sexualidad y desde ese lugar es que se ha invitado a las lesbianas a hacerse visibles en los consultorios:

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

¹⁶ En el cuarto capítulo se profundizará sobre las iniciativas que el propio movimiento lésbico ha desarrollado por ser visible y por incidir en lo que sucede en el consultorio. Debo poner sobre aviso que, a pesar de la crítica desde donde me posiciono ahora, señalando que la salud de las lesbianas no es un tema meramente ginecológico, la literatura más frecuente que se encuentra respecto a la salud lesbiana, se ocupa de este aspecto, por lo que es necesario referirse a ella. Igualmente, porque lo que sucede en temas ginecológicos, se hace evidente en forma inmediata el choque entre las necesidades lésbicas y el sujeto esperado.

El construir a las lesbianas en sujeto de atención apelando a la construcción de riesgo, significa construir las “enfermedades de las lesbianas”. Castro (2011) explica que la enfermedad no es sólo biológica, sino que es también una interpretación social. “Enfermar” a las lesbianas, creando parámetros de lo normal o no, resuelta tarea muy viable si creamos parámetros de normalidad y de anormalidad y es muy probable encontrar quien invirtiera en esa construcción de la “enfermedad lésbica” y las consecuentes intervenciones médicas “necesarias” al respecto, basta ver cómo se medicaliza la vida de las mujeres en general, esta idea, ante el avance de la influencia de las grandes farmacéuticas en la vida cotidiana y la impunidad de éstas ante fenómenos iatrogénicos contemporáneos, es decir, daños a la salud provocados por los actos propios actos médicos. Entonces, me despierta cierta alarma la posibilidad de la construcción de las lesbianas no como sujeto de atención, sí como susceptible de riesgo.

En este contexto, para ser sujeto de atención, habría que construir las “enfermedades” de las lesbianas, como propensión a ITS, infecciones y riesgos específicos.

“El climaterio y la menopausia... que alguien me las explique. La medicina patriarcal dice que a las lesbianas se les adelanta por no haber tenido hijos, ¿es cierto?, ¿ser lesbiana me pone en peligro de salud?”, pregunta Luce Redinini, activista lesbiana (2018).

Aquí me interesa señalar que, coincidiendo con Castro: "es difícil detectar cómo influye la ideología capitalista en nuestra definición de enfermedad, precisamente porque dicha ideología se describe a sí misma como el estado más avanzado y racional del conocimiento" (Castro, 2011:112).

Hasta ahora, lo que se ha producido desde este lugar de abordaje de la relación entre la salud de las lesbianas y la biomedicina (ginecológica) desde organizaciones y en vínculos con instancias estatales de salud pública, en la región y de las que se ha dado cuenta, son relativos a las siguientes propuestas y ejercicios de búsqueda de incidencia: (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006; Espartiles, 2006; Lunas

2006; ILGA, 2007, RMSLAC; 2007 Liga Brasileña Lésbica, 2010; Safinas et al., 2015, Movilh Mujer, 2016; SSA, 2017).

- Producción de carteles y trípticos sobre visibilidad lésbica y bisexual.
- Talleres sobre derechos en salud a lesbianas y bisexuales.
- Talleres de sensibilización y no discriminación para personal en salud,
- Propuestas de diagnósticos, leyes, normas y protocolos para la diversidad.
- Campañas por el cambio de preguntas heteronormadoras,
- Denuncias a la discriminación en los consultorios.

Si bien estas estrategias son importantes en tanto buscan incidir y evidencian algunos aspectos sociales de la salud, es una mirada que apunta a niveles micro, de la inmediatez del consultorio, y meso, algunas políticas públicas locales que no han todavía logrado concretarse, del fenómeno. Son más cercanas a la medicina preventivista o devienen directamente de las concepciones de la salud pública y su visión liberal y biológica de los problemas de salud y del sistema a la que es crítica la salud colectiva (Casallas, 2017). Aún más, queda preguntarse sobre el rumbo que habrán de tomar estas iniciativas, teniendo en cuenta dos elementos contextuales:

- El alcance de estas actividades de incidencia ante las políticas neoliberales de privatización de los servicios de salud en general, es decir, una atención “sensibilizada” sólo está hoy al alcance de quién pueda pagarla.

- Las manifestaciones, o contención, del RH no dependen sólo del grado de *sensibilización/capacitación* de la institución o de la persona que brinda la consulta, ni de la información/formación con que cuenta la consultante, pues el RH está inscrito en el propio MMH y en cómo se lleva a la práctica en los sistemas médicos que de él devienen (Vergara, 2013: 140).

A lo señalado, hay que añadirle que el “auge” de campañas e iniciativas que suponen basarse en una perspectiva de género y por los derechos de las mujeres de la *diversidad sexual*, ocurrió hace más de un lustro, pues los apoyos de las grandes financiadoras en temas de mujeres, son escasos para apoyar proyectos lésbicos. Las

lesbianas han dejado de ser sujetos de iniciativas en política de diversidad sexual (tema que retomaré en el segundo capítulo).

Al respecto, en abril de 2018 se consultaron en redes sociales para esta investigación a activistas y grupos lésbicos de Brasil, Argentina, Guatemala, Ecuador, Venezuela, Bolivia, Chile, Colombia y Honduras. Se obtuvieron 40 respuestas en donde indicaban no conocer espacios de atención campañas, propuestas de incidencia o protocolos que se ocupen en la actualidad de temas de salud lésbica. Dos comentarios al respecto, resultan relevantes para ilustrar este panorama:

Claudia, de Honduras (2018), comentó:

Nooooo, aquí hay una clínica VICITS específica para otras poblaciones, HSH (hombres que tienen sexo con hombres), gay, bisexuales, población trans. Aunque he hecho acompañamiento a mis compañeras y nos lo han brindado, pero por apropiarnos también del espacio que en realidad es proyecto para otras poblaciones. Y, están las atenciones generales, pero es complejo decir para algunas “Soy lesbiana o bisexual”, porque tienen temor. Se evidencia la falta de inclusión que tienen hacia la población lésbica o bisexual, la poca importancia, y la necesidad de hacer más incidencia y pronunciamientos dentro de nuestro país, o quizá falta de estrategias nuevas para actuar, porque no sólo es en el área de la salud, sino también en seguridad y otras situaciones.

Otra participante, Claudia Castro, (2018) dice:

En Argentina no hay. Lesbianas y mujeres bisexuales cuidamos nuestra salud de forma precaria y desde la boca en boca, entre nosotras. En 2003 realizamos una encuesta porque nos preocupa mucho la cantidad de compañeras a las que se les habían detectado cáncer de cuello uterino y tomamos la decisión de tener un poco más de información, con La Fulana nos pusimos al hombro una encuesta de 700 compañeras. Los resultados fueron preocupantes, casi el 70% de las encuestadas no iban al servicio de ginecología por desconocimiento sobre ETS y casi un 85% no contaba en el servicio sobre sus prácticas sexuales y su identidad y eso las perjudicaba, porque eran atendidas como heterosexuales y los cuidados no son los mismos. El resultado a pesar del avance de las leyes en sociedades como la nuestra,

decidir ser visible siempre tiene un costo, siempre implica riesgos y muchas deciden no decir... en el periodo que abarca el 2007 y el 2012 se pudo trabajar por primera vez en una campaña (la única en la historia del Ministerio de Salud) para que lesbianas y mujeres bisexuales acudan a los servicios de gineco. Se hicieron unos afiches que se repartieron en las provincias.

Estos dos comentarios son ejemplos del cómo algunas de las políticas de inclusión de la diversidad sexual en los lugares más progresistas de atención a la salud son necesarias, pero insuficientes. Igualmente, que es necesario discutir algunas de las propuestas que surgen desde el sistema médico y desde algún sector del movimiento de la diversidad sexual, de creación de espacios específicos para la atención de la salud de lesbianas o de la comunidad LGBTTTT¹⁷, pues si bien tienen un lugar de paliativo del problema, también cumplen la función de construir los imaginarios de la “diferencia”, determinar cuáles son los espacios para lo *diverso*, dejando establecido el binomio de la normalidad/anormalidad, que refuerza al propio RH, en tanto construye lo que es el otro (la otra).

Esa discusión pendiente también se entrelaza con la implicación económica del problema, cuando los servicios de salud pública son de presupuestos cada vez más recortados en las políticas nacionales. Trato de señalar el peligro de construir no un sujeto de atención, pero sí un nicho más de mercado, del mercado rosa¹⁸. El diseño de una atención específica o *sensibilizada* en íntima relación con la voraz privatización actual de la medicina y de la salud, así como sus implicaciones clasistas y racistas respecto a tener que pagar, y quién puede pagar, una atención “especial”.

Esta reflexión toma mayor peso cuando se refiere a las mujeres lesbianas en países latinoamericanos en donde la pobreza se feminiza de forma alarmante y en donde los sujetos no heterosexuales, en general, tienen menor acceso, por razones de modos de andar por la vida, a educación formal y a disfrute de privilegios económicos.

¹⁷ Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti e Intersexual.

¹⁸ Industria floreciente de negocios que se dirigen específicamente a la comunidad LGBT que puede pagarlo, dejando de lado a quienes pertenecen a la misma comunidad, pero ocupan un lugar no privilegiado de clase.

Con estos preliminares, señalo que si bien, no concibo posible la transformación inmediata de las medicinas existentes, hegemónica y no, en crítica hacia la heterocentralidad y heterosexualidad, sí creo que una apuesta política desde la salud colectiva a favor de una salud emancipatoria es comenzar a cuestionar, conocer y reconocer las propuesta más radicales de este cuestionamiento, propuestas que nos permitirán esa negociación-transacción entre modelos médicos que podríamos comenzar a construir otra concepción de la atención a la salud y de reconocimiento a los sujetos en quienes se imbrican opresiones como de clase-raza-género- resistencia sexual. Entonces, formulo aquí seis puntos que conciernen a esta propuesta y que son miradas desde ángulos poco o en absoluto abordados con anterioridad:

- Es limitada la investigación en espacios académicos sobre la atención médica, ginecológica y no, que se ocupe de los principales conflictos para la atención a mujeres que tienen vidas erótico-afectivas con mujeres.
- Está irresuelto el nudo entre la necesidad de acompañamiento en los PSE de las lesbianas, la consulta devenida del MMH que no les reconoce como sujeta de atención, la escasa información e investigación al respecto y el consecuente alejamiento de pruebas diagnósticas y tratamientos por parte de quien podría requerirlos. Todo ello construye un conflicto que atañe a la salud, la vida y la libertad de las mujeres lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres.
- Cuestionar la heterocentralidad de la atención ginecológica, es una herramienta para pensar sobre la atención posible a otras mujeres que pluralizan a la sujeta de atención, por ejemplo, las niñas, adultas mayores mujeres con capacidades corporales diversas y sexualidad no necesariamente coital, víctimas de violación, víctimas de mutilación genital femenina y otras.
- Nos permite analizar diversos aspectos del binomio MMH y RH y cómo se manifiesta en forma concreta en la vida cotidiana de las personas.
- EL RH es un aspecto poco abordado de la determinación social de la salud.

- Desde una metodología de la salud colectiva, significa pasar de considerar que existe un fenómeno de responsabilidades individuales (que se aborda con talleres para exigir derechos y sensibilizaciones y protocolos respecto a la discriminación, entendida como un proceso inmerso en la determinación social) a comprender una dimensión que implica la relación entre el modo de producción vigente y sus expresiones concretas en la salud.
- Oportunidad de dar cuenta de una respuesta social desde las sujetas organizadas y su capacidad de agencia.

Asumo la radicalidad de los planteamientos que aquí se presentan. Sin embargo, entendiendo que la observación histórica nos permite conocer que los sistemas de producción se transforman, son transformados por las circunstancias históricas y por los actores políticos, las propias ideas de transformación, los modos de producir, de vivir y, en este caso, de entender los procesos de salud enfermedad y la atención a esos procesos. Por ello, es importante desde los espacios de ejercicio del pensamiento, plantearnos líneas en el horizonte hacia dónde apostar política y teóricamente, qué cosas son importantes de abordar, radicalidades -ir hacia las raíces-, para permitir-estimular una negociación amplia entre lo urgente y lo importante, entre lo posible y lo imposible, entre lo material y lo soñado. Este ejercicio se encuentra fuertemente identificado con las consignas de la epidemiología crítica latinoamericana que, siguiendo a Breihl, si bien se fraguó en escenarios académicos, “tuvo siempre como fuelle y motivo de inspiración la lucha de nuestros pueblos por superar un régimen social... La epidemiología crítica no puede ser otra cosa que radicalmente emancipadora” (Breihl,2013:15).

En este caso, me ocupo de dar cuenta de opciones de atención a la salud no hegemónicas, que pongan la mirada en y desde otros sujetos. De forma concreta, en el cruce entre ser mujer y la desobediencia a la heterosexualidad desde el lugar político de la autogestión.

Para Menéndez: “Los procesos de autoayuda, de autogestión y los procesos de automedicación permiten percibir la emergencia de conflictos que *pueden* establecer alternativas. Además, las tendencias a la privatización que operan en el

desarrollo capitalista hallan un parcial cuestionamiento en estas tendencias” (Menéndez, 1982:9).

A veces, parece dominar socialmente un imaginario en donde las clases dominantes hacen y dirigen sin restricción a las clases subalternas; las sostienen como consumidoras pasivas y obedientes de lo que las mismas clases dominantes producen, alienadas a la orden y al consumo. Sin embargo, siguiendo a Menéndez, ese “consumismo” de las clases subalternas no es sólo producto de la capacidad reproductiva del sistema, sino que en el mismo intervienen transacciones planteadas por las clases subalternas que suponen conjuntamente principio de realidad y alineación, pero que suponen su propia participación que no es meramente pasiva.

Este planteamiento no es la romántica propuesta de una utopía posible. Ya el ejercicio de una medicina, una ciencia de la curación, más colectivizada, más horizontal, autogestionada tiene antecedentes en los aportes pioneros de los círculos de ginecología y autotención de mujeres desde los setentas hasta nuestros días; del ecofeminismo, por ejemplo, de Mary Daly con su obra *Gyn/Ecology. The Metaethics of Radical Feminism*, teorizó sobre formas alternativas de terapia frente a la iatrogenia de la ginecología biomédica y sobre cómo recuperar el control del propio cuerpo y preservarlo de la sobremedicalización en contubernio con los intereses farmacéuticos. Se han logrado, también, publicaciones como *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas/Our Bodies, Ourselves* que provee a las mujeres información acerca de la salud en una manera que reconoce sus historias personales. Igualmente, una amplia gama de publicaciones feministas por una calidad de atención y en pro del respeto médico a los derechos sexuales y reproductivos.

En la práctica se ha enfrentado el desafío de poner los procedimientos sobre los cuerpos en manos de las mujeres mismas. Desde las autoexploraciones de mama, vulvas y vaginas, hasta las interrupciones de embarazos no deseados, como lo que ocurre a bordo de barcos en aguas internacionales, iniciativa a cargo de una Organización no Gubernamental (ONG) holandesa *Woman on waves*, en que una mujer puede provocarse un aborto a sí misma con hasta nueve semanas de embarazo mediante el uso de Misoprostol o el trabajo similar de las socorristas en Argentina.

Igualmente, *la Red Chilena de Lesbianas por el Derecho a la Información* proporciona asesoría telefónica sobre el uso del Misoprostol; la inseminación artesanal o casera, actualmente promovida en diversos países como alternativa ante la tiranía del vínculo biomedicina–intereses económicos que vuelven inaccesible la inseminación asistida para quienes la desean y no pueden pagarla. En este marco teórico y político es que el movimiento lésbico hace esta propuesta política. Como opción, también, ante el poder que pareciera absoluto de la biomedicina y el uso de ginecología natural, con plantas o ginecología alternativa que facilita y promueve ejercicios de autoatención para las mujeres -también la nombran ginecología autogestiva- como lo llevan a cabo grupos, anarquistas y lesbofeministas en América Latina.

En este momento, he logrado encontrar, como referentes, planteamientos de autogestión en colectivas y mujeres lesbofeministas independientes que desde 2010, al menos, toman esta tarea: en México (Lunas); Colombia (Mujeres que Aman Mujeres, AMAM) y Brasil (Flor Juliana), ya sea en círculos de trabajo sobre auto atención como hacen las Lunas, haciendo reflexión e investigación teórico práctica sobre la forma en que el Virus del Papiloma se dispersa entre la población lésbica como AMAM en Colombia, brindando atención individual y con talleres como lo hace Flor Juliana en Brasil. También, en 2014, en Guatemala, hubo una iniciativa de Num, mujeres lesbianas quienes han llevado a cabo autoexploraciones ginecológicas públicas y artísticas para mostrar a las mujeres asistentes cómo hacerlo.

1. 4 Aspectos teórico–metodológicos

Por principio, la metodología de este trabajo es feminista pues, siguiendo a Bartra, una metodología feminista: expresa, de manera explícita, la relación entre política y ciencia y tiene por compromiso aportar a mejorar la condición de vida de las mujeres (Bartra, 2012 :67). Además de posicionarse desde el punto de vista feminista y sus conceptos y categorías específicos.

Me es pertinente aclarar que es por la relativa novedad en el tema y que el material existente es, en general, reciente, descriptivo, denunciativo, pero en pocas ocasiones indaga sobre los niveles estructurales del fenómeno, que el bagaje teórico que lo aborda está todavía en construcción y, consecuentemente la aproximación teórico–metodológica de esta investigación será exploratoria-descriptiva y desde una perspectiva cualitativa.

Me propuse situar este análisis entre dos campos del conocimiento no comúnmente interactuantes. Por un lado, me sostengo en la salud colectiva desde su abordaje de las prácticas en salud y porque la salud colectiva plantea que para el conocimiento de la determinación social de la salud-enfermedad es necesario un enfoque crítico que cuestione el biologicismo que impera en el campo conceptual de la medicina (Liborio, 2013:10). También, me auxilio del aporte de la antropología médica crítica, específicamente con su noción de Modelo médico hegemónico desarrollado por Eduardo Menéndez, ya que me permite una caracterización de la biomedicina y sus funciones curativas, pero también normativizadoras y político–económicas. Mi propuesta además, busca aportar un cuestionamiento fundamentado a la heterosexualidad obligatoria y, para ello, he recurrido a la teoría lesbofeminista.

En este punto, me parece oportuno señalar ciertas coincidencias que posibilitan una suficiente coherencia teórica en el ejercicio académico que propongo. En principio, tanto la salud colectiva como el lesbofeminismo comparten un piso teórico crítico y se sitúan desde una perspectiva materialista, por lo que es posible, desde su articulación, partir del cuestionamiento de las dimensiones estructurales de los fenómenos sociales y, subsecuentemente, apuntar hacia la emancipación de los sujetos y los colectivos.

Partiendo de lo expuesto, la vinculación de estos dos campos, salud colectiva-lesbofeminismo supone hacer un giro teórico y político desde la demanda de atención a las “especificidades de lesbianas” o de las mujeres de la “diversidad sexual” (que es una manera de continuar pensando la práctica lésbica como un asunto de meramente sexualidad) a intentar aplicar el análisis teórico de la heterosexualidad como régimen de poder que actúa en todas las relaciones sociales y se articula con las instituciones de un sistema patriarcal, en este caso, en la biomedicina y los modos de vida de las mujeres.

Es así, pues, que he pretendido construir un puente entre la salud colectiva para abordar la biomedicina y la teoría lesbofeminista para abordar al régimen heterosexual y a la heterosexualidad obligatoria, dos lentes teóricos críticos para observar a uno de los más poderosos pilares que sostienen a forma de vivir occidentalizada: el binomio medicina hegemónica-régimen heterosexual.

Es así, que abordo la tarea de indagar sobre las prácticas de medicina contrahegemónica que me ocupan y dimensionar lo que se está expresando de las relaciones sociales en el desencuentro entre las lesbianas y la medicina científica, en una consulta diseñada a partir del MMH, entre quien solicita reconocimiento como sujeta de atención y su propia posibilidad, en tanto sujeta política, de construir una respuesta social organizada, si bien ahora todavía incipiente.

Esta mirada panorámica nos permite reconocer la expresión de un conflicto social, más allá de la construcción de una epidemiología específica de las lesbianas porque, como diría Granda: “los conflictos sociales son tratados como problemas ligados a riesgos y no como problemas del orden” (Granda, 2005:17). Entonces, los conflictos sociales tratados como problemas ligados a riesgos son entonces concebidos como fenómenos que atañen meramente a la responsabilidad individual y no como problemas del orden de social.

Es decir, pretendo trascender la mirada, más allá de pensar los padecimientos de las lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres desde lógicas reduccionistas de causa-efecto, reconociendo el contexto histórico y geopolítico del fenómeno,

significa que pasamos de pensar en riesgos a develar que hay una relación de clases económico-sexuales sosteniendo esos conflictos.

1.4.1 Lugar de enunciación

Para este abordaje, me acerqué a las mujeres lesbianas que participaron en esta investigación buscando no “otificar” (Curiel, 2010b:14). Es decir, no investigo a otras o por otras, sí planteando que no soy ajena a la población ni al problema que investigo. La medicina heterocentrada también ha sido condicionamiento social y pedagogía del ser mujer sobre mi cuerpo, de modo que los cuestionamientos a ella también me implican. Así, lo explicito con todos los costos que desde la exigencia de “objetividad positivista”, que no es la mía, podría tener. Por el contrario, hago patente mi implicación política, ética y personal respecto al trabajo que aquí presento. Me muestro en la dualidad de investigadora y mujer lesbiana, de edad madura, originaria de la *Abya Yala*. Tomo en cuenta el planteamiento de Harding, filósofa feminista, sobre la necesidad de evidenciar la subjetividad de la investigación (Harding, 2002). Me parece, hacer eco de la vieja consigna feminista que enuncia lo personal como político.

Esta investigación, entonces, no es una recopilación sobre la reflexión o la experiencia de las “otras” desde quien investiga de fuera, sino que me asumo implicada y expresada¹⁹ en mi papel académico, tarea autoimpuesta, como meramente privilegiada recolectora de saberes, de la boca de las que, en términos

¹⁹ De acuerdo con la maestra Mariana Villaverde, estudiosa argentina del feminismo autónomo, entrevistada en enero de 2018 para esta investigación: “una puede hilvanar la noción del “estar expresada” a partir de los textos de Margarita Pisano. Principalmente, los que escribe en cuanto a la ética, por ejemplo, en *Deseos de cambio, cambio de deseos* y *En Niñas buenas, niñas malas, ¿qué pasa con la moral?*, hace una reflexión sobre la importancia del hablar como una cuestión ética, poder marcar entre mujeres nuestras diferencias políticas sin el miedo a ser “la mala”, porque generalmente las que hablamos o mostramos desacuerdos quedamos como las malas y “la buena” es la de la postura más silenciosa. En *Julia quiero que seas feliz*, todo el tiempo habla de la necesidad de estar expresada como postura política del Afuera (movimiento político impulsado por Pisano). Es importante tener en cuenta que el estar expresada es algo ético, una parada en el mundo y una propuesta política de profunda ética, en el sentido de estar comprometida con la palabra y con lo que una es, asumiendo los costos políticos y personales que eso implica. Cuestión de compromiso con una misma y con las otras, de poder decir y relatar lo que nos pasa, relatarlo en cuanto a nuestras vivencias, narro mi propia vida desde una mirada política”.

metodológicos son mis informantes, pero que en el ejercicio concreto de las prácticas en salud que me ocupan son las protagonistas, las de la “actuancia”²⁰, definida por Margarita Pisano y las que proponen y reflexionan sobre esa actuancia, por lo que en el ejercicio mismo de no otrificación, me gustaría reconocerlas como generadoras de saberes, actuancias, y teóricamente expertas -como se verá adelante-, *actuantes* e interlocutoras que habitan en espacios distintos de la región.

Esta recolección construye un diálogo entre lo expresado por las actuantes entrevistadas, a fin de poder analizar lo recopilado. Finalmente, dialogando también con ellas que ya discursan en gran medida desde la teoría lesbofeminista que construye el marco teórico de este trabajo y que no son ajenas a una mirada teórica crítica en salud. Recolecto sus reflexiones sobre sus experiencias, sus prácticas y las propuestas que ellas construyen desde su actuancia en medicina desheterosexualizada, para poder analizarlas y dar cuenta de este proceso de disputa específica que ellas comienzan a gestar en torno a los procesos de salud enfermedad y la autogestión desde las cuerpos-territorio de las mujeres de la Abya Yala.

1.4.2 Diseño de investigación

Atendiendo, justamente, a que Harding propone partir desde el punto de vista feminista que “empieza por la vida de las mujeres” (2002:33) y la revalorización del conocimiento fundado en la experiencia y reflexión de las mujeres (Harding, 2001), surge el diseño de investigación que me ha parecido más pertinente para abordar algunas de las propuestas de medicina desheterosexualizada que se están fraguando en la región.

Debo comenzar por insistir en que el presente documento es parte de un ejercicio académico que continúa indagando sobre las formas en que el régimen heterosexual y la heterosexualidad obligatoria se manifiestan en la atención devenida

²⁰ Término usado por Margarita Pisano en 2001, en *EL Triunfo de la Masculinidad*, para definir la acción política y pública de mujeres que desobedecen a la cultura del dominio masculinista y misógino.

de la biomedicina y las implicaciones fácticas y políticas para quienes desobedecen el mandato heterosexual. Durante la realización de la etapa anterior, pude comprender que había una dimensión política en la construcción de una medicina heterocentrada, por lo tanto, intuía que era precisa una respuesta política al fenómeno, pero, en ese entonces, no reconocía el camino adecuado para la construcción de esa respuesta y concluí esa primera investigación.

Al paso del tiempo, fui teniendo noticias de que en distintos lugares de la Abya Yala había mujeres lesbianas retomando las propuestas de ginecología autogestiva que vienen desarrollándose desde los setentas en el continente, que acompañaban abortos o que atendían o se auto atendían en prácticas gestadas entre ellas y que comenzaban a cuestionar la mirada heterosexual dominante tanto en los discursos biomédicos como en los de las llamadas “medicinas alternativas”. Realicé un mapa de las colectivas que en ese momento iba detectando, en México, Colombia, Chile, Brasil y Perú y me propuse realizar una investigación respecto de sus propuestas.

Cuando comencé el diseño de estas indagaciones me planteaba un ejercicio etnográfico y me propuse comparar percepciones de lesbianas usuarias de la medicina hegemónica y de participantes en estas propuestas de atención y autoatención. Incluso, acudí a círculos de salud ginecológica en Santiago de Chile y en Iquique, pensaba documentar prácticas concretas como el uso del espéculo, la toma de historias y otras, así como las impresiones de las “usuarias” en términos de “usuarias” y realicé algunas primeras entrevistas.

Sin embargo, siguiendo una idea de Cobo, que plantea que desde las teorías críticas como el feminismo no basta mostrar una realidad social, sino que es preciso "el politizarla" (Cobo, 2012: 325), me di cuenta de que el ejercicio en términos de comparar qué de estas nuevas prácticas eran más cómodas o menos heterosexualizadas o documentar la percepción de las “usuarias” de esta medicina, seguramente podrá ser útil en un segundo momento, pero que en este momento, lo necesario era poder explicar las prácticas que estaba documentando, pues estos ejercicios concretos, si bien están dotados de sentido dentro de las comunidades en donde se desarrollan, en donde hay, justamente, una común-unidad de sentido,

ciertamente, fuera de ellas resultan complejos de descifrar. Por ejemplo, cuando enuncio en espacios académicos o de personas interesadas en temas relacionados a la salud: “aborto desheterosexualizado” suscita rostros de extrañeza e, incluso, sonrisas o gestos despectivos entre los auditorios externos “¿existe el aborto heterosexual?”. Actitudes ante las cuales una rápida aclaración por mi parte no refleja el complejo entramado entre las reflexiones lesbofeministas, el contexto específico y las discusiones políticas en torno a este planteamiento que surge en Chile en un momento de ilegalidad del aborto y de discusión por tres causales.

Entonces, resultaba necesario dar cuenta de las dimensiones geopolíticas y del momento histórico y de discusión teórica en donde se construyen las propuestas de contrahegemonía ante lo que yo llamo el binomio MMH-RH. Mostrar el sentido de dichas prácticas, dar razón del porqué y para qué de imaginarse colectivamente prácticas en salud desheterosexualizadas, esta comprensión, hizo necesario transformar el objetivo de esta investigación hacia analizar de dónde vienen, en qué consisten estos planteamientos y su dimensión política.

De esta forma, coincidiendo con Bertolozzi y De La Torre en que si las necesidades no se limitan a los problemas de salud y envuelven las condiciones fundamentales para la vida, los instrumentos de trabajo para la aprehensión del objeto deben ser provenientes de otros saberes...

El carácter amplio del objeto y la comprensión amplia de la determinación social indican que los servicios de salud no son suficientes para la transformación de tal objeto. Las tecnologías adoptadas en los servicios para el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, aunque pueden ser eficaces a nivel individual, pueden ser ineficaces cuando se trata de las necesidades de salud. En ese sentido, es importante que las herramientas del trabajador en salud colectiva sean orgánicas con el carácter colectivo y socialmente determinado del objeto. (Bertolozzi y De La Torre, 2012:29).

El asumir, justamente, el carácter colectivo y la determinación de este objeto, es asumir su dimensión política, lo que fue un punto clave en mi investigación, pues

dotaba de genealogía al trabajo contrahegemónico que vienen desarrollando las compañeras. Es posible inscribirlo en la continuidad de una disputa política por la autonomía de los cuerpos y las vidas de las mujeres de la cual Jeffreys ya daba cuenta hace tiempo, explicando cómo el modelo médico somete a las lesbianas desde el discurso científico a encajar en explicaciones causales, al mismo tiempo que encubre el potencial político de la desobediencia a la heterosexualidad (Jeffreys, 1996: 7).

Así que, finalmente, opté por contactarme con compañeras que quisieran compartir reflexiones sobre sus experiencias y prácticas que pudieran dar luz sobre la respuesta social que ellas construyen en medio de esta disputa.

Por medio de redes de activismo lésbico encontré a ocho compañeras lesbofeministas quienes tienen más de dos años en reflexiones sobre salud y que están en algún tipo de actividades que implican actuación en prácticas de salud desheterocentradas cuyo proyecto implica un aliento a mediano o largo plazo.

A quien primero conocí fue a Juliana de Brasil, pero por movi­lidades de casa y trabajo que realiza de cuidado antiespecista, no fue posible encontrarme con ella. Las compañeras de Asociación de Mujeres que Aman Mujeres de Colombia, se habían desintegrado como colectiva para cuando yo pude entrevistarlas y fue una pena pues su publicación crítica a la sexualidad coital (que retomo más adelante), me parece un aporte interesante.

Finalmente, durante 2017, en Santiago de Chile entrevisté a Fresia, a Viviana en sus casas y a Anabel en Iquique, al norte de Chile, cerca de Perú, bajo el techo de la Colectiva Feminista Autónoma. En ese mismo periodo de tiempo, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas entrevisté a Marisol y a Talía, cuyas respuestas en la entrevista, a su petición y salvo cuando ellas mismas lo indicaban, aparecerán en conjunto.

Es necesario aquí explicitar que, si bien, no a todas las conocía, sí sabía de sus labores pues las redes lésbicas informaban sobre sus actividades y me permitieron ese acercamiento.

Dada la afinidad política y la coincidencia del interés en salud de las mujeres, se dio un pronto rapport. Es preciso, señalar que cuando visité sus comunidades ofrecí talleres de escritura feminista y círculos de discusión política a los que asistieron, e,

incluso, ellas mismas los promovieron, lo que propició una relación que explícitamente proponía las entrevistas, de las que se ocupa el presente documento, como parte del proceso de intercambios de saberes que se daban en las visitas que les realicé.

Para llevar a cabo y grabar las entrevistas, me recibieron en sus casas o espacios de trabajo político, dadas las distancias entre los lugares en que ellas y yo habitamos, sólo pude entrevistarlas en una ocasión a cada una, pero las entrevistas fueron largas (más de dos horas cada una), amenas e íntimas.

En este punto, también, me es preciso acotar que, una de ellas, Viviana, tiene formación como médica general; Marisol, como psicóloga y Anabel ha hecho estudios interdisciplinarios en salud de las mujeres. Es decir, son mujeres críticas a la medicina hegemónica, que se paran desde un piso crítico habiendo tenido formación en el mismo modelo, es decir, le conocen desde dentro.

1.4.3 Actuantes

Aquí, presento a las compañeras con las que he podido dialogar y a partir de esos diálogos en 2017 y 2018, y elaboro el tejido de reflexiones lesbofeministas, en páginas siguientes, que apuntan sobre las posibilidades de construcción de medicinas desheterocentradas:

Fresia Flúor: Es mujer lesbiana conversa²¹, feminista. Tiene 40 años. Estudió sociología. Abortera que en Chile hace parte de “Con las amigas y en la casa”, organización lesbofeminista que trabaja en acompañamiento de abortos y en crear escuelas para acompañantes de abortos.

Viviana Solanas: Es mujer lesbiana, feminista, camionera -a decir de ella misma. Tiene 35 años. Estudió medicina general, familiar y se ha formado en aborto médico y AMEU. En Chile hace parte de “Con las amigas y en la casa”, organización

²¹“Lesbiana conversa” es un uso coloquial en Abya Yala para referirse a aquellas que tuvieron un pasado heterosexual y en algún momento politizaron la sexualidad hasta elegir tener una vida lésbica.

lesbofeminista que trabaja en acompañamiento de abortos y en crear escuelas para acompañantes de abortos.



(Viviana y Fresia, diciendo “lesbiana” en lengua de señas)

*Foto de Paulina Sepúlveda, publicada con la autorización de ambas protagonistas

Talía Dubont: Lesbiana feminista radical. Tiene 48 años actualmente participa en la colectiva Rebeldía Lesbofeminista del Sur, “donde la propuesta política es visibilizar la existencia lesbiana y generar acciones que nos faciliten estar en relación con otras mujeres con una mirada revalorizadora de la amistad, que permite entender la fuerza que contiene este tipo de relaciones y lo necesarias que son para generar una cultura-otra que nos libere de los lugares comunes transmitidos por el contexto patriarcal”.



+Foto de Michele Domínguez, publicada con la autorización de la protagonista

Marisol Torres Jiménez: mujer, lesbiana, feminista radical. 27 años. Es activista de las colectivas Rebeldía Lesbofeminista del Sur y de Lesbianas y feministas por el Derecho a la Información. Actualmente facilita procesos de conciencia a través de la psicoterapia feminista.



*Foto de Luisa Velázquez, publicada con la autorización de la protagonista

Anabel: Es mujer lesbiana, feminista. Tiene 30 años. Hizo estudios interdisciplinarios con énfasis en salud de las mujeres en USA. Es “yerbatera”. Es peruana y de forma nómada en distintos puntos de la Abya Yala imparte talleres de ginecología natural desheterocentrada.



*Foto de tomada por la misma Anabel y publicada con la autorización de la protagonista

1.4.4 Procesamiento de la información

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, para posteriormente analizarlas en varias fases.

Descubrimientos:

Se distinguieron conceptos y términos clave mediante la lectura de las transcripciones, se identificaron los temas que ellas hacían surgir repetitivamente y los que significaban coincidencias entre las actantes. Se trascendió la guía de entrevista hacia los rumbos que las propias mujeres sentaron en sus expresiones.

Codificación de datos:

Se codificó de manera abierta, relacionando las coincidencias y diferencias entre los expresado por los distintos hablantes.

Relativización:

Se sistematizó estableciendo relaciones entre los fragmentos codificados.

Retroalimentación:

Dada la implicación lesbofeminista de esta investigación, se devolvió este material categorizado a las hablantes y se pidió una retroalimentación que enriqueciera el diálogo construido entre las transcripciones.

Contraste:

Finalmente se realizó una interpretación del material obtenido en entramado con los referentes teóricos conceptuales.

Elementos éticos para considerar

- ▶ Se obtuvieron consentimientos informado por escrito y oral para las entrevistadas.
- ▶ Se brindó información sobre los usos y objetivos del material que se estaba colectando.
- ▶ Dado que el conocimiento lesbofeminista se construye colectivamente y desde un principio que pretende el no extractivismo de saberes, se adquirió el compromiso de compartir el documento resultante al terminar el proceso académico y de construir un espacio posterior de intercambio de reflexiones.

II. ¿QUIÉNES HABITAN ESTOS TERRITORIOS?

(Fundamentos teóricos de la existencia lesbiana)

En este segundo capítulo, se busca, esbozar el lesbofeminismo como movimiento teórico político en la *Abya Yala* y la dimensión política de la existencia lésbica. En el primer apartado se abordan las nociones elementales, para el lesbofeminismo de “heteropatriarcado”, “régimen heterosexual” y “heterosexualidad obligatoria”. Posteriormente se ofrece una genealogía del pensamiento lesbofeminista que ha desarrollado dichas nociones y en un tercer apartado se aborda de la existencia lesbiana como ejercicio político que encarna la crítica al sistema heteropatriarcal. Así mismo, Se delinearán algunos elementos del contexto general de la lesbofobia en la región.

2.1 Régimen heterosexual y heterosexualidad obligatoria

En este apartado, discutiré, desde posiciones del materialismo feminista y el lesbofeminismo, tres conceptos que están en fino tejido unos respecto a otros y que resultan fundamentales para abordar teóricamente el problema de investigación que me ocupa: heteropatriarcado, régimen heterosexual, heterosexualidad obligatoria.

2.1.1 Producción y régimen heterosexual

La situación económico-política en la que vive el mundo occidentalizado contemporáneo, esa forma de vivir que llamamos capitalismo, se sostiene en la explotación de los recursos naturales para un modo de producción que genera riqueza apropiándose de la fuerza de trabajo de las personas. Entonces, podemos delinear simbólicamente a dos sujetos, a la vez producidos y productores del sistema: Aquél

que explota, el que se ha apropiado de los medios de producción y aquél que es explotado, el que tiene para vender únicamente su fuerza de trabajo.

Para que aquél²² que vende su fuerza de trabajo pudiera llegar al lugar en donde ocurre la producción (y los sitios de distribución, publicidad y otras actividades que permiten e incentivan la *realización* de lo producido), hubo un trabajo que posibilitó un lugar en donde durmió la noche previa con comodidades mínimas que permitieran el sueño, había vegetales, legumbres, carnes u otros alimentos cuya transformación ocurrió necesariamente para que fueran comestibles, hubo hasta ropa dispuesta. Es decir, una persona creó las condiciones necesarias que permitieron que asistiera al lugar de producción. A esa persona se le asignó un trabajo que no se ubica en los espacios de producción y que sin embargo es indispensable para esa producción. Dicha persona muy probablemente era una mujer pues en el capitalismo se asigna la responsabilidad del trabajo doméstico en forma distinta, según los cuerpos sexuados.

Los cuerpos que se presuponen tienen, podrían tener o tuvieron, capacidad de engendrar y/o parir –esposa, madre, abuela, hermana, compañera-²³, son relacionados con el trabajo de la crianza y, como si fuera consecuencia lógica, son los encargados del cuidado y del espacio doméstico. Para que el sujeto del capitalismo pueda emplear su fuerza en la producción, ocurre previamente el llamado *trabajo reproductivo*²⁴, aquel sin el cual no sería posible la producción ni la reproducción.

²² En imaginarios colectivos, el que vende su fuerza de trabajo es un varón obrero/trabajador, pero en la práctica también se trata de mujeres obreras/trabajadoras. Por ejemplo, para 2009 había ya 100 millones de mujeres latinoamericanas, el 53 por ciento de la población activa femenina, que trabajaban fuera del hogar y percibían una remuneración (Organización Internacional del Trabajo -OIT- y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, 2009).

²³ En Latinoamérica, aún en los casos de quien puede permitirse el lujo de ayuda pagada en el trabajo reproductivo, éste se deposita en manos y cuerpos de mujeres. A las mujeres que realizan este trabajo, se les designa –en ocasiones con tonos despectivos–: “la chacha, la sirvienta, la mucama, la doméstica”, no existen y resultan risibles socialmente si se enuncia: “el chacho, el sirviente, el mucamo, el doméstico”.

²⁴ Trabajo reproductivo: concepto desarrollado por feministas cercanas al materialismo histórico que exploran la forma en que el trabajo de las mujeres es apropiado de forma colectiva, pero también individual. Este trabajo es indispensable para la reproducción social y se refiere a toda aquella labor que permite la reproducción humana, como la actividad del cuidado, la higiene, preparación de alimentos y tareas domésticas que es generalmente realizado por mujeres en diversos lugares del mundo, poco reconocido socialmente y que sin embargo resulta indispensable para la vida cotidiana y para la producción y consumo. En palabras de Federici: “La cadena de montaje empieza en la cocina, en el lavabo, en nuestros cuerpos” (La Hiedra en 2012).

Feministas materialistas²⁵ a partir de la década de los setentas mostraban cómo esas tareas obedecían a una división sexual del trabajo. Concepto que hoy es preciso matizar, pues en esos años pretendía explicar que mientras a las personas cuyos cuerpos eran sexuados como masculinos se les asignaban generalmente las labores productivas, a los cuerpos sexuados como femeninos, se les asignaba el trabajo reproductivo. Sin embargo, conforme se ha vuelto más sofisticada la explotación capitalista, se ha construido sobre los cuerpos con presunta capacidad paridora la exigencia del cumplimiento de más jornadas en el ámbito productivo, sin que ello de ninguna manera hubiese significado una disminución en la carga de las jornadas asignadas en el trabajo reproductivo²⁶.

Ante este fenómeno, desde distintas posturas feministas, se ha propuesto y demandado un equitativo reparto de las tareas domésticas. Sin embargo, en muchas culturas las mujeres encuentran serias dificultades en hacer cumplir un reparto más igualitario de ese trabajo. Incluso cuando hay hombres dispuestos a encargarse de tareas del hogar, socialmente se valora distinto al trabajo realizado por un hombre que es *tan sensible* o *tan amable* que lleva a cabo una tarea “extra”, en tanto las labores realizadas por las mujeres son invisibilizadas, porque es lo que se espera de ellas, se naturalizan. Siendo todavía una constante que lleven la mayor carga simbólica y material del trabajo reproductivo²⁷.

Cuando, en la unidad familiar, se intenta trocar el trabajo o distribuir de otra manera las obligaciones, proponiendo, por ejemplo, que sea la mujer la que realice el trabajo productivo, o ambos miembros lo hagan, la desigualdad salarial entre hombres

²⁵ Como Colette Guillaumin, Paola Tabet y Nicole Claude Mathieu.

²⁶ Aproximadamente desde los sesentas y setentas a la fecha, cuando las necesidades del sistema de producción lo indican, algunos asignados con el sexo masculino toman algunas tareas relacionadas con el cuidado o lo doméstico. Sin embargo, ello no ha redituado en una transformación en la distribución general del trabajo reproductivo. Más aún, es un elemento de negociaciones de poder dentro de la pareja: "El hombre que espera – y sutilmente exige – consideraciones especiales por encargarse de sus hijos e hijas, por ir al supermercado, por hacer aseo doméstico, por atender el placer de su pareja, en breve, el que supone que está haciéndole un favor al mundo por aparentemente romper con la división sexual del trabajo. Sutil, una violencia sutil porque performando los roles de género tradicionales, oculta el mecanismo de opresión." (Fernández, 2015, p.41).

²⁷ Al respecto, Rich hace casi 25 años, escribió: "Gran cantidad de hombres podrían encargarse de la crianza de los niños sin alterar radicalmente la balanza del poder masculino en una sociedad androcéntrica". (Rich, 1985:12).

y mujeres²⁸, el techo de cristal²⁹ y las opciones laborales asignadas a las mujeres dificultan estas formas distintas de organizarse. En palabras de Federici: “los intentos de las mujeres de redistribuir las tareas domésticas se verán frustrados dados los bajos salarios que reciben en el mercado laboral por los arraigados prejuicios masculinos acerca de su trabajo”. (Federici, 2013: 80).

En el siglo XXI, en distintas regiones de Latinoamérica y del mundo aún opera el modelo esposo/proveedor-mujer/cuidadora; pero, también, en otras formas de organizarse, particularmente en espacios urbanizados, el trabajo se divide según el cuerpo sexuado pero, esa división no está diferenciada únicamente según el ámbito de la producción/reproducción y mucho menos es equitativa, o distribuida a partes iguales, si no que se asigna un valor distinto a las tareas encomendadas a hombres o a mujeres. Mismo trabajo productivo: diferente salario y diferentes oportunidades laborales. Mismo trabajo reproductivo: diferente carga según el cuerpo sexuado y diferente valoración social.

Este proceso contemporáneo de adecuación a las necesidades actuales del capitalismo, perpetúa la idea de la necesidad de una familia nuclear y termina asignando en tareas productivas y reproductivas una sobrecarga física, material y emblemática sobre los cuerpos con presunta³⁰ capacidad paridora.

Al respecto, Federici expone que las formas en las que se deposita el trabajo sobre los cuerpos de las mujeres son distintas en cada país, sobre los dictados hacia el ejercicio de la maternidad dice: “En algunos países se nos fuerza a la producción

²⁸ El 54 por ciento de las mujeres latinoamericanas que trabajan de forma remunerada carecen de contrato y el sueldo que reciben representa el 70 por ciento del que obtienen los hombres (Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2009).

²⁹ Concepto creado por los estudios de género que alude a la dificultad para alcanzar altos puestos en los espacios de producción en donde las empresas no dan a las mujeres responsabilidades mayores con el pretexto de ser más emocionales, o de tienen hijos y anteponen la familia o el matrimonio o el hogar al trabajo. Al mismo tiempo, que las mujeres viven con culpa porque sienten que descuidan áreas que al hombre no le significan problemas como; si sus hijos se sienten abandonados y no hace la tarea con ellos, aunque tenga quien le resuelva el asunto (niñera, cocinera...) tienen la carga de no contribuir a la estabilidad emocional de los hijos, o descuidar a la pareja, preocupaciones que no se repiten en los hombres que participan en la producción (Arzate, 2009).

³⁰ Se presume la capacidad paridora por presentar una vulva como característica física visible, pero podría no ser fértil, no tener útero o aún no estar en edad de reproducirse, pero se lee en ese cuerpo esa capacidad como si fuese un destino.

intensiva de hijos, en otros se nos conmina a no reproducirnos... Pero en todas partes nuestro trabajo es no remunerado y la función que llevamos a cabo para el capital es la misma” (Federici, 2013: 53).

Con base en lo anterior, me resulta indispensable definir lo que ha mantenido durante su proceso histórico al trabajo reproductivo asignado mayormente a las mujeres, es decir, ¿qué sostiene la actual división sexual del trabajo?, ¿qué determina, en las sociedades, a que dos personas no consanguíneas y de sexos distintos para que vivan juntas, una se ocupe del trabajo productivo y otra tenga que participar directamente en la producción y además le sea asignado el mayor peso del trabajo reproductivo?.

¿Qué impulsa a las mujeres para que, además de cumplir largas horas en jornadas laborales asalariadas, se ocupen de lavar cientos de calzoncillos que nos son suyos durante toda su vida; hacer trabajo reproductivo para sí misma, para el “sujeto productivo”³¹, para sus hijos e hijas y, en ocasiones, hasta para generaciones subsecuentes; qué le impone el mantener el orden de las cosas; limpiar mocos de niñas, niños y pasar noches en vela a su lado cuando enferman; entre muchos otros quehaceres sin remuneración económica, sirviendo así con sus trabajos-cuerpo al sostenimiento del sistema mundo económico?, ¿podría ser así si no se construyera en las mujeres la convicción de que sólo es posible-deseable la vida viviéndola en relación con un hombre y ejerciendo el trabajo asignado en esta relación -ese trabajo que pocos consideran trabajo-³² ?

Este es un punto medular: el supuesto de que la mayoría de las mujeres (y hombres) son heterosexuales por naturaleza es un muro teórico y político, afirma Rich (1985:23).

³¹ Aquel socialmente reconocido como el que produce material o intelectualmente por un salario remunerado.

³² Al respecto, Federici escribe: “El capital tenía que convencernos de que es natural, inevitable e incluso una actividad que te hace sentir plena, para así hacemos aceptar el trabajar sin obtener un salario. A su vez, la condición no remunerada del trabajo doméstico ha sido el arma más poderosa en el fortalecimiento de la extendida asunción de que el trabajo doméstico no es un trabajo, anticipándose al negarle este carácter a que las mujeres se rebelen contra él”. (Federici, 2010:34).

Si partimos desde una mirada biologista³³, en donde la naturaleza humana estaría “determinada por nuestros genes” y es inmodificable debido, justamente, a la herencia genética; no hay más posibilidades de relación entre hombres y mujeres que aquellas que comprenden las funciones reproductivas y crianza de las hijas e hijos durante sus años más vulnerables. Es en verdad un muro teórico (y social) en donde las personas no tenemos otra posibilidad de relacionarnos y vivir más allá que la dictada por los mandatos “naturales”. Sin embargo, es posible un análisis político más profundo. Wittig recuerda cómo en las últimas décadas se ha develado el carácter cultural de las concepciones de lo que, sin cuestionarlo, se había considerado como proveniente de la naturaleza. Sin embargo, señala que hay un núcleo que todavía resiste a ser cuestionado, esa relación obligatoria entre el "hombre" y la "mujer". Pareciera que ese núcleo es anterior a todo pensar científico, como si fuera una esencia natural, Wittig insiste: “como si fueran leyes generales que valen para todas las sociedades, todas las épocas, todos los individuos” (Wittig, 2006:52).

¿Es realmente la relación de vida erótico y/o afectiva entre hombre-mujer una predisposición natural?, ¿qué significados sociales se asignan a los procesos fisiológicos como el reproducirse, parir y la necesidad humana de varios años de crianza para poder sobrevivir?, ¿dichos procesos no son posibles si no ocurre una vida cotidiana construida con base en relaciones de hombres y mujeres no consanguíneos en mutua dependencia?, ¿son viables sociedades en donde las relaciones dependientes material y físicamente entre hombres y mujeres no consanguíneos no sean obligatorias?, ¿a quién y para qué sirve la construcción social de la heterosexualidad?

En las sociedades capitalistas contemporáneas se concibe como destino una supuesta universalidad de la vida heterosexual de las personas. El sentido de la vida con mayor o menor carga de romanticismo, según la cultura de la que se trate, es vivirla en pareja. Pareja de cuerpos sexuados distintos, preferentemente³⁴. Más allá de

³³ Así llaman Lewontin, Rose y Kamin al determinismo biológico (1987:18).

³⁴ Si se trata de parejas del mismo sexo, la solución liberal actual a su cuestionamiento implícito de la heterosexualidad, es reconocer su existencia mientras se cumplan los mandatos de la construcción social de una familia, es decir, mientras a partir de esa pareja se cumplan labores socialmente asignadas útiles a la producción

la construcción mediática de eso que occidentalmente se llama “amor” como realización personal, es pertinente observar cómo la pareja heterosexual resulta tan funcional pues el destino de pareja será producir y reproducir. He ahí la familia construida por el mundo del capital.

El mandato ideológico de constituir en la vida adulta una pareja heterosexual, implica también la crianza de futuras generaciones de trabajadoras y trabajadores. Una construcción significativa útil para sostener los cimientos de la macroestructura. Federici señala: “la familia, tal y como la conocemos en «Occidente», es una creación del capital para el capital, una institución organizada para garantizar la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo y el control de esta” (Federici, 2013:15).

Donde hay individuos destinados al trabajo productivo, a otros-otras se les asigna la sobre carga del trabajo reproductivo y, al mismo tiempo, los hijos e hijas reciben una pedagogía inmediata de la naturalidad en esta organización. Esta es pues, la familia -primera forma de propiedad-, que de acuerdo con Engels y Marx contiene en su forma inicial a la mujer y a los hijos como esclavos del marido: “el derecho a disponer de la fuerza de trabajo de otros... División del trabajo y propiedad privada son términos idénticos: Uno de ellos dice, referido a la esclavitud, lo mismo que el otro, referido al producto de ésta” (Engels y Marx, 1982:32).

De esta forma, el sistema de producción determina modos de vida, la vida en familia que a su vez es el lugar del trabajo reproductivo. Así, resulta acertada la convención social de que la familia es el núcleo de la sociedad (y del sistema económico y político), y en este punto es posible observar cómo la heterosexualidad se elabora y plantea como estructura de ese núcleo que es “la” familia.

Entonces, si la heterosexualidad es una estructura que ordena en clases a la sociedad entera, por lo tanto, es una estructura política y por ende, podemos concebir

y reproducción, especialmente las de consumo y que juntas, dan continuidad de la acumulación individual y perpetuación transgeneracional de la propiedad privada, reflejada en el patrimonio heredable.

la existencia de un *régimen heterosexual*³⁵, un régimen político indispensable para la división sexual del trabajo y para la asignación del invisible trabajo reproductivo.

Amplios sectores de la población no pueden admitir la vida fuera del régimen heterosexual porque está encarnado en los cuerpos y en el hacer cotidianos. La consecuencia de esta marca, que pareciera indeleble, es que se trata de una estructura que estructura la subjetividad y determina los esquemas de percepción, la *mente heterosexual*, de acuerdo con Wittig, (2006:3) no puede concebir una cultura, una sociedad donde la heterosexualidad no ordene no sólo todas las relaciones humanas si no también la misma producción de conceptos e inclusive los procesos que escapan a la conciencia. Está impregnada en la psique y en la piel de la población, de tal manera que la reproducción del constructo de la heterosexualidad, a través de su imposición, construye cuerpos, deseos, talantes, valores, modos de andar por la vida, una vida cotidiana heterosexual.

En este punto es preciso señalar que esta introyección de la heterosexualidad es ya una forma concreta de opresión. Conuerdo con Wittig, quien plantea que “los discursos de la heterosexualidad nos oprimen en el sentido en que nos impiden hablar a menos que hablemos en sus términos (desde una concepción heterosexual de la realidad)... su acción más feroz es la tiranía inflexible que ejercen sobre nuestro ser mental y físico” (Wittig, 2006: 2).

Así, si bien la heterosexualidad y asignación de los roles de género actuales son una construcción que obedece a un proceso histórico, su acción opresiva concreta contemporánea, responde hoy a las necesidades del capitalismo, lo posibilitan y lo perpetúan, generando incluso, los mecanismos necesarios para su adaptación en las distintas fases de dicho modo de producción. Podemos aquí proponernos un juego dialéctico: si reconocemos que “lo que los individuos son depende, por lo tanto, de las condiciones materiales de producción” (Engels y Marx, 1982, p.19), podemos también reconocer que las condiciones de producción dependen de las condiciones materiales

³⁵ Concepto acuñado por Monique Wittig en donde muestra que existe una estructura de la cual devienen una serie de instituciones procedimientos y valores que sustentan el poder de la heterosexualidad normando y controlando las sociedades contemporáneas, por lo tanto, su poder es político (Wittig, 2006).

posibilitadas por la propia heterosexualidad. El capital se apropia del cuerpo en la vida cotidiana y reproductiva del trabajador, de las trabajadoras por medio de la heterosexualidad.

2.1.2 Heterosexualidad obligatoria

En este punto, me interesa mostrar cómo el régimen heterosexual actúa sobre todos los individuos sosteniendo el modo de vida capitalista, pero sobre la vida de las mujeres se inscribe además en forma *obligatoria*.

Comienzo por señalar el que aquellos cuyo aspecto genital implicó que sus cuerpos fueran sexuados como masculinos están socialmente obligados a demostrar su masculinidad, en el sentido de su capacidad inseminadora, proveedora y su desempeño en la producción. Cualquier actitud o desvío respecto a la masculinidad y heterosexualidad impuestas es socialmente sancionado y descalificado.

No obstante, lo anterior, la heterosexualidad como *obligación* actúa de manera particular sobre las mujeres construyéndolas como clase sexual, cuyo trabajo es explotado por otra clase. Para explicar esta propuesta es necesario observar cómo, sin que se contradigan los mandatos del régimen heterosexual en cuanto a la organización de la vida social, el sistema capitalista construye una clase privilegiada cuyos fundamentos son de homosexualidad concretamente masculina, es decir, de amor-deseo-erotismo-afinidad entre aquellos quienes poseen un cuerpo sexuado masculino –en grados diversos de esa afinidad según su elección de género-, pues las relaciones de poder masculinas implican un cierto grado de fraternidad, complicidad, solidaridad-amor entre ellos, eufemísticamente “hermandades masculinas” -en la política, en el entramado social, en los convenios económicos, en las creaciones culturales; aunque ciertamente relaciones atravesadas por la clase económica y los

intereses de la misma-. Esto significa que el patriarcado capitalista es homosexual, en el sentido de la "identificación"³⁶ entre lo que es reconocido como masculino.

Por ello, un pene introducido en el ano de un cuerpo de otro portador de pene no destruye nada del sistema, ni "dinamita" a la heterosexualidad como a algunos discursos posmodernos les gusta idear, ni le hace siquiera cosquillas, porque sólo explícita de forma física un vínculo que ya se da de por sí en la fraternidad de la clase de aquellos cuyos cuerpos son privilegiados por el heteropatriarcado capitalista.

En tanto, que las mujeres son socialmente atomizadas y construidas en la competencia entre ellas. Lo cual no es accidental, como lo explica Rich. Se les enseña a identificarse con lo masculino, en tanto que la masculinidad representa el poder en nuestras sociedades: "La identificación con lo masculino significa la interiorización de los valores del colonizador y la participación activa en la ejecución de la colonización de una misma y de su sexo... sitúan a los hombres por encima de las mujeres, ellas mismas incluidas, en credibilidad, estatus e importancia, en la mayoría de las situaciones" siendo el corolario, la negación de la importancia de las relaciones con otras: "La interacción con mujeres se ve como una forma menor de relación a todos los niveles" (Rich, 1985:21).

Así, la imposibilidad de relacionarse-aliarse con otras mujeres, la asignación histórica simbólica del ser para el otro, sumado todo ello a la constante vigilancia social que amenaza contantemente con la violencia exacerbada actual a las mujeres, al parecer por el hecho de ser mujeres³⁷, hacen de la *heterosexualidad obligatoria*³⁸ no un tema de sexualidad, de prácticas sexuales o de relaciones afectivas, sino una marca política impuesta concretamente a las mujeres en donde, por medio de mecanismos de disciplinamiento y control, naturaliza la heterosexualidad como

³⁶ Utilizo el término "identificación" como una alusión a la "ginoidentificación", aporte de Charlotte Bunch, una de las pioneras de la política feminista lesbiana, quien propuso que las lesbianas, las mujeres identificadas con otras mujeres, se comprometieran políticamente con las mujeres como alternativa a las opresivas relaciones masculinas/femeninas (Bunch, 1975), pues, en el caso de los asignados socialmente como hombres, esta "identificación" política no es sólo una propuesta, sino que ocurre de facto en la cotidianidad patriarcal.

³⁷ Distintas formas de lesbofobia, invisibilidad, violencias económicas, físicas, psicológicas e incluso feminicidios

³⁸ Concepto propuesto por Adrienne Rich que explica cómo la heterosexualidad es impuesta a las mujeres como única posibilidad de existencia a fin de construir las relaciones sociales de dependencia con los hombres (Rich, 1985).

"deseo" para asegurar la "lealtad y sumisión emocional y erótica y el servilismo de las mujeres respecto a los varones" (Rich, 1985:25) y agrego: con el fin de dar continuidad a los sistemas económicos y políticos que en esta *lealtad y servicio* se sostienen. Esto es, la heterosexualidad construida como la única posibilidad para el deseo, la vida y los cuerpos de las mujeres.

Esto es: ya que las formas en que se concibe la realidad son manifestaciones de relaciones sociales, la imposición sobre las mujeres de la heterosexualidad como única realidad posible es sobre la relación cuerpo-trabajo, y para mantener esa relación es necesario sean constantemente disciplinadas a esta sujeción.

Es decir, el supuesto-imposición-naturalización de que el afecto y el deseo de las mujeres está en relación a un varón (o del varón a las mujeres, pero no es ahora el tema que me ocupa) no es inocente, tiene un propósito: con sustento en ese *afecto y/o deseo* cunde la consigna de que la vida de las mujeres se realiza, es *plena*, respecto a la vivencia compartida con un hombre, a la sexualidad compartida con un hombre, a la posibilidad de parir, a la crianza de hijos e, incluso, tras la ausencia o muerte de ese hombre objeto de *afecto y deseo*, al servicio y cuidado que se da a toda la red de relaciones correspondientes, como hijos y familiares, que ha creado esta vinculación, es el caso frecuente, por ejemplo, de la viuda haciéndose cargo emocional, afectiva, económicamente o con trabajos de cuidado de la suegra, cuñados, etc.). Esto significa que el trabajo de las mujeres pertenece a ese hombre (y al clan de ese hombre) al cual fue socialmente asignada.

Es importante señalar que esta asignación ocurre desde generaciones anteriores al nacimiento y se interioriza desde la infancia, aun cuando dicho hombre todavía no exista como una presencia física en su vida sino como mera construcción simbólica. Es decir, desde muy pequeña a la niña se le hace saber que espera la llegada del "príncipe azul", está dispuesta a su espera y es socializada en el trabajo que de ella se exige para cuando el hombre al cual su trabajo será asignado –podría escribir con el que "elija"³⁹ hacer pareja-, aparezca físicamente.

³⁹ En tanto se puede elegir algo que ha sido socialmente asignado.

Históricamente, hay quienes rompen de un modo u otro con ese disciplinamiento. Mujeres que no cumplen con el mandato del sistema mundo de asumir el trabajo reproductivo como destino. Mujeres que han desafiado los mandatos de género. Utilizan pantalones, asisten a las universidades, se niegan a la maternidad, etc. Desafíos que obedecen a su contexto y momento histórico y en muchas ocasiones son sancionadas socialmente por ello –verbal, económica o físicamente.

Sin embargo, estas rebeldes que no logran romper con el mandato de heterosexualidad no rompen el vínculo de ser mujer para el cuidado respecto a un hombre, a “El Hombre”, aun cuando ese otro no exista físicamente, o existan muchos o algunos ocasionalmente, su existencia simbólica es constante: “algún día se casará”, “algún día aparecerá el que la dome, el que la convenza”. El desafío de aquél que alcance a la mujer inaccesible es una constante en los imaginarios colectivos. Libros y películas se han ocupado de narrar incansablemente cómo mujeres de carácter indomable, se someten o son sometidas cuando aparece el “verdadero amor”; de aquellas que siendo maduras sienten la nostalgia de aquello nunca obtenido y encuentran un compañero de su edad o aquellas como “Penélope” que envejece esperándolo a “él”. Un “él” que aun cuando sea un supuesto, es su destino irrenunciable.

Una mujer soltera es socialmente un mensaje de eterna espera, lo mejor que se le puede desear es “pronto aparecerá”. A ella se le destina la sanción social y el murmullo a la que “se quedó soltera”, esa ridiculización-lástima-vacío, la tristeza real o imaginaria de la “solterona” no rompen la regla, si no que la reafirman, en tanto son ejemplo del fracaso individual, familiar y social de la pedagogía del “destino natural” o de la indisciplina. Más allá de negarse a hacer lo dictaminado socialmente, se trata de rebeldías individuales: “la soltera”, “la insurrecta”, “la indomable”, la “sola”, un peso social pedagógico para quienes desobedecen o intenten desobedecer. En cuanto a la apropiación individual de su trabajo, en lo inmediato, las rebeldes pueden escapar, pero aún quedan hermanos, hijos, sobrinos, padres, abuelos, enfermos y enfermas del entorno que requieren sus cariños y cuidados. El trabajo reproductivo es difícilmente renunciabile.

Para las que no desobedecieron, su trabajo pertenece al hombre asignado, también en el período de trabajo efectivo durante la relación, -trabajo doméstico, cuidados, afectos- y pertenece a él incluso cuando el sujeto ha muerto o ha desaparecido del entorno físico inmediato por divorcio o abandono, pues permanece la pertenencia de manera metafísica en los lazos subsecuentes emocionales y material en el cuidado a hijos o familiares.

Es por todo lo anterior que este sistema mundo ha sido llamado “patriarcado⁴⁰”, porque el resultado del trabajo de las mujeres no las beneficia a ellas directamente, sino que sigue perteneciendo, como en las tribus nómadas, al “padre-varón”, al que duerme a su lado y al patriarca dueño de todo lo material e inmaterial producido por quien está bajo su “manto”, el manto del capital. Así mismo, desde el lesbofeminismo⁴¹ usamos la denominación: “Heteropatriarcado” para señalar el carácter fundante de la heterosexualidad obligatoria como lazo que mantiene a las mujeres atadas a esa relación de cuerpo-trabajo.

Otra característica significativa del sistema mundo patriarcal es su mutación permanente, por eso es necesario actualizar la comprensión, para redescubrirlo en sus transformaciones y vericuetos. Varía históricamente y de una cultura a otra, de un territorio a otro, pero es universal y arcaico en su estructura básica. Opera como un dispositivo que simultáneamente está dentro y fuera de cada uno/a de nosotros/as, nos aprisiona y dirige nuestras acciones, nuestros deseos (Segato, 2009).

Para el funcionamiento de este sistema heteropatriarcal, se crea una matriz, un molde al cuál en décadas recientes las feministas han llamado “de género”, es decir un orden social que impone papeles y mandatos a hombres y mujeres a partir de haber nacido con tales o cuales genitales que, a su vez, asignan un lugar determinado en el trabajo reproductivo y un lugar determinado en el trabajo productivo. Como asenté

⁴⁰ La primera en definirlo fue Kate Millett en su libro Política Sexual que ha sido publicado en el año 1969. Ella definirá al patriarcado como un sistema de dominio masculino que utiliza un conjunto de estratagemas para mantener subordinadas a las mujeres señalando el carácter global o universal del mismo (Cobo, 2012).

⁴¹ El lesbofeminismo, entonces, es una propuesta teórica y postura política construida desde lesbianas feministas que señala la heterosexualidad como un régimen político y a la heterosexualidad obligatoria como la forma concreta de la opresión de las mujeres a este régimen.

líneas arriba, no sólo se trata de la división sexual del trabajo, sino que los trabajos asignados tienen valoraciones sociales distintas, siendo el reproductivo el de menor valoración. Se jerarquiza también el trabajo respecto al cuerpo sexuado de quien lo realiza.

Esta doble jerarquización de los trabajos, contribuye a crear una ideología en donde prima la infravaloración de lo “femenino”, de los trabajos intelectuales, productivos y reproductivos de las mujeres, cuya “realización”, entonces *tendría* que estar en otro lugar. Siguiendo esa idea, ese otro lugar del reconocimiento social en el capitalismo para las mujeres está condicionado, en una generalización, a la obtención de un vínculo afectivo con un hombre para realizar el trabajo reproductivo que se le asigna y a la crianza de futuros trabajadores con toda la trama de producción-consumo-reproducción que se teje alrededor y que, curiosamente, sustenta el engranaje capitalista y neoliberal.

Más sencillamente: se convence a las mujeres de que además de ser eficientes en la producción y obtener lugares más o menos privilegiados en ella y de prepararse académicamente –si les es posible- para sobresalir, precisan para tener una vida “realizada” o “completa” de una relación de pareja (con un hombre privilegiadamente) y de la maternidad. Este convencimiento es útil al sistema de producción capitalista en varias dimensiones:

1.- La fuerza de trabajo de las mujeres directamente explotada en la producción.

En donde, además, la venta de la fuerza de trabajo femenina es más barata que la masculina por lo que el capitalismo obtiene ganancias en el trabajo femenino en casa y en la línea de producción. Un ejemplo de ello, es lo que ocurre en las maquiladoras instaladas en Latinoamérica, en donde el trabajo es feminizado y la trama capitalista se teje de tal manera que una sola persona encarna el trabajo reproductivo en lo doméstico, crianza de futuros y futuras trabajadoras y, al mismo tiempo, el trabajo productivo siendo una mano de obra de muy bajos salarios y con nulas prestaciones.

Aún más, Mackinnon en décadas anteriores, según análisis de Rich, documentaba ya el hecho de que las mujeres no sólo se ocupan en alto número de

trabajos de servicios y/o de atención al “otro” (como secretarias, trabajadoras del hogar, enfermeras, capturistas, telefonistas, niñeras, camareras), sino que, además: “la sexualización de la mujer es una parte del trabajo. El requerimiento hecho a las mujeres de que promocionen su atractivo sexual entre los hombres... es el control del hombre sobre la sexualidad de las mujeres y el control del capital sobre las vidas laborales de los empleados” (Rich, 1985:26). Es decir, son trabajadoras y se espera cumplan su función de trabajadoras, pero son también mujeres y se exige de ellas que se comporten como mujeres, en el sentido de que busquen agradar, cuidar y complacer aún en el terreno de lo laboral. Ejemplo de ello es que en México es frecuente encontrar en los anuncios de empleo para mujeres como requisito: “Qué tenga excelente presentación”, es decir, que su aspecto agrade al empleador.

2.-Realizarán la mayor carga del trabajo reproductivo sirviendo así a la producción no sólo de manera directa, sino de manera indirecta posibilitando que la pareja, los hijos y otras a su cuidado puedan vender su fuerza de trabajo.

“Se requieren al menos veinte años de socialización y entrenamiento día a día, dirigido por una madre no remunerada, preparar a una mujer para este rol y convencerla de que tener hijos y marido es lo mejor que puede esperar de la vida”, explica Federici (2013:37), pero me interesa señalar que esos “20 años” no son únicamente de preparación, también es ya explotación del trabajo reproductivo de las mujeres. El trabajo reproductivo comienza cuando a la niña apenas comienza a caminar: se le asignan cargas de ese trabajo, regañándola cuando no se mantiene agradable a la vista del otro y felicitándola por mantener bien peinada a la muñeca, se le asigna ir a hacer las compras básicas, dejar brillantes los vasos o poner la mesa adecuadamente, hacer las tortillas más redondas, lavar bien los pañuelos o saber cocinar desde platos sencillos hasta más sofisticados mientras crece. Es decir, desde sus primeros años las niñas ya están produciendo para el sistema que las explota.

En edad adulta las mujeres cumplen dobles y triples jornadas de trabajo y cuando son mayores siguen teniendo trabajo reproductivo como el cuidado de siguientes generaciones. Un trabajo no remunerado, sin vacaciones y que además no es finito, pues ni siquiera a las ancianas se les permite “retirarse” como ocurre en los

trabajos asalariados. La abuela cuidará a los nietos y bisnietos, preparará desayunos, irá a pagar cuentas, hará mandados, tejerá servilletas, cuidará enfermos, regará las plantas, barrerá la entrada de la vivienda, lo que le sea posible... trabajo no reconocido, en lo absoluto prestigiado, pero indispensable en la división sexual del trabajo. Hasta que las fuerzas de vida le permitan seguirá laborando.

3.- Las mujeres coadyuvan a la preparación de nuevas generaciones que servirán a los trabajos productivos y reproductivos mediante la enseñanza de habilidades y competencias para esas funciones y la difusión de la ideología que permite la continuidad del sistema económico y de la división sexual del trabajo a partir de la heterosexualidad. “Sueño con verte vestida de novia y rumbo al altar”, enuncian los dichos populares mexicanos, como si fuera un buen deseo, de las madres, las tías, las abuelas a las niñas.

4.- La heterosexualidad obligatoria, entonces, sostiene la división sexual del trabajo y en forma concomitante, la creación de los espacios físicos de lo privado y de lo público, pues el trabajo reproductivo generalmente se lleva a cabo en espacios geográfica y materialmente determinados. No es el ámbito de la tribuna pública, ni es el lugar de la producción. El ámbito de lo privado requiere de un espacio físico particular: puede ser un cuarto, una choza de madera, una mansión, lo que ahí ocurre, la transformación de productos en alimentos, la crianza, el cuidado de objetos y personas, la preparación hacia la producción implica consumo, modo de consumo determinado por el modo de producción. Una serpiente devorándose a sí misma.

De este modo, es posible atisbar la utilidad política y económica de construir en las mujeres la heterosexualidad, que a su vez permite el trabajo reproductivo por medio de la división sexual del trabajo como elemento indispensable para la continuidad del sistema de producción capitalista.

Por ello, bastante propaganda realiza el sistema sobre la naturalización de la heterosexualidad, la maternidad y de lo que es “femenino”. Las materialistas francesas en los setentas hablaban de la clase social *mujer* cuyo trabajo es explotado por la clase social *hombre* en primera instancia y por el capitalismo en una instancia más general. Escribe, Federici: “El género no debería ser considerado una realidad puramente

cultural, sino que debería ser tratado como una especificación de las relaciones de clase” (Federici, 2010: 27).

La otra parte de la sujeción de los cuerpos y vidas de las mujeres, la realiza la invención del amor romántico, aquél que Rich llama: “La ideología del idilio heterosexual”, es aquella “proyectada hacia la joven a través de los cuentos infantiles, la televisión, las películas, la propaganda, las canciones populares, el fasto de las bodas” (Rich, 1985: 35) y la monogamia⁴². Una mujer para un hombre, para toda la vida... idea tan romántica, tan deseada, tan hegemónica y tan útil para mantener la fórmula de propiedad y la división sexual del trabajo. Así, la heterosexualidad obligatoria es para las mujeres el nicho específico de una clase social hecha cuerpo, encarnación de una clase sexual-social.

Entonces, comprendiendo a la heterosexualidad como régimen político que sustenta al heteropatriarcado capitalista cuando posibilita las condiciones materiales para la producción a partir de la apropiación del trabajo reproductivo y, así mismo, el carácter de la heterosexualidad obligatoria como dispositivo político sin el cual no sería posible la división sexual del trabajo; es preciso desde el hacer de las disciplinas sociales, económicas, feministas, políticas, de salud, así como desde los movimientos sociales, comenzar a concebir la crítica a la heterosexualidad no como un ejercicio de “inclusión a la diversidad sexual”⁴³, como se viene discursando desde un ejercicio liberal de lo políticamente correcto, sino reconocer que una crítica radical a la heterosexualidad es imprescindible hacia la construcción de alternativas distintas a la del capitalismo que devora vidas, cuerpos, trabajo, relaciones personales y los recursos naturales del planeta.

Mientras se siga concibiendo que el lavado de los platos o la vida erótica afectiva sean asuntos que corresponden a una persona, a una pareja o a la intimidad de lo que

⁴² Considerando que ni el amor romántico ni la monogamia se vivencian con iguales criterios, ni consecuencias en la vida inmediata por hombres y mujeres.

⁴³ Que finalmente es como se fagocita un cuestionamiento político de dimensiones estructurales, convirtiéndolo en lucha por derechos civiles, matrimonios y derecho a tener una hipoteca conjunta, contruidos como “necesidad” de poblaciones urbanas de clase media.

ocurre dentro de un hogar y se siga invisibilizando su dimensión política y sus implicaciones estructurales, será difícil desmontar la reproducción capitalista.

Es por lo anterior que, en un intento de ejercicio de aplicación práctica de estas reflexiones, en las páginas siguientes, las herramientas que desde la teoría lesbofeminista, me permitirán analizar el fenómeno que me ocupa parten de concebir a la heterosexualidad como un régimen político, *régimen heterosexual*, porque me permitirá mostrar la dimensión estructural de la heterosexualidad actuando en las instituciones que devienen del propio régimen, en este caso en la *medicina hegemónica*; la *heterosexualidad obligatoria*, porque me permite señalar cómo actúa el régimen heterosexual en la vida concreta de las mujeres; *la presunta capacidad paridora*, porque permite comprender las razones económicas, sociales y políticas de la obligatoriedad a la heterosexualidad y *la existencia lesbiana*, porque me permite mostrar las formas en que se pone en marcha la desobediencia a la heterosexualidad obligatoria en la forma histórica de la vida lésbica y feminista en la región, pero también en la forma concreta de construir la medicina que desobedece al régimen heterosexual.

2.2 Breve genealogía del pensamiento y teoría lesbofeminista

La conceptualización de un régimen tan poderoso, pero tan inasible como el de la heterosexualidad viene de una episteme compleja de encuentros y desencuentros feministas, más exactamente desde el feminismo radical de la década de los setentas que es, también, el que derivó en el feminismo lesbiano. Hoy, en el contexto concreto de la Abya Yala, le nombramos lesbofeminismo (Castro Y., 2004).

Comienzo por rememorar que en algún momento histórico las feministas más radicales, esas que no le apostaban a repartirse el pastel que llamamos mundo con políticas de una “igualdad” que perpetuaran el estado de las cosas; que aspiraban, en cambio, a revolucionar los ingredientes y la receta misma del pastel, a organizar de otra forma el mundo, comenzaron a reflexionar sobre lo personal y lo político y sobre qué significaba sustraerse políticamente al servicio a los hombres, pero permanecer sexual y emocionalmente en interdependencia:

El feminismo radical fue pionero en considerar la sexualidad como una construcción política... Antes de que un pensador tan famoso y aclamado como Michel Foucault criticara la hipótesis represiva o creencia de que la sociedad se limita a reprimir la libido, Kate Millett y otras pensadoras feministas radicales habían identificado la construcción patriarcal del deseo y del objeto del mismo. ...Esta tematización crítica de la sexualidad dará origen a un feminismo lesbiano que considerará que el amor entre mujeres puede y debe ser un acto político de liberación (Puleo, 2010:4).

Ese fue el principio del camino que construía la sexualidad y el afecto entre mujeres como una potente arma de resistencia ante el dominio patriarcal.

Esas primeras discusiones de lo que hoy es el lesbofeminismo, en las décadas de los sesentas y setentas surgen así, en cercana relación con los pensamientos feministas de la diferencia, en un período histórico de búsqueda de autonomía para las mujeres. Al respecto, escribió Ochy Curiel: “Cada vez más grupos sólo de mujeres, lejos de partidos y grupos de izquierda se organizaban en colectivos. Los grupos de autoayuda se convirtieron en escenarios importantes de la política feminista donde 'lo

personal se hizo político', así, el cuerpo, la sexualidad, pasan a ser centrales en la política de estos años" (Curiel, 2007:2).

En México, en el año 2018 estamos conmemorando los 42 años de la fundación de Ácratas en 1976, primera organización que en nuestro territorio planteaba como eje de acción política, el amor entre mujeres.

Algunas de las múltiples construcciones conceptuales más difundidas del lesbianismo feminista son:

El colectivo Rivolta Femminile, en Italia en 1975, que presentó, a principios de los setentas, *Escupamos sobre Hegel* y otros escritos para la liberación femenina en donde Carla Lonzi señala que en tanto la heterosexualidad sea un dogma, la mujer seguirá siendo de algún modo, el complemento del varón (Lonzi, 2004).

También, en la década de los setentas Charlotte Bunch del colectivo The Furies, en los Estados Unidos de América, propone al lesbianismo como una opción política que se articula en términos de "ginoidentificación". Esto es, que la mujer identificada con otra mujer se compromete con las mujeres no sólo como alternativa a las opresivas relaciones masculino/femenino, si no primeramente porque ama a las mujeres (Bunch, 1975).

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

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

Feministas y lesbianas negras, del Salsa Soul Sisters y el Combahee River Collective, entre otras, en 1977, lanzan la Declaración Feminista Negra, mediante la cual critican al feminismo blanco y heterosexual, y se posicionan contra la opresión racial, sexual, heterosexual y clasista, mediante lo que describirían como una

“imbricación” de las opresiones, en donde muestran cómo se tejen entre sí estos sistemas manifestándose de forma particular de acuerdo a sus posibles tejidos en la vida de los sujetos.

La producción teórica lesbiana feminista continuó durante los ochentas y principios de los noventas, en Europa y en Estados Unidos se publicaron poderosas aportaciones teórico políticas al pensamiento lésbico, entre otras, podemos destacar las de Audre Lorde, mujer negra; las de Cherríe Moraga, Ana Castillo, Gloria Anzaldúa, -particularmente la obra *Esta puente mi espalda* en 1988, y otras de las que se denominaban a sí mismas “mujeres de color”, es decir, mestizas, indias, asiáticas y chicanas quienes reflexionaban desde el ensayo, la poesía y otras formas literarias sobre los cruces o imbricaciones entre el resistir al racismo, al clasismo, a la condición de migrantes, al sexismo, a la misoginia y a la heterosexualidad, desde sus vivencias concretas. Igualmente, publicaron en ese decenio Adrienne Rich, Monique Wittig, quienes teorizaron sobre la heterosexualidad obligatoria y Colette Guillaumin. Estas últimas, mujeres blancas, pero, sin duda, lejos de cumplir los modelos ciudadanos de la hegemonía anglosajona.

Monique Wittig, en 1978 en los Estados Unidos de América, parte de la noción de diferencia sexual, no como “natural”, si no como concepto opresor que define la heterosexualidad como un régimen, por ello, plantea que es necesaria la destrucción de la heterosexualidad como sistema social, basado en la opresión y apropiación de las mujeres por los hombres, la cual produce un cuerpo de doctrinas sobre la diferencia entre los sexos para justificar esta opresión.

Adrienne Rich, en 1980, escribe su obra *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana*, en donde muestra la heterosexualidad obligatoria como una de las instituciones fundamentales del patriarcado que ata a las mujeres a los cuidados y servicios.

Pharr y Green, entre otras, en los ochentas, noventas y en la década reciente realizan una crítica al heterofeminismo y a la lesbofobia señalando cómo ésta defiende intereses económicos masculinos muy concretos en el marco de la división sexual patriarcal del trabajo. Además, demuestran cómo la lesbofobia sirve en contra de todas

las mujeres, quienes pueden ser acusadas en cualquier momento de ser lesbianas y así condenadas al aislamiento social.

Colette Guillaumin, en 1992, presenta el término *sexaje* con el cual muestra que las lesbianas ciertamente escapan a la apropiación privada por parte de los hombres, como lo había señalado Wittig (2013). Sin embargo, Guilleaunmin muestra que no son apropiadas individualmente, pero no se libran de la apropiación colectiva, lo que las vincula a la clase de las mujeres e implica luchas conjuntas.

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

Paralelamente, en Latinoamérica continuaban los trabajos y actuancias lesbianas y feministas. En México, por ejemplo, con reflexiones de Yan María Castro Yaoyólotl, desde la propuesta política del lesbianismo comunista/socialista que consiste en una mirada de la lucha de las mujeres unificada a los movimientos por la justa distribución de la riqueza y desde otros grupos de lesbianas organizadas. Para el 2000, lesbianas articuladas en México, acuñaron, la denominación “lesbofeminismo” pues se intentaba establecer una distancia política entre el lesbianismo reformista e inclusivista “LGBT” (Castro Yaoyólotl, 2004), que a veces se nombraba también feminista, y la política lesbiana que no buscaba la inclusión, más bien, se situaba desde el cuestionamiento al régimen heterosexual.

En la primera década del siglo XXI se siguió produciendo pensamiento y actuancia desde los grupos lésbicos organizados en Guatemala, en Colombia, en Argentina, en Bolivia, en Chile; los aportes de pensadoras lesbianas fueron un motor fundamental para el desarrollo del pensamiento del Feminismo autónomo; en Chile, Margarita Pisano escribía desde el Pensamiento del afuera, y otras feministas lesbianas y autónomas, en las décadas recientes han venido, en toda la región, planteando la propuesta de un feminismo crítico a la heterosexualidad obligatoria, al racismo, a la colonialidad, al clasismo, a la cooptación de los movimientos de mujeres por medio de la “cooperación internacional”, a la institucionalización del feminismo tanto heterosexual como lesbiano hasta convertirlos en políticas de género

desdentadas. Ante ello, resisten y desde sus lugares de pensamiento desarrollan contemporáneamente propuestas teóricas propias.

Respecto a esa teorización, me permito convocar aquí, a modo de cierre de este apartado, la reflexión de Velázquez (2018) :

“Para mí las teorizaciones sobre la heterosexualidad como régimen político se radicalizaron en Latinoamérica. Si bien rastreando la genealogía del concepto, sus inicios re-gis-tra-dos se sitúan en pensadoras como Adrienne, Monique o Sheila, lo cierto es que para aquellos contextos coloniales el legado de dichas autoras ya no continuó. Pero en Latinoamérica la radicalización sí ocurrió, para nosotras fue esencial comprender que la heterosexualidad es una institución económica de explotación de los cuerpos de las mujeres, institución que es ni más ni menos que el motor del patriarcado, el centro donde se gesta y reproduce la opresión”.

2.3 Existencia lesbiana

En este apartado comenzaré por explicitar que, en el caso del lesbofeminismo, cuando se enuncia que una mujer es o puede ser lesbiana, no se está remitiendo al concepto “orientación sexual” que viene de la sexología, legitimada por su cercanía con el Modelo médico hegemónico, en donde están pendientes por cuestionar las mismas aristas que se cuestionan al modelo, en tanto individualista, mercantilista, ahistórico, normativo, regulador y autoritario. Sin embargo, es preciso reconocer que la función de la idea de “orientación” en la sexualidad fue importante históricamente hace más de veinte años como elemento de defensa y de consecución de los derechos humanos para el colectivo LGBT y ahí su aporte histórico, pero hasta ahí, no es la única posible manera de abordar la forma en que se desea y se obtiene placer para las personas.

Desde otras miradas, que parten de teorías sociales construccionistas y estructuralistas e incluso, ideas del psicoanálisis, de la psicodinámica y, por supuesto, feministas, nadie nace con una “orientación”, sino que toda unidad anatomofisiológica,

ser humana con vida, tiene la posibilidad de sentir placer y responder a estímulos en tanto terminaciones nerviosas tenemos. Sin embargo, el condicionamiento o construcción social nos enseñan a que aquellas que nacimos con vagina sólo podemos permitirnos sentir y erotizarnos cuando somos tocadas por sujetos que poseen pene. “En nuestro orden social la sexualidad ha quedado reducida al falocentrismo adulto; es decir, lo que se entiende por 'sexualidad' es una pulsión adulta y que gira en torno al falo. Por 'acto sexual' todo el mundo entiende el coito. Sin embargo, hay toda una sexualidad básica humana y femenina que no es falocéntrica” (Bustos, 2008).

Un ejemplo concreto de ese condicionamiento es la idea originalmente freudiana, que se repite en miradas psicodinámicas contemporáneas, de que las mujeres debemos tener orgasmos en la vagina para ser sexualmente maduras, es decir, poner como secundario el placer clitoriano y obtener placer al ser nuestras vaginas estimuladas por un pene, ser, literalmente, la vaina, la funda del pene.

“Para cuando la civilización occidental empieza a reconocer 'científicamente' la sexualidad, la mujer lleva milenios arrastrando un cuerpo sometido a este orden falocrático, un cuerpo al que se le cortan las raíces desde el comienzo de su crecimiento, lo mismo que a un bonsái. El sexo femenino no existe, constata empíricamente Freud, a partir de lo que ve y del sesgo falocrático y misógino de nuestra civilización. En el panorama del orden sexual vigente, se determina que sólo hay un sexo, el masculino; y la mujer es sentida y definida como un varón sin sexo, castrado” (Bustos, 2008).

Hoy en día, el imaginario popular es que el placer de las mujeres depende del tamaño del pene que se introduce en su vagina. Sin embargo, hasta el mismo Freud reconoció que había algo que se le escapaba, “un ‘continente negro’ inexplorado... difícil de devolver a la vida, como si hubiera caído bajo una represión particularmente inexorable” (Bustos, 2008). Al respecto, en la década de los ochentas, Irigaray, quien revisa los conceptos fundantes del psicoanálisis, planteaba que “...Para las mujeres, la primera relación de deseo y de amor va dirigida al cuerpo de una mujer. Y cuando la teoría analítica dice que la niña debe renunciar al amor de y hacia su madre, al deseo de y hacia su madre, a fin de acceder al deseo del padre, está sometiendo a la

mujer a una heterosexualidad normativa, corriente en nuestras sociedades...” (Irigaray, 1985: 26).

La lectura de Irigaray en este aspecto puede resultar complementaria a uno de los aportes fundamentales del lesbofeminismo que señala que ninguna mujer (ni ningún ser humano) nace con una orientación sexual *dirigida* hacia ningún lado, se nace con la capacidad de sentir placer y se condiciona hacia una sola manera de concebirlo en este sistema, porque concebir que el placer -y la vida cotidiana- sólo pueden ocurrir en interdependencia entre hombres y mujeres, mantiene la macroestructura social y económica.

Desde un punto de vista biológico, las mujeres tenemos epidermis reactiva y terminaciones nerviosas que no distinguen el genital de quien les estimula, toda aquella nacida con vagina, tiene la posibilidad de desear, erotizarse y sentir placer con cualquier otra nacida con vagina.

Sin embargo, como las personas no somos sólo entes biológicos, sino biopsicosociales, en tanto que socialmente ninguna mujer (ni ningún ser humano) nace con una “orientación” sexual o dirección hacia algún lado de un espectro sexual imaginario, se nace con la capacidad del placer, pero se condiciona hacia una sola manera de concebirlo en este sistema, porque concebir el placer -y la vida cotidiana- sólo cuando ocurren en interdependencia entre hombres y mujeres, mantiene la macroestructura social y económica.

Sobre aquella que se presupone que su cuerpo tiene capacidad paridora, se construye política, social y culturalmente una subjetividad que le compulsará a creer que sus terminaciones nerviosas sólo reaccionaran al estímulo de sujetos cuyo cuerpo tiene un pene y, así, se aseguran sus servicios de cuidado y trabajo para el bienestar de ese sujeto y para que los hijos o hijas que vaya a parir le pertenezcan a él, en el eterno culto al padre, que es ese sujeto con pene al que se han asegurado de hacerle creer le debe el placer y el amor.

Por lo tanto, desobedecer esos mandatos, desobedecer esa construcción de sujeto bioesperado⁴⁴, pluralizar a la sujeta mujer para transformarla en las mujeres que se resisten a ser las compulsadas por la heterosexualidad construye un monstruo, me parece, “explica la imagen de las sirenas, las mujeres-pep, que en la Antigüedad representaban la sexualidad no falocéntrica de la mujer. Las sirenas no podían tener relaciones coitales con varones, pero nadaban voluptuosamente como los delfines y bailaban la danza del vientre -del útero- en el agua” (Bustos, 2008).

Pluralizar a la sujeta mujer, significa partir de esa sujeta histórica, política y reivindicativamente. Ya Beauvoir, en 1949 publicó *El Segundo Sexo* en donde mostró como el ser mujer no es una condición a priori, sino que es una construcción social, cultural, material y psíquica: “la mujer no nace, se hace”, es la popular frase difundida en el feminismo, aunque también puede traducirse como “no nace, la hacen” o “es hecha”. Sin embargo, no me gustaría dejar de enfatizar que se “hace o la hacen” sobre un cuerpo con genitales determinados por la presunta capacidad paridora y se “hace o es hecha” para fines específicos, es decir, para cumplir concretos papeles y trabajos, de acuerdo al sistema de producción y dominio sociocultural en el que habita.

Aproximadamente treinta años después que Beauvoir, Wittig, pensadora lesbiana feminista, al mismo tiempo que cuestionó el concepto de “mujer” y señaló que refiere a algo inexistente, un ideal que mantiene la opresión; explicó cómo existe en tanto clase social en relación antagónica respecto a una clase opresora, porque: “lo que constituye a una mujer, es una relación social específica con un hombre, relación que otrora hemos llamado servidumbre, relación que implica obligaciones personales y físicas, tanto como obligaciones económicas” (Wittig, 2006:36). Esta misma autora estableció que entonces las lesbianas no son mujeres pues escapan de esa relación al negarse a ser heterosexuales: “porque el sujeto designado no es una mujer, ni en lo económico, ni en lo político, ni en lo ideológico” (Wittig, 2006:36). Sin embargo, si bien las lesbianas escapan a la apropiación individual, no lo hacen de la apropiación colectiva. Guillaumin contribuyó al análisis con la categoría de análisis “sexaje”,

⁴⁴ Hablar del sujeto bioesperado, es referirme a un concepto que comienzo a desarrollar, entendido como una manifestación concreta de la biopolítica que se convierte en diseño y acto que condiciona cómo ha de recibirse y cómo se constriñe al sujeto de atención a sujetarse a lo que de él prospecta el diseño de atención.

señalando “la relación social de apropiación privada, física, directa de las mujeres en forma individual por parte de sus padres, maridos, novios; y la apropiación colectiva de la clase de las mujeres por la clase de los hombres”. Es decir, se trata una “relación social, material, concreta e histórica. Esta relación social es una relación de clase, ligada al sistema de producción, al trabajo y a la explotación de una clase por otra” (Brecha Lésbica, 2005). Por lo tanto, las lesbianas escapan de la apropiación individual, pero pertenecen a la clase mujeres en tanto no se subvierta la apropiación colectiva de aquellas cuyos cuerpos tienen presunta capacidad paridora.

Como lo escribe Robledo (2012:77), pensadora lesbiana: “Políticamente, para ser inteligibles, las lesbianas nos englobamos dentro de la categoría mujeres, aunque la pongamos epistemológica y ontológicamente bajo sospecha”.

En este marco, el posicionamiento político lésbico supone la puesta en marcha de una existencia politizada. La existencia lesbiana, de acuerdo con Rich (1985: 32), sugiere pensar tanto en la presencia histórica de las lesbianas, como en la puesta en marcha del sentido de tal existencia.

Aun cuando en toda la historia han existido mujeres que se relacionan erótica afectiva y/o sexualmente con otras mujeres, no siempre puede usarse la palabra lesbiana para definir las. Por ejemplo, Suárez, investigadora feminista, pregunta: “¿Y de qué calificar a las lesbianas en cuya cultura o período histórico no existía (o no existe) el concepto contemporáneo u occidental de “lesbianismo”? ¿Y de qué calificar a las mujeres que aun sintiéndose lesbianas son incapaces de superar las presiones ambientales y mantienen una vida heterosexual?” (Suárez, 2006:8). Así, estoy consciente de la complejidad que el término encierra. Incluso, la definición de lesbiana ocupa hoy apasionados debates en el propio movimiento lésbico y otros, hay un debate por la inteligibilidad de la palabra (EKIPA, 2009). Las discusiones hoy vigentes en torno al sujeto del feminismo, se trasladan en torno a la sujeta del movimiento y de la teoría lésbica, justamente, sobre la inteligibilidad de la “lesbiana”.

De acuerdo con Fusková (1992:2), lesbiana feminista argentina, ya que: “Hay varios modos de vivir el lesbianismo. Uno de ellos es aquel que supone solamente una elección de un objeto sexual distinto, es decir, una mujer en lugar de un varón”

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

Sin embargo, me es posible identificar en la Abya Yala, contemporáneamente, tres acepciones principales en el uso de la palabra, las cuales se cruzan, cuestionan e interpelan entre sí:

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

La segunda acepción la identifico en la discusión del pensamiento que se desarrolla a partir de una línea liberal/neoliberal de la sexualidad, cuyos análisis parten de señalar una jerarquización de la sexualidad, por ejemplo en el pensamiento *queer* en general, Judith Butler y Beto Preciado como figuras emblemáticas en esta pensamiento, que analiza a partir de concebir el género como una serie de conductas, códigos de vestuario y actos repetitivos, una performance. Mirada que diluye la propuesta lesbiana, (machorra, bollera, tortilla, translesbiana en el discurso queer) nuevamente, hacia un asunto de sexualidad, o de ductilidad o “nomadismo” del género. En este caso se la concibe “contra la heteronoma” por lo que la invisibiliza al subsumirla con otras prácticas de disidencia a los mandatos de la sexualidad normativa o de las construcciones contemporáneas de género (Falquet, 2009).

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

tomar la decisión política consciente de abandonar la heterosexualidad y hacerse lesbianas” (Suárez, 2006:2).

Se trata de una identidad construida en un momento político e histórico determinado, correspondiente a la cultura urbana occidentalizada. Su utilidad, como lo señala Jeffreys (1996:7) ha sido señalada en la relevancia de una identidad reconocible como instrumento organizador dentro de su propio contexto.

Con puntualizaciones, pero sin perder el sentido político y antipatriarcal, esta concepción sigue vigente, Castro, lesbiana feminista mexicana, escribió: “Es una actitud política (consciente o inconsciente) que ha confrontado por sí misma al sistema patriarcal negándose a su pretensión de reducir a todas las mujeres a propiedad de los hombres a través de la familia, el matrimonio, la heterosexualidad, la maternidad y la monogamia impuestos” (Castro, 2012).

En uno u otro caso, Robledo (2012) plantea que una de las estrategias que tienen las lesbianas para visibilizarse e intentar existir es utilizar el término *lesbiana* en sentido político. Es decir, no es una connotación esencialista sino más bien como posibilidad de crítica frente un paisaje heterocentrado, pero que es necesario nombrar para que exista.

Así, las actantes de las experiencias de las que aquí me ocupo están situadas en un lugar histórico y geopolítico como es la Abya Yala y narran cómo ponen en marcha y dan sentido a su existencia, subjetividad y posicionamiento político en un mismo tiempo y espacio.

2.4 Contexto regional

En este apartado me ocuparé de plantear, apenas, un esbozo de cómo se manifiestan el régimen heterosexual y la heterosexualidad obligatoria en el contexto y momento histórico en que ocurre la actuación de las protagonistas de esta investigación.

En los últimos años, en la región, se han hecho visibles mediáticamente los asesinatos lesbofóbicos en Chile de Nicol Saavedra (Vargas,2017), hace dos años, de Jessica Patricia González Tovar (Vásquez,2016), hace un año y de María Guadalupe Hernández Flores, Kleo en México (Silla) en marzo del 2018; de Marcela Crez en Argentina (Jiménez, 2016), hace dos años y de Marielle Franco en Brasil (BBC,2018), también en marzo pasado.

Es oportuno aquí señalar como en el caso de Marielle, figura pública y luchadora en distintos frentes por los derechos humanos afro,lésbicos y proletarios, distintos medios y organizaciones declaraban su conmoción y el duelo por el asesinato señalando sus diversos modos de incidencia política, pero omitían su posturalésbica e invisibilizaban mediáticamente a su compañera de vida. La revictimización lesbofóbica es un pendiente de analizar en este caso. Al respecto, escribió Ericka Montecinos, periodista chilena (2018): "...incluso con mujeres feministas- alegando que su orientación sexual "es parte de su vida privada". Su vida privada fue política".

A Estefany Stefanell Pérez lesbiana de Colombia, en 2016, luego de ser acribillada, le agredieron el cuerpo bajándole los pantalones para "comprobar" que su cuerpo era de mujer (Espectador, 2016).

A Kleo la asesinaron en Querétaro y las autoridades y organizaciones feministas pedían a los gruposlésbicos no llamarlo lesbocidio porque era muy "intenso", mejor no nombrarlo; De acuerdo con Maricruz GB, activista de la Carambada, organizaciónlésbica de Querétaro.

Al recuento de estos lesbocidios habría que sumar la violencia lesbofóbica psicológica, verbal y física vivida en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de

Colombia hacia dos lesbianas estudiantas por parte de alumnos de primer semestre Luis Alejandro Parada y Camilo Andrés Cardona en 2016; habría que contar que en diciembre de 2018 despidieron a dos mujeres aspirantes a la Policía Metropolitana en Buenos Aires porque sus compañeros difundieron una foto de ellas besándose, cuando a dos heterosexuales que se besaran no les habrían sancionado y mucho menos en tal magnitud (INADI,2016).

Fran Petersen, reina del Carnaval en Brasil, (INFOBAE, 2017) ha sido objeto de ataques lesbofóbicos en redes por visibilizar su relación lésbica.

Además de los múltiples reportes de tratos lesbofóbicos en librerías, cines, restaurantes, bares y espacios públicos en Perú, México, Chile, Brasil y Argentina.

Estos son los casos visibles mediáticamente, y ni qué decir de las violaciones "correctivas" a lesbianas en la región (CIDH,2017:5). Así mismo las organizaciones lésbicas reportan que hay un subregistro de la lesbofobia y que las situaciones de lesbofobia en la cotidianidad sólo son registradas para nuestros entornos inmediatos, (Lunas Lesbofeministas, La Carambada, La Barria, 2018).

Incluso, casos mediáticos de mujeres lesbianas en situación de prisión han trascendido a la mirada pública, como es el caso de Higuí en Argentina, que en 2017 estuvo presa ocho meses por defenderse de diez hombres que intentaron violarla. En legítima defensa, Higuí dio un puntazo a uno de sus agresores y luego, ante amenazas de empalamiento y mientras la seguían golpeando, cayó inconsciente. Despertó procesada por homicidio (Cosecha Roja, 2017).

También, en Argentina, Mariana Solagne se encuentra presa desde octubre del 2017 pasado por besar a su esposa en vía pública y por una serie de secuencias de lesbofobia en el trato judicial de su caso (Carbajal,2018).

Este 8 de marzo, se presentó el Dossiê sobre Lesbocidio no Brasil (Carneiro, Dias y Felipe), una encuesta apunta que 54 mujeres lesbianas fueron muertas en Brasil en 2017, indicando un aumento del 237% en relación con el primer año de la investigación, 2014. A pesar del crecimiento, el Dossiê resalta que los casos documentados todavía están distantes de la realidad, destacando la insuficiencia de

datos oficiales y de políticas públicas para conocer y prevenir la violencia contra las mujeres lesbianas.

A pesar de ese panorama de peligro y violencia lesbofóbica en la región, este 17 de mayo de 2018, tras muchos años de luchas LGBT conjuntas, los Estados, organizaciones civiles e instituciones se han pronunciado por erradicar la homofobia, bifobia y transfobia. Por ejemplo, en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018), han “olvidando” mencionar la lucha contra la lesbofobia. Dicho “olvido” es difícil de concebir como una casualidad, documenta más bien, un mensaje de lesbocidio simbólico. Ante interpelaciones concretas, por ejemplo, organizaciones civiles, respondieron; escribir “homofobia” ya “incluye” a las lesbianas, siendo que la lesbofobia tiene por carácter particular que implica toda la carga de persecución del régimen heterosexual a quien le desobedece, pero también la carga de la misoginia que se deposita contra todas las mujeres por el hecho de serlo. Ya que el movimiento lésbico tiene décadas de trabajo por la visibilización, haciendo construcción política, resistencias, existencias y reivindicaciones propias, negarse a nombrar a una sujeta o colectividad de sujetas nunca es políticamente inocente.

Las líneas precedentes podrían resultar un recorrido por la nota roja de los medios LGBT, un lúgubre recordatorio del clima lesbofóbico en la región, sin embargo, más allá del recordatorio de la violencia, también es necesario visibilizar que en este contexto es en donde se desarrolla, pero que también se detona la actuancia de quienes pretenden medicina contrahegemónica respondiendo a un clima de necesaria sobrevivencia en donde lo que sucede en el consultorio no es un asunto de excepción, es consecuencia de un momento histórico que enmarca la misoginia y la lesbofobia regionales. Este contexto se complejiza si lo complementamos observando el avance de la derecha más conservadora en todo el continente y la realización de manifestaciones explícitas y llamadas multitudinarias a las poblaciones contra lo que denomina la derecha como “Ideología de género”, por “la familia” y en contra el aborto, es decir, en contra la defensa de los derechos humanos en general, las miradas feministas y la libre autodeterminación y el ejercicio de los derechos de las mujeres y de las disidencias políticas en general.

III.MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

3.1 Sistema de producción y prácticas en salud

La palabra “medicina” en los imaginarios colectivos occidentalizados es aquella que se invoca como respondiente a la necesidad humana de recibir atención en procesos de salud/enfermedad, prevenir padecimientos y proporcionar acompañamiento cuando quien padece no puede hacerse cargo de sí por alguna situación de vulnerabilidad o por la naturaleza del padecimiento.

En la historia de la humanidad, ésta necesidad ha venido siendo acompañada por diferentes medicinas o prácticas en salud, modos de entender los PSEA que se transforman conforme cambian los saberes, los modos de vida y la tecnología disponible para la atención y, por supuesto, ha dependido también de los intereses políticos y económicos de las clases dominantes en los distintos momentos históricos. Al respecto, escribe García (1994: 20): “Las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables... La práctica médica, la formación del personal de salud y la producción de conocimientos médicos están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica”.

Si bien la medicina se reconoce como un campo de prácticas y saberes cuyo objetivo es la prevención y curación de las enfermedades y la preservación de la salud, es posible definirla como una ciencia o, como una profesión vinculada al proceso social y al desarrollo científico teniendo su correlato en la definición de salud desde las perspectivas biológicas (Liborio, 2013:1).

Es preciso señalar cómo en esta vinculación entre medicina, procesos de producción e intereses políticos, la atención que se da a los cuerpos de los hombres no tiene los mismos parámetros que la que se da a los cuerpos de las mujeres y no meramente por las diferencias biológicas, pues hay una cierta dimensión política en el control de las mujeres, el control sobre su función reproductiva y su salud en general, pues, para Canevari (2017:18), “La sexualidad y la reproducción son preocupaciones

estratégicas para la dominación patriarcal. La autonomía de las mujeres se presenta como una amenaza al orden social que se propone perdurar. Desde tiempos remotos, se despliegan dispositivos de control sobre los cuerpos y particularmente sobre las mujeres”.

En concordancia con la afirmación de Canevari recurro también a la obra Calibán y La Bruja, en donde Federici muestra que el paso del feudalismo al capitalismo en Europa, no es necesariamente un proceso evolutivo histórico sino una época de choque entre propuestas de vida comunitaria y los grandes poderes feudales que culminó con la derrota de los campesinos. Por medio de los procesos de desposesión de la tierra, de los saberes y los haceres comunales, en Europa se produjo la acumulación de trabajadores explotables y capital, pero sobre todo la pérdida de autonomía política y social de sus cuerpos y saberes para las mujeres (Federici, 2010).

Un punto clave para el posicionamiento hegemónico de la biomedicina fue el despojo de la legitimidad de los saberes de las mujeres, de la medicina precapitalista, “la eliminación de las brujas como curanderas tuvo como contrapartida la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes. El nacimiento de esta nueva profesión médica en Europa tuvo como influencia decisiva sobre la caza de brujas, pues ofreció argumentos <médicos> a los inquisidores” (Ehrenreich y English, 2006:7).

...dado que la iglesia medieval, con el apoyo de los soberanos, de los príncipes y de las autoridades seculares, controlaba la educación y la práctica de la medicina, la Inquisición (caza de brujas) constituye, entre otras cosas, uno de los primeros ejemplos de cómo se produjo el desplazamiento de las prácticas artesanales por los <profesionales> y de la intervención de estos últimos contra el derecho de los <no profesionales> a ocuparse del cuidado de los pobres... [Tomas Szasz, The Manufacture of Madness (La Fábrica de la Locura)], Cita Canevari (2017:25).

En esta etapa histórica emergen nuevas formas de interés estatal y científico por el control de la reproducción, porque ésta significaba el control de la población y sus procesos económicos. Por lo tanto, era indispensable el control de las capacidades

reproductivas de las mujeres. Federici muestra cómo a mediados del siglo XVI, los gobiernos de Europa comenzaron a castigar, incluso con la muerte, al aborto, a la anticoncepción y al infanticidio, todo bajo la idea de que la cantidad de ciudadanos determina la riqueza de una nación (Federici, 2010).

Blazquez muestra que Las mujeres acusadas de brujería habitualmente tenían un oficio, solían ser cocineras, perfumistas, curanderas, consejeras, campesinas, parteras o nanas, y realizaban sus actividades a través del desarrollo de conocimientos que les eran propios. (Blazquez, 2008).

A modo de ejemplo, a las parteras se les perseguía porque ejercían un poder sobre la fertilidad, la concepción, el embarazo y el parto, curaban impotencia masculina e infertilidad femenina, practicaban abortos, suministraban anticonceptivos (Se usaban alrededor de 200 anticonceptivos de forma común) ... “Por lo anterior, influían en el número de nacimientos; un poder que la Iglesia deseaba, y debido a que la partera usurpaba el papel del cura del pueblo, su trabajo era interpretado como un crimen”. (Blazquez, 2008:28).

Así mismo, las áreas de conocimiento en donde se desarrollaban los conocimientos de las curanderas eran las relacionadas con el enamoramiento, adulterio, anticoncepción, impotencia, infertilidad, aborto, embarazo, parto y crianza de los niños. Los temas relativos a la sexualidad y la reproducción. Aquí hay una reflexión de Blazquez que vale la pena resaltar: “La aniquilación de las mujeres depositarias de este conocimiento expresa probablemente que éstos eran algunos de los territorios que creaban mayor tensión en la construcción de las sociedades modernas y que les fueron expropiados”. (Blazquez, 2008: 31).

En este mismo sentido, English y Ehrenreich (2006:10) muestran esa línea política de control pues señalan que existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el Norte de Europa:

- a) Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la “acusación” de poseer una sexualidad femenina.

- b) En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas.
- c) La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar.

Especifican, English y Ehrenreich: “A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos (2006:11)”.

En los territorios de la Abya Yala, tras la conquista y el proceso de colonización ocurrieron persecuciones a los saberes de los pueblos originarios, que encontraron diversas rutas de permanencia y resistencia, al mismo tiempo que ocurrieron también fusiones y transformaciones entre los saberes venidos de Europa y los locales. El constante intercambio en rutas atlánticas que tuvo un impacto en la práctica de la medicina en uno y otro continentes.

En los territorios colonizados, se repitió una fórmula semejante al “cazar brujas”. Federici analiza “la influencia recíproca por medio de la cual ciertas formas represivas que habían sido desarrolladas en el Viejo Mundo fueron trasladadas al Nuevo, para ser, luego, retomadas en Europa” (Federici, 2010: 288).

“La expansión global del capitalismo a través de la colonización y de la cristianización aseguraron que esta persecución fuera implantada en el cuerpo de las sociedades colonizadas y, con el tiempo, puesta en práctica por las comunidades sojuzgadas en su propio nombre y contra sus propios miembros” (Federici, 2010: 315).

De este modo y al paso del tiempo, con la imposición de los sistemas capitalistas y ante la posterior toma ideológica del liberalismo en la región, se fue implantando y privilegiando una forma de medicina que respondiera y fuera funcional al sistema de producción impuesto:

“El trabajador pierde el control y la propiedad de los medios de trabajo; en consecuencia, tiene que vender su fuerza de trabajo para poder sobrevivir. La región económica juega papel dominante en este modo de producción, pues ya no son necesarios factores extraeconómicos para que el obrero sea obligado a trabajar. La medicina se desplaza del espacio religioso y político para articularse con el proceso

de producción económica, y se la define como una actividad destinada a la observación y adaptación de la fuerza de trabajo” (García,1994: 24).

La forma de abordar y hacer la medicina, la legitimada por el estado y los intereses de mercado, es decir, la biomedicina, se desarrolló e institucionalizó de tal forma que cualquier otra medicina, incluidas las medicinas que sobrevivieron en resistencia, son consideradas subalternas o “alternativas” respecto a la central, a la que ocupa el lugar hegemónico en las sociedades occidentalizadas.

Aquí, entiendo por hegemonía a una categoría fundamental en Gramsci, que apunta a “un fenómeno complejo, caracterizado centralmente por la capacidad de un grupo social para articularse, desde una posición de supremacía, con otros grupos sociales, y orientar la «visión del mundo» de un conjunto social mucho más amplio que las fronteras estrictas de la clase” (Campione, 2005:14). En cuanto a esta visión de mundo, Casallas (2017:399) señala que, en la temática que nos ocupa, “La salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud, bajo el denominado “pensamiento hegemónico en salud”, que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo”.

Este pensamiento hegemónico en salud, Menéndez lo refiere al Modelo médico hegemónico. Es decir, los saberes y teorías generados por lo que se conoce como medicina científica, desde fines del siglo XVIII y ha ido logrando identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada por el Estado (1988:1). Los principales rasgos estructurales de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988:2).

Un punto central en la crítica a la medicina hegemónica lo señala Casallas: “No ha procurado un paradigma capaz de solventar epistemológica, metodológica y

praxiologicamente el objeto de la salud, como tampoco su determinación social, económica y cultural para producir bienestar a los grupos humanos” (2017:399).

3.2 Medicina hegemónica androcentrada

A la descripción originaria de Menéndez, los esfuerzos feministas le han agregado la caracterización de “androcéntrico”. Pues la medicina devenida del modelo hegemónico parecería ocuparse de las mujeres, no como sujetas por sí mismas, sino en su relación con el otro, con las funciones relacionadas con la femineidad socialmente construida y con sus funciones reproductivas.

Para Rovira (2018), “una de las violencias más graves que la medicina ejerce hacia las mujeres es la invisibilización de los condicionantes de género como determinantes de salud. Me refiero a la importancia que tienen en el enfermar de las mujeres factores como las desigualdades y la violencia de género o la sobrecarga en el trabajo de cuidados”.

Desde aquellos días primeros del psicoanálisis en donde se nombraba como *histeria* al malestar de las mujeres, como un asunto de debilidad o inadecuación psíquica característica de las mujeres, hasta hoy que se medicalizan los procesos fisiológicos o se desestiman las consecuencias psíquicas y físicas de vivir en estados de violencia y se interpreta desde la medicina preponderante todo malestar de las mujeres como enfermedad, asunto individual, se invisibiliza la dimensión que implican las condiciones de género en este sistema de violencia estructural.

“Por ello, la crítica feminista a la medicina analizada en sus cimientos patriarcales, reúne experiencias diversas con varias décadas de trayectoria... En este escenario, la problematización y teorización al respecto desde una epistemología feminista, es un aporte que seguramente abrirá nuevas preguntas. Porque, aunque la medicina transita entre las ciencias naturales y las sociales, en realidad se ha configurado históricamente basada en una lógica positivista que parece haberse recrudescido en las últimas décadas a partir de los avances tecnológicos y la

mercantilización. Asistimos así, a un proceso de fragmentación, biologización y/o molecularización de los cuerpos que dejan de lado cuestiones vinculadas a aspectos emocionales, sociales y de una mirada respecto a la integralidad de las personas” (Canevari, 2017:18).

Los resultados del androcentrismo médico pueden ubicarse en diversos escenarios, por ejemplo, en la investigación médica y farmacológica: el informe 2004 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Borell, García y Martí: 2-6) titulado “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social” afirma: “La calidad de la atención sanitaria recibida por las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico de la historia natural de ciertas enfermedades (distintas de las de los hombres) y por diferentes tipos de enfermedades respecto a las padecidas por los varones.

El mismo documento denuncia que muchos estudios biomédicos han utilizado a los hombres como prototipo y han inferido, y aplicado los resultados en mujeres como si la historia natural y social, y sus respuestas a las enfermedades pudieran ser las mismas.

Las razones porque no se hacen estudios farmacológicos en mujeres son que: “Para prescribir un fármaco hay que conocer la existencia de variaciones de la respuesta al tratamiento según el estadio del ciclo menstrual, y si es antes o después de la menopausia, si las terapias hormonales afectan la respuesta, si los fármacos estudiados pueden afectar la fecundidad y si ambos sexos responden de forma diferente al tratamiento. La validez de la extrapolación a mujeres de los ensayos realizados en hombres es más que cuestionable” (Borell, García y Martí, 2004:2).

En el mismo sentido, Valls (2010:40) afirma que las mujeres durante años fueron excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos. Muchos ensayos clínicos se habían realizado sólo entre hombres suponiendo que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres o que las mujeres estaban naturalmente protegidas para determinadas enfermedades sin base científica. Para 2008, la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos que podría considerarse una tímida innovación en camino hacia la igualdad de oportunidades, sólo se había aplicado en

el 25 ó 30% de los trabajos publicados quince años atrás, y eran muy escasos los trabajos científicos que estudiaban al mismo tiempo condiciones de vida y trabajo y que se realizan, por lo tanto, con perspectiva de género (Valls, 2010:40).

La exclusión de una perspectiva que considere a las mujeres en sus propios parámetros y necesidades tiene consecuencias concretas sobre la vida de las mujeres. De acuerdo con Ruíz y Verdú (2004), estudios internacionales demuestran que las mujeres tienen retrasos en el diagnóstico puesto que presentan diferentes síntomas ante las mismas enfermedades que los hombres. Esto significa que las mujeres tienen mayor gravedad cuando ingresan al hospital y también un mayor índice de fallecimiento post hospitalización.

Esta es, entonces, de acuerdo con Valls una asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres, “introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial” (2008:3).

Las menciones anteriores son, únicamente, algunos de los síntomas que indican el estado de la atención biomédica hacia las mujeres, producto del saber científico todavía androcéntrico. Sin embargo, es preciso señalar que hay negociaciones constantes, un ir y venir en la visibilidad de la salud de las mujeres, un aspecto importante ha ocurrido, de acuerdo con Valls, en la cardiología en la que se han mejorado los métodos de diagnóstico y de tratamiento, además del reconocimiento de la alta prevalencia de patología cardiovascular en el sexo femenino, y de que es la primera causa de la mortalidad femenina a todas las edades en los países industrializados. Por ello, la primera innovación médica a escala mundial ha sido el reconocimiento de la patología cardiovascular entre las mujeres, por lo que estas han tenido por primera vez la posibilidad de ser tratadas con igualdad de oportunidades respecto a los hombres, y su principal causa de muerte no ha permanecido invisible. En 2010 (2), escribía Valls: “Por primera vez en años hemos podido tener una guía de prevención de los problemas cardiovasculares en el sexo femenino, con tratamientos adecuados que han tenido en cuenta las diferentes causas de la hipertensión y las

hiperlipidemias entre mujeres respecto a los hombres y establecer estrategias específicas diferenciadas por sexo, de tratamiento y prevención”.

Aunque, es preciso aclarar que, 8 años después de escritas las reflexiones de Valls, este conocimiento sobre cardiopatías todavía no es del dominio general en quienes atienden en salud, mucho menos entre la población en particular, y los estudios basados en las diferencias sexuales que no impliquen construcción o justificación de desigualdades, están aún en desarrollo.

Desde otro lugar, escribe, también Valls, “el hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, o que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha basado la ciencia para reconocer los problemas de salud de hombres y mujeres” (2010:3).

En donde sí las prácticas y el desarrollo investigativo derivado del Modelo médico hegemónico siguen sosteniendo el interés constante es, curiosamente, en los procesos reproductivos y la capacidad paridora de las mujeres. Me atrevo a sospechar, que este interés sigue siendo profundamente político. Al respecto, escribe Yáñez (2016:73):

“Una de las formas más claras en las que el heteropatriarcado y los poderes de turno han podido apropiarse del potencial reproductivo de las mujeres ha sido a través de la institucionalización de los procesos de embarazo-parto-puerperio. Al hablar de la institucionalización nos referimos al proceso por el cual se ponen bajo control del Estado, de los poderes religiosos y los poderes científicos, las experiencias y los significados asignados al papel de las mujeres en la reproducción humana y social”.

Treichler, escritora de *Feminism, medicine, and the meaning of childbirth*, retomada por *Castro y Bronfman (2011)* denuncia el significado del parto en el discurso norteamericano actual y muestra, como ejemplo, que el parto es definido como un evento en el que el papel activo es jugado por los médicos obstetras, y el pasivo por la mujer que pare. Algunos diccionarios médicos definen al parto como “*la completa expulsión o extracción de la madre, de un feto que pese 500 gramos o más*”, de

acuerdo con la autora, este tipo de definiciones implícitamente incluyen la presencia de un médico, tal como las palabras expulsión y extracción lo suponen, un conjunto de eventos, como el parto, han sido expropiados y redefinidos por la ciencia médica masculina. La misma autora ilustra que los médicos son los principales actores: así se explica que “ellos presentan el bebé recién nacido a la madre”.

De la misma manera, aunque una mujer puede sospechar que está embarazada, no es sino hasta que tiene lugar una evaluación médica que esta sospecha puede verificarse.

Treichler señala que la medicina masculina considera que una mujer en trabajo de parto está bajo control si es capaz de reprimir sus sentimientos y dolores durante esa etapa. Por el contrario, si una mujer decide enfrentar el trabajo de parto con llanto y gritos, pierde por completo su derecho a ser tomada en cuenta para las decisiones que haya que tomar, pues se le considera fuera de control. Se trata, de una definición masculina del concepto de control que es impuesta a las mujeres en estas circunstancias.

3.3 La medicina hegemónica y el control sobre los cuerpos de las mujeres

Se controla el parto, pero también se controla y sanciona el aborto.

Gervás y Pérez en entrevista con Sabaté, declaran: “El problema de la mujer que se plantea abortar no es sólo un problema personal sino también un drama social y un problema de salud pública, dada su frecuencia. Llegado el caso, conviene que el aborto voluntario minorice el paso de la mujer por este trauma. Hoy se puede lograr con medicamentos baratos y muy seguros, de la mano del médico de cabecera, en casa y sin cambiar rutinas. Si ello no se ofrece es por el control social del cuerpo de la mujer, por intereses profesionales y comerciales y por la 'moralina' del sistema sanitario y legal” (2016). Esos intereses económicos y de control social de la sexualidad de los cuerpos de las mujeres, de acuerdo con la OMS, se traducen sobre la vida y cuerpos de las mujeres en que de 2010 a 2014 ocurrieron 25 millones de abortos peligrosos para las mujeres en situaciones más desfavorecidas.

Por todo lo anterior, la caracterización del androcentrismo en la medicina hegemónica no es poca cosa en términos históricos, pues ha acompañado y se ha acompañado de planteamientos que están cuestionando los saberes de la biomedicina y la forma en que la comprendemos. El reconocimiento del carácter androcéntrico del MMH ha llevado a análisis más complejos que en este preciso momento histórico nos sitúan en donde el modelo está siendo interpelado desde las mujeres mismas exigiendo y construyendo atenciones que las reconozcan como sujetas (Canevari, 2017 y Yáñez, 2017). Y ser protagonistas también en los procesos de atención.

Al respecto, Rovira (2018) expone que hay una carencia de reconocimiento de las capacidades y saberes de las mujeres con relación al cuidado de la vida y las relaciones personales a su papel activo en la gestión del estrés, o la capacidad de recuperarse frente a las violencias machistas, se crea así un imaginario de las mujeres como seres pasivos ante los sucesos que enfrenta. Para “legitimar” sus saberes y capacidad de acción, es necesario el reconocimiento formal de ellos.

Sin embargo, en cuanto al reconocimiento formal de esos saberes y capacidades, las mujeres tuvieron acceso a la formación en medicina apenas a finales del siglo XIX (Flores, 2012). Mientras, en 1973 el 93% de los médicos eran varones y el 70% del personal sanitario era femenino, mano de obra dependiente a una industria dirigida por los hombres (Ehrenreich y English, 2006:4). Un elemento para señalar sobre el interés y logros de las mujeres para esta legitimación es que para 2012 en las estadísticas se contemplaba ya, que más del 50% de quienes estudiaban medicina, en el ámbito mundial, eran mujeres (Flores, 2012).

Sin embargo, la tarea todavía es larga y ardua, Valls (2008:3) pregunta: “Si existen cada vez más datos científicos que nos ponen de manifiesto la existencia de diferencias en el modo de enfermar entre hombres y mujeres, en la evolución de las enfermedades, y en la forma en que actúan los medicamentos, ¿por qué se continúan considerando como inferiores o poco importantes los problemas crónicos que presentan las mujeres?, ¿por qué no se incluyen todavía a las mujeres en los ensayos clínicos de forma sistemática?, ¿por qué se medicalizan sistemáticamente los procesos naturales como el embarazo, el parto y la menopausia?, ¿por qué no se estudian los problemas que realmente padece y en cambio se crean nuevos problemas cuando se trata el dolor y el malestar con psicofármacos, sin averiguar las causas o las patologías subyacentes?, ¿cómo se han construido e introducido en el inconsciente de los profesionales de la medicina los estereotipos de género que creen que todo lo referente a las mujeres es inferior, maligno, debe ocultarse, o debe esconderse porque no es relevante.

Tal vez, sería importante reflexionar sobre si visibilizar los padecimientos de las mujeres o incorporar mujeres a los espacios académicos que responden al modelo hegemónico, bastarán para transformar el androcentrismo de éste, la concepción del hombre como centro de su razón de ser porque, finalmente, “las mujeres siempre han sido sanadoras, anatomistas de la historia occidental. farmacólogas y parteras” (Ehrenreich y English, 2006:3). Después, el proceso parte de la deslegitimación de estos saberes, la persecución, tortura y muerte como efectiva pedagogía a que aleja a las mujeres de la práctica médica, la prohibición posterior de ingreso a las casas de estudio de medicina para las mujeres fue usada como instrumento para asegurar la

dependencia de las comadronas en casos de complicación -división del trabajo obstétrico que se mantiene hasta el día de hoy (Cassidy-Brinn et al, 1984:89), a la construcción de la obediente enfermera que hace las veces de la esposa del médico, cuyo saber es el preponderante (Federici, 2010; Flores, 2012 y Ehrenreich y English, 2006).

Lo que alcanzo a comprender es que esta operación pedagógica histórica, cuando abre la matrícula a la formación de mujeres al saber legitimado por el Estado y la ciencia no forma a mujeres sanadoras, a mujeres en medicina desde la experiencia de mujeres, sino que forma a mujeres en la medicina hegemónica de carácter androcéntrico. Escribe Rovira (2018): “A pesar del predominio de mujeres en el ejercicio de la medicina, la práctica médica todavía es androcéntrica y patriarcal porque las médicas y los médicos estamos socializados y formados profesionalmente en el mismo contexto patriarcal”. Esto es, hablamos de profesionistas que, de manera constante, repiten la lógica androcéntrica en que se forma al trabajador en salud en el mundo contemporáneo.

“Es que una piensa que te va a tratar bien, que te van a entender, pero no. Parece que tienen que ser más duras, que demostrar que son más duras que los hombres, como que se les olvida que tienen el mismo cuerpo que tú y lo que se siente”. Narra Julieta, mujer lesbiana entrevistada sobre su experiencia de atención ginecológica (Vergara, 2013:138).

Los médicos (y las médicas) no se pueden desprender de su propia formación con prejuicios de género. Castro y Bronfman (1993), relatan el caso de una mujer que se presenta con varias heridas porque acaba de caerse de una motocicleta, el médico pregunta también por el conductor, asumiendo que esta mujer, por ser mujer, iba en la parte de atrás de la motocicleta. El análisis muestra que el médico necesita reciclar varias veces la información que le da la paciente para finalmente comprender que se trata de un caso en el que sus supuestos no se cumplen, pues era la paciente la que iba manejando. Sobre este caso, sería interesante señalar que, aun cuando fueran médicas las que atendieran a la motociclista, muy probablemente también

preguntarían por el conductor, porque los estereotipos de género atraviesan a toda la población.

Las luchas, demandas y reivindicaciones por una salud escrita en femenino, a su vez, se encuentran en medio de un complejo nudo contextual, en donde cualquier negociación no pasa sólo por la interpelación a los saberes e instituciones del MMH, si no que las instituciones devenidas de este modelo están, a su vez, en constante negociación, en muchos rubros, aplastante imposición de los mercados de la salud. Es decir, las industrias farmacéuticas, las industrias de la salud, los intereses de mercado y los momentos políticos dictan las formas en que el MMH reconoce la salud, lo que no es salud, lo que socialmente es legítimo y lo que no.

Sólo por señalar algunos de los aspectos en donde los cuerpos y la salud de las mujeres se convierten en jugosos territorios de explotación:

1.- La medicalización que se conoce como el hecho de proporcionar tratamiento farmacológico a procesos naturales que no son enfermedades (Gelabert, 2017). Y, hace de su dominio acontecimientos sociales⁴⁵. Hoy se medicalizan procesos fisiológicos como menarquia, lactancia, embarazo, parto, menopausia y puerperio, prácticamente todas las etapas de la vida de las mujeres.

2.- Las intervenciones estéticas, cirugías y otros procedimientos que buscan someter los cuerpos a la aprobación de los dictados sobre el aspecto de los cuerpos desde el sistema patriarcal. Como dato, la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética publicó estadísticas sobre los procedimientos estéticos en todo el mundo, las mujeres se sometieron a más de 20 millones de procedimientos estéticos, lo que representa un 87,2 % del total de procedimientos. Las intervenciones quirúrgicas más comunes en mujeres durante 2013 fueron las siguientes:

- Aumento mamario
- Liposucción
- Blefaroplastia

⁴⁵ Matiz señalado por el Dr. César Torres Cruz.

- Lipoestructura
- Levantamiento mamario

Sumemos a lo anterior los negocios emergentes sobre los cuerpos de las mujeres como el alquiler de vientres, venta de óvulos, la polémica respecto a la efectividad de la vacunas contra el VPH y la proliferación de negocios que se designan clínicas u hospitales para mujeres, cuyo trabajo es principalmente de ginecología y obstetricia pero que repiten las prácticas hegemónicas, sólo con instalaciones de decorado “femenino” (en rosa y con imágenes alusivas a la maternidad o posters de promoción de prevención de cáncer de mama).

Cabe señalar que la enunciación anterior no se refiere meramente a la denuncia de la característica mercantilista de la medicina hegemónica, sino que es preciso hacer énfasis que los millones de euros que se mueven en el lucro sobre la salud y las necesidades de atención de las mujeres generan *lobbys* poderosos (grupos de cabildeo y presión política en altas esferas legislativas) e intervenciones políticas y políticas públicas, como la aplicación o no de determinadas vacunas o procedimientos sobre los cuerpos de las mujeres.

Así, la vida de las mujeres, el trato a los cuerpos y subjetividades, no depende meramente de los saberes científicos; sí de los intereses político-económicos del momento y del peso de los *lobbys*, que se lleven a cabo o no, en rubros que competen a su bienestar y que ocurren en cámaras legislativas y en cumbres empresariales con negocios lucrativos.

Gervás y Pérez entrevistades por Sabaté (2016), señalan que “La salud de la mujer se convierte en capital para el control de su sexualidad y libre albedrío, de su libertad e independencia. Es una forma de biopolítica, no sólo un problema comercial”. Es importante hacer una precisión a esta mirada porque, justamente, esta biopolítica es, antes que nada, una respuesta a las necesidades del mercado. Las intervenciones médicas, los sistemas de producción y el mercado dictan sobre la vida, salud y cuerpos de las personas. En esta nueva forma de producción, lo que algunos llaman capitalismo salvaje, sigue requiriendo el control de la capacidad reproductiva de las mujeres, de su sexualidad, pero además, de las mujeres convertidas como

consumidoras de productos para ajustarse al molde de la “salud estética” avalado e incentivado por la medicina hegemónica, pero en una fase superior, el cuerpo de las mujeres se convierte en sí mismo en producto de comercio, cuya comercialización también es avalada e incentivada por la medicina y aspecto voraz mercantilista, pensemos por ejemplo, en el alquiler de vientres y en la naciente industria de la leche materna.

Entonces, pues, podemos comenzar a reconocer que el control de los cuerpos, de la capacidad paridora, de la sexualidad de las mujeres conforman uno de los bastiones del poder económico-político que organiza al mundo contemporáneo.

IV.EL BINOMIO MMH/RH

En líneas anteriores he señalado que el poder del RH determina las formas de organización social, su estructura, las relaciones al interior, las instituciones que la norman y la subjetividad de los individuos, así como sus prácticas sociales, tanto institucionales, profesionales como las de la vida cotidiana. En consecuencia, permea en todos los aspectos del MMH, lo construye y reconstruye.

Igualmente, se ha mostrado la forma en que la medicina hegemónica es androcentrista, y que esta característica no es accidental, sino que funciona para coadyuvar socialmente a la construcción de un sujeto mujer, en función del sujeto hombre, que soporten y den funcionalidad a la maquinaria del sistema social, fenómeno que tiene dimensiones políticas y económicas, en tanto que sirve hacia la construcción de un sujeto mujer sobre el que se controla su capacidad reproductora y su sexualidad.

La pregunta que aquí corresponde asentar es ¿qué ocurre cuando quien solicita atención médica es una mujer que ha roto las líneas de control y ejerce una sexualidad y una vida no sometida al régimen político dominante?

4.1 La salud, la discriminación y el estigma

El acceso a la atención médica a la salud de las mujeres en general no es sencillo, ni garantizado para todas por factores sociales, económicos y culturales y, también, depende en ocasiones del medioambiente, de la infraestructura de la localidad y de las creencias comunitarias y de los mandatos concretos del ser mujer en un contexto determinado. Cuando el ser mujer se articula con el resistir el mandato de la heterosexualidad, cuando se es mujer y se es lesbiana, la perspectiva de acceso y la atención propiamente en los sistemas de salud se complica. A los padecimientos cotidianos de las mujeres heterosexuales, en las lesbianas es necesario sumar las

afecciones a su salud, como consecuencias de la lesbofobia y de las sanciones que el régimen heterosexual impone a las que desobedecen.

Sin embargo, poco se ha ocupado la medicina hegemónica de las lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres como sujeta de atención. De hecho, la medicina hegemónica, desde que se vio obligada a dejar de patologizarles, se ha ocupado de las lesbianas, en general, cuando se trata de asuntos ginecológicos o cuando están incluidas dentro de ejercicios que responden al cabildeo y necesidades de la diversidad sexual o LGBTQ.

En ese último caso, es parte de los trabajos que hasta los años 60's y 70's, comenzaron a visibilizar las demandas por derechos para este sector de la población. Igualmente, es preciso señalar que pocas investigaciones al respecto pertenecen a la región, Sin embargo, hay algunos elementos que pueden retomarse de las indagaciones sobre los aspectos que afectan a la salud de las lesbianas, dentro de las miradas que se ocupan de la diversidad sexual:

1.- El estigma. “Es un señalamiento, una marca que lleva una persona, para significar que es distinto y por tanto inferior, que pertenece a un grupo subvalorado, es una forma motriz de la discriminación” (Rodríguez, 2006 :37). Es decir, el señalamiento y las acciones devenidas de ese señalamiento, afectan la salud de las personas no heterosexuales. En las palabras de Ortiz “Se considera que la mayoría de los problemas de salud de los BLH -Bisexuales, Lesbianas y Homosexuales -, son derivados de la opresión de la que son objeto, la cual, a su vez, es producto del heterosexismo que caracteriza a la mayoría de las sociedades.” (Ortiz, 2004, 21).

El estigma y la discriminación generan fenómenos como el rechazo familiar. Por ejemplo, García Bravo cita un sondeo elaborado por Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA (Censida) y la Agencia de Noticias de la Diversidad Sexual (Anodis) aplicado a 701 hombres y mujeres homosexuales el cual arrojó, entre otros datos, que “el 40% de los encuestados sufren discriminación desde la familia y son sujetas de agresiones verbales y físicas, por ejemplo, son ignorados o corridos de sus casas.” (García, 2009, 21).

Para 2011, de acuerdo con el Informe de Amnistía Internacional: “El Estado de los Derechos Humanos en el mundo. Personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT)”, entre el amplio abanico de violencias que pueden padecer las personas LGBT se encuentran la violación, las detenciones arbitrarias y la discriminación generalizada en el lugar de trabajo y en el acceso a servicios básicos como el alojamiento y la asistencia médica.

Al respecto, en 2016, la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne, afirmó que "El estigma y la discriminación son obstáculos importantes para obtener acceso y utilizar los servicios de salud por parte de las personas LGBT; de ahí la importancia de comprender mejor las causas y de desarrollar respuestas innovadoras de los sistemas de salud para satisfacer sus necesidades específicas y diferenciadas”.

También, como consecuencia del estigma y la discriminación, pueden llegar a surgir modos de violencia específica: “La violencia dirigida hacia los bisexuales, las lesbianas y los homosexuales (o violencia por odio) difiere de la violencia *cotidiana*... son acciones con las que se intenta dañar o intimidar a las personas debido a su raza, etnia, orientación sexual u otro estatus de grupo minoritario” (García, 2009: 74).

Para enero de este 2018, una *radiografía* publicada en Argentina sobre crímenes de odio en América Latina documentó que Brasil y México ocupan los primeros lugares en la región e, igualmente, señaló que las cifras existentes sobre estos crímenes son subregistradas y que, además, es preciso considerar los suicidios causados por el acoso o la discriminación. (La Nación, 2008).

Así mismo, en páginas anteriores hemos señalado el clima lesbofóbico en la región que ha implicado, desempleo, acoso, violaciones, torturas y asesinato de lesbianas en los años recientes.

2.- Consecuencias sobre la salud mental. La salud mental de la población BLH se ve afectada por la violencia y discriminación, en un primer punto con consecuencias directas:

García Bravo retoma un trabajo de Ortiz y García-Torres en 2005, en donde aplicaron un cuestionario a 506 personas bisexuales, lesbianas y homosexuales de la

Ciudad de México para investigar si habían sufrido, debido a su orientación sexual, discriminación y violencia. “Las prevalencias encontradas fueron las siguientes: ideación suicida 39%, intento de suicidio 15%, trastornos mentales comunes 27% y alcoholismo 18%. En las mujeres lesbianas y bisexuales se observó una prevalencia de alcoholismo siete veces mayor a la observada en otras mujeres.” (García Bravo, 2009, 17).

En un segundo punto, la salud mental de esta población también se ve afectada desde algunas propuestas de “terapias de curación”. Sobre ello Ortiz, en su investigación del año 2004 señala:

Partiendo del supuesto de que la homosexualidad es una enfermedad, todavía existe una producción científica relacionada con las terapias de conversión de la orientación sexual. Las terapias de conversión incluyen terapia psicoanalítica, intervenciones espirituales, electroshock, medicamentos que inducen náuseas, terapia hormonal, cirugía, tratamientos conductuales y cognitivos, reacondicionamiento mediante la masturbación, descanso, grupos de autoayuda, terapias grupales, uso de sexo-servidoras y ejercicio extenuante (Haldeman, 1994; Guarner, 1987; Zermeno, 1981 ; Herger, 1994).

A pesar de las críticas hacia las llamadas “terapias de reconversión” para “sanar la homosexualidad”, en 2018, éstas siguen en la región promovidas por organizaciones conservadoras.

De acuerdo con Ortiz, hay dos posturas respecto al tema de enfermedad y homosexualidad.

Por un lado, se encuentran las investigaciones en cuyo abordaje se tiende a reproducir el prejuicio hacia la homosexualidad, y por otro, estudios más recientes en los que se considera que la mayoría de los problemas de salud de los BLH son derivados de la opresión de la que son objeto, la cual, a su vez, es producto del heterosexismo que caracteriza a la mayoría de las sociedades”. (Ortiz, 2004: 19).

Son únicamente hasta estos puntos que es posible mencionar en las mismas líneas la salud de homosexuales, bisexuales y mujeres lesbianas, pues, la frecuencia y tipos de padecimientos en salud son distintos en varones gays que en mujeres lesbianas⁴⁶ y el abordaje también ha sido distinto, se ha priorizado la investigación en la salud de los varones homosexuales. Hace 15 años escribía Ortiz: “Prácticamente la totalidad de la producción científica en América Latina sobre condiciones de salud y enfermedad en población BLH (en total se identificaron 15 reportes) se ha centrado en la infección por VIH/SIDA ” (Ortiz, 2004: 34).

Para 2018, Medline Plus, que es la enciclopedia electrónica en temas de salud más visitada, ofrece una parte de su portal dedicado a “Salud de los gays, lesbianas, bisexuales y trans”. En dicho espacio, en consulta actualizada a octubre del 2018, se encuentran 16 entradas cuyos temas se ocupan de la homosexualidad, terapias hormonales, paternidad gay y otros. Cuando se refiere a mujeres, remite a una página que hace ocho años contiene la misma información sobre de cáncer de mama y a un portal de que resume la propuesta de O’Hanlan, mencionada en esta investigación, sin citarla.

4.2 La salud general de las mujeres lesbianas

Son muy contados los trabajos que se ocupan de la salud de las lesbianas desde aspectos no sexuales o ginecológicos, y algunos despiertan suspicacias o incomodidad entre la propia población lésbica. Sin embargo, es necesario reconocer que ponen en la mesa de debate el tema de la salud de las lesbianas, los determinantes y la determinación de la salud.

Hace casi 20 años, uno de los primeros intentos por abordar temas de la salud lésbica lo realizó Katherine A. O’Hanlan, Ex Presidenta de la GLMA (Gay and Lesbian Medical Association), quien escribió el decálogo: *Diez cosas del cuidado de la salud*

⁴⁶ (Se profundizará en padecimientos específicos, líneas adelante)

que las lesbianas deberían discutir con sus médicos y las menciona en el siguiente orden:

El Cáncer de mama, la depresión/Ansiedad, cáncer ginecológico, cuidado del cuerpo (Fitness), uso de sustancias, tabaco, alcohol, violencia doméstica, osteoporosis y salud cardíaca. (O'Hanlan,2002).

Si bien es cierto que son temas que deben importar a cualquier mujer, con independencia de su orientación o preferencia sexual. O'Hanlan explicaba: "Para sufrir cáncer de mama, -por ejemplo-, las lesbianas tienen una concentración de factores de riesgo más rica que cualquier otro subgrupo de mujeres del mundo". (O'Hanlan,2002). Igualmente, diversos padecimientos se conjugan y crean disposiciones hacia otros. Las lesbianas pueden presentar una mayor frecuencia en el beber alcohol, si se conjuga con sobrepeso y uso del tabaco, también predispone a enfermedades cardíacas, diabetes y elevado colesterol.

El único punto de los mencionados en esta lista, en el de violencia doméstica, es en donde se reporta una inversión de números, la mitad de incidencia respecto a las mujeres heterosexuales. Sin embargo, O'Hanlan considera que ante el tema debe considerarse una pregunta "¿A dónde van las lesbianas cuando son golpeadas? Se necesita que los refugios den la bienvenida e incluyan a las lesbianas golpeadas, y que ofrezcan consejería a sus parejas que las agreden". (O'Hanlan,2002).

Ante la escasa existencia y difusión de material documental e investigaciones sobre la salud LGBT y de las mujeres que se ocupen de temas específicos de lesbianas y mujeres bisexuales. La ILGA (*International Lesbian and Gay Association*), en 2007, reunió material de asociaciones y personas de todo el mundo que abordan diversos aspectos de la salud lésbica en la publicación: *La Salud de las Lesbianas y Mujeres Bisexuales: Cuestiones. Locales, preocupaciones comunes*.

La variedad de temáticas que toca el informe de la ILGA, puede servir como un muestrario de los temas que afectan de manera específica o que contempla particularidades en mujeres lesbianas, algunos de estos temas son: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, determinaciones políticas y comunitarias, el matrimonio forzado, violación sexual correctiva y violencia doméstica.

Para 2012, Hyun-Jun y Fredriksen-Goldsen en EUA investigaron si existen riesgos elevados de disparidades de salud en lesbianas hispanas y mujeres bisexuales mayores de 18 años en comparación con las lesbianas blancas no hispanas y las mujeres bisexuales y las mujeres hispanas heterosexuales.

Las lesbianas hispanas y las mujeres bisexuales, en comparación con las mujeres hispanas heterosexuales, presentaron padecimientos en tabaquismo, el asma y la discapacidad. Las mujeres bisexuales hispanas también mostraron mayores probabilidades de artritis, consumo excesivo de alcohol, mala salud general y angustia mental. Las conclusiones fueron que la elevada prevalencia de angustia mental para las mujeres hispanas bisexuales y el asma para las lesbianas hispanas parece ser el resultado del riesgo acumulado de estados doblemente desfavorecidos.

4.3 Temas ginecológicos

El otro aspecto en donde se da una intersección entre el MMH y la solicitud de atención de las lesbianas es en las necesidades ginecológicas. Sin embargo, ocurre un desencuentro entre lo que la medicina prospecta, el sujeto bioesperado para el cual está diseñada y quien solicita atención. El sujeto esperado “mujer” para la consulta biomédica es un sujeto que desde una mirada biologista se supone tiene un cuerpo que está relacionado con la sexualidad coital, reproductiva y en interacción directa con la sexualidad masculina.

Aquí, se puede recurrir nuevamente a Menéndez quien explica cómo las concepciones del biologismo parecen no tener historia (1988). Estas concepciones son consideradas como una *constante* con una alta autonomía, como si no estuvieran construidas o influenciadas a partir de posibles determinantes sociales, como es la heterosexualidad obligatoria. Esto tiene por consecuencia que al considerar privilegiadamente variables que se atribuyen a lo biológico y dejar de lado algunos aspectos de lo social, quedan fuera las complejidades que en la vida cotidiana afectan a los sujetos de atención.

Así, elementos de la atención en salud que se dan por descontados, son intocados por un “inimaginable”, incluso, “innecesario” cuestionamiento a la construcción de y en la heterosexualidad que le atraviesa.

Un ejemplo de lo que se enuncia es observable en la praxis de la especialidad ginecológica, como las entrevistas para historias médicas, las exploraciones y la atención que están enfocadas a las funciones reproductivas y a la sexualidad coital, propias para el cuerpo habitado por esta *mujer*.

En este punto, cuando me refiero al término *mujer* es en el sentido en que lo utiliza Wittig, es decir, un sujeto considerado en singular, sin múltiples posibilidades de significación y percibido de una manera idealizada de su vida social y cultural: las relaciones a los hombres que han sido asignadas, “lo que implica una obligación personal y física y también económica (“residencia forzosa”, trabajos domésticos, deberes conyugales, producción ilimitada de hijos, etc.)” (Wittig, 2006: 43).

Es probablemente por esta concepción del ser *mujer*, en singular, que se puede observar tanto en concepciones como praxis en el consultorio están atravesadas por los mandatos del régimen heterosexual. Siendo así que cuando las mujeres lesbianas logran acceder a consulta ginecológica, la atención biomédica parece dirigirse a un sujeto heterocentrado, es inexistente un bagaje del personal de salud que se ocupe de tratamientos adecuados a mujeres con prácticas no heterosexuales. En las palabras de Menéndez, los modelos médicos son: “aquella construcción que a partir de determinados rasgos estructurales supone no sólo la producción teórica, técnica, ideológica, social y económicopolítica de los médicos, sino también la de los conjuntos implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1982:3) Por lo tanto, en los protocolos, tratos, atenciones e interacciones que suceden en su contexto, se manifestaran los rasgos estructurales que le sostienen, en este caso, el mandato heterosexual, de este modelo, como ejemplos, mencionaré algunos aspectos concretos:

A) Invisibilidad

En los espacios de atención ginecológica no hay otras imágenes, afiches, informaciones, que no sean las dirigidas a la heterosexualidad, a la vida en pareja y a la maternidad y alusiones a las funciones reproductivas.

Wittig escribió: “Constituir una diferencia y controlarla es un acto de poder, dado que es esencialmente un acto normativo” (2006:53). Hay una “normalidad” en las mujeres y cualquier disidencia hacia esa normalidad, es negada. Como ya se ha mencionado, la invisibilidad es una constante, al respecto Rich (1985:38) señala que esta invisibilidad es una medida para mantener a las mujeres dentro de un contexto sexual masculino, al servicio de la heterosexualidad obligatoria. Es decir, ese ideal de familia, hombre, mujer y las posibilidades reproductivas, como modelo de la heterosexualidad y heterosexualización.

B) LAS PREGUNTAS HETEROCENTRADAS

Concuerdo con Wittig, respecto a que:

Los discursos que particularmente nos oprimen a todas nosotras y a todos nosotros, lesbianas, mujeres y homosexuales, son aquellos que dan por sentado que lo que funda una sociedad, cualquier sociedad, es la heterosexualidad...Esos discursos de la heterosexualidad nos oprimen en el sentido en que nos impiden hablar a menos que hablemos en sus términos... su acción más feroz es la tiranía inflexible que ejercen sobre nuestro ser mental y físico (Wittig,2006:2).

Algunos de esos discursos aparecen al cerrar la puerta del consultorio, cuando se da el inicio de un protocolo de atención generalizado en el modelo médico. Una de las primeras interacciones entre él o la que brinda la consulta y la consultante es un interrogatorio o entrevista en donde se fijan para un historial clínico, informaciones generales, antecedentes de salud, antecedentes familiares y otros datos que pudieran ser de utilidad para el diagnóstico. Sin embargo, al parecer esa recopilación está pensada para un modo de vida heterosexual. El cuestionario que se emplea para la atención ginecológica, por lo regular no pregunta específicamente sobre las prácticas sexuales, pareciera que incluso a la propia población heterosexual se le atribuye una sexualidad *estandarizada*. La entrevista incluye una pregunta sobre los métodos anticonceptivos que se usan. Es decir, se da por sentado que la consultante tiene una práctica heterosexual y por lo tanto debe prevenir la concepción no deseada. La consecuencia de esta tendencia a universalizar todo es que la *mente hetero*, de

acuerdo con Wittig (2006:3), no puede concebir una cultura, una sociedad donde la heterosexualidad no ordene no sólo todas las relaciones humanas si no también la misma producción de conceptos e inclusive los procesos que escapan a la conciencia.

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

Cita anónima tomada de un blog lésbico:

A mí cuando el médico de cabecera me recomendó ir al ginecólogo por unos dolores que tenía me avisó de que por mi edad (20 años) tendría que ir al de planificación familiar. Cuando llamé para pedir cita me hicieron las preguntas de rigor: mi edad, si mantenía relaciones, si usaba anticonceptivo... Al responder que no lo usaba, la encantadora mujer al otro lado de la línea comenzó a gritarme (sin permitirme explicarle nada) acusándome de irresponsable. Finalmente me colgó el teléfono diciendo que no podía darme cita porque ahí sólo atienden a gente que se preocupa por su salud (Hasta los ovarios, 2015).

Wittig recuerda cómo en las últimas décadas se ha develado el carácter cultural de las concepciones de lo que, sin cuestionarlo, se había considerado como proveniente de la naturaleza. Sin embargo, señala que hay un núcleo que resiste estos cuestionamientos sobre lo que es y no *natural*, la relación obligatoria entre el "hombre" y la "mujer". Pareciera que ese núcleo es anterior a toda ciencia y por tanto incuestionable:

No puedo sino subrayar aquí el carácter opresivo que reviste el pensamiento heterocentrado en su tendencia a universalizar inmediatamente su producción de conceptos, a formar leyes generales que valen para todas las sociedades, todas las épocas, todos los individuos. (Wittig, 2006). La reflexión anterior podría hilvanarse con la que hace Menéndez respecto a cómo el Modelo médico hegemónico cumple una

función normalizadora y legitimadora en nuestras sociedades (Menéndez, 2005: 8). En este caso, cómo la forma de concebir una historia médica heterocentrada es una práctica política que normaliza la heterosexualidad y legitima el Régimen heterosexual.

C) EL ESPÉCULO

Ya Espartiles (2006) denunció cómo el uso del espéculo o el tacto vaginal llegan a ser desde meramente incómodos hasta instrumentos de sanción contra el cuerpo de las mujeres que desafían la heterosexualidad obligatoria: “En muchos casos, cuando quienes consultan son lesbianas y/o mujeres con atributos considerados ‘masculinos’, o también cuando las lesbianas revelan su identidad sexual al profesional, se las somete a un tacto vaginal de manera brusca, invasiva y violenta, y a toqueteos absolutamente innecesarios” (Espartiles, 2006) .

Sin embargo, al parecer, estas vivencias de quien recibe la exploración no han sido suficientemente cuestionadas para la praxis –tanto para cuerpos de heterosexuales como en cuerpos lésbicas. Este desconocimiento–negación–minimización de las significaciones para la consultante de determinado procedimiento es explicado cuando Menéndez (1988:453) plantea que “para la práctica médica, la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico”. Así se muestra la forma en que este modelo al ceñirse a ideas fijas de lo que culturalmente se considera “natural” en la concepción de la salud, la enfermedad y la atención, deja fuera elementos que atañen a la historia de los sujetos, sociales y culturales. Entonces, el Modelo médico hegemónico construye una respuesta, cuando menos, insuficiente; subordinante de cualquier subjetividad. En este caso, como poseedoras de un cuerpo sexuado femenino y como practicantes de una sexualidad no obligatoriamente coital, el uso del espéculo puede ser para las lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres un momento doloroso, pero también incómodo psíquica y emocionalmente.

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

Granda expone cómo los presupuestos funcionalistas ahorran a la salud pública la preocupación por el sujeto individual y colectivo, se asume como un *objeto* colectivo que existe y se reproduce en función de la estructura o sistema social de la que es parte determinada y sobre el que puede hacer una aproximación naturalista o positivista. Se lee a esos *objetos* a través de unos lentes de instrumentalidad. No se consideran sus ideas, mecanismos ni diario vivir: “Ante un objeto que existe como un producto de las *causas del ayer*, no es necesario comprender la acción social (que se da en el aquí y ahora) y además es lícito que el Estado intervenga desde fuera con la tecnología científica para lograr la salud por descuento de enfermedad” (Granda, 2004).

Este sujeto-objeto producido socialmente y de apariencia única es el que se considera natural desde el sentido común, “Estos discursos dan una versión científica de la realidad social en la que los humanos son dados como invariantes, no afectados por la historia, no trabajados por conflictos de clase, con una psique idéntica para cada uno porque *está programada genéticamente*” (son más las cursivas), escribe Wittig (2006:46). El objeto producido, en este caso es el que determina esta relacionalidad entre sexos y la consideración instrumentada por consecuencia de los cuerpos de las mujeres y sus procesos de salud–enfermedad.

Así, el uso del espéculo, a manera de sanción o con un uso meramente *funcionalista* de servicio para el objeto de atención heteroconcebido, desconsiderado del contexto o de la subjetividad de la consultante, es una intervención que dicta, que norma que las cuerpos de las mujeres son de facto penetrables. Dicha intervención hace física la acción pedagógica desde las instituciones patriarcales sobre las cuerpos lésbicas. Granda escribe sobre el accionar de ese tipo de intervenciones médicas: “pasa a ser una buena expresión de una disciplina científica moderna, una forma de orden del mundo, y a su vez la enfermedad de la población es transformada en objeto de la ciencia, pasible de intervención, de transformación, de modelación de “producción” (Granda, 2004).

D) FUNCIONALISMO HETEROSEXUALIZANTE

Estas intervenciones funcionalistas sobre los cuerpos de las mujeres están diseñadas a partir del biologismo que caracteriza al Modelo médico hegemónico. Una vez más: centrado en lo coital–genital. Esta forma de heterocentralidad se traduce en que hay un desconocimiento general sobre el impacto de diversas prácticas sexuales en mujeres que son heterosexuales y no. Por ejemplo, se desconoce el impacto del tribadismo en la salud y en las cuerpos de las mujeres lesbianas, apenas se pueden atisbar algunos datos al respecto.

Un caso interesante de la mirada de la heterosexualidad obligatoria aun cuando se ocupa de la población no heterosexual, ocurrió en 2015, en donde, a cargo de la Universidad Autónoma Metropolitana-unidad Xochimilco, y organizaciones de la sociedad civil, se realizó un Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales en México para conocer cuál es el panorama respecto a la afiliación y las dificultades que tiene esta población para acceder a los servicios de salud. Se basó en una encuesta transversal llevada a cabo a través de una plataforma en Internet en el periodo de febrero a septiembre de 2015 y consideró a las 32 entidades federativas de nuestro país. En el estudio participaron 6 596 personas.

La información se recabó a través de una encuesta autoadministrada que fue implementada a través de la plataforma de Internet Surveygizmo. Respecto a la población lésbica, se aplicó a 1200 lesbianas de todo el país y los resultados que obtuvieron fueron respecto a un imaginario de sexualidad penetrativa, que el 98% de ellas dijo estimular con los dedos o manos los genitales, el 77% realiza sexo oral, el 32% utiliza juguetes sexuales para penetrar la vagina y el 20% estimula con dedos o manos el ano (Mendoza, Ortiz y Román, 2016:99). Lo que no pudieron opinar las encuestadas, es sobre la práctica del tribadismo (frotamiento de la vulva con otra vulva o con distintas partes del cuerpo), práctica lésbica constante.

En el mismo documento, se insiste en indagar sobre el uso del condón en las prácticas sexuales ente mujeres, indagación desde un imaginario de una sexualidad penetrativa:

“En este Diagnóstico las prácticas sexuales se abordaron indagando principalmente el uso de condón en la primera y última relación sexual...” (2016:1).

“El uso de condón en la primera relación sexual tuvo mayores proporciones en las personas queer (51.18%), los hombres gay (45.35%) y en los hombres bisexuales (44.78%); en contraste los grupos con menor uso fueron las mujeres lesbianas (21.72%), y los hombres trans (30.56%)”. (2016:3).

“Los tres grupos con las proporciones más bajas de uso de condón en su última relación sexual fueron: mujeres lesbianas (9.19%), hombres trans (34.21%) y las mujeres bisexuales (35.15); por el contrario los hombres... “(2016: 4).

¿Por qué aquellas con vulva y vagina usan con menor frecuencia el condón? ¿Será porque no tienen un pene, para el que está diseñado el condón, y su sexualidad no es necesariamente coital? Muchos metros de tinta se invierten en una indagación que menciona a las lesbianas en nombre de la diversidad, pero que no reconoce a las lesbianas como Sujeta particular.

Siguiendo este cuestionamiento, pero ampliando la mirada a las consecuencias generales de la praxis heterocentrada, podemos ejemplificar también en las consultas ginecológicas, que al concebir el cuerpo de las mujeres como destinado a la sexualidad coital o a la reproducción se invisibilizan otras necesidades, como las de aquellas lesbianas que entre sus prácticas sexuales no incluyen penetración, dedotración⁴⁷ ni la introducción de ningún objeto en vagina o ano. Sin embargo, hay grandes discusiones, a falta de estudios profundos entre la comunidadlésbica sobre si las lesbianas cuya sexualidad no implica penetración también pueden verse infectadas o contagiadas y tener padecimientos de transmisión sexual. Por otro lado, se ven forzadas a someterse a exploraciones penetrativas con el espéculo, porque no hay otra concepción de posibilidades de exploración y/o de intervención, con consecuencias dolorosas física y emocionalmente.

Al respecto, Alexander Boer, director de *Rio Grande do Sul nosotros en Comunicación, Salud y Sexualidad* citado por la *Liga Lésbica de Brasil* explica que, al

⁴⁷Agradezco el comentario de la Dra. Mogrovejo quien señala que es más correcto el uso de la palabra “dedotración” para la introducción de dedos en el cuerpo de otra persona, porque no se usa un pene.

no tener relaciones sexuales con penetración, las directrices de atención para estas lesbianas sobre las enfermedades de transmisión sexual son prácticamente inexistentes (LBL, 2012).

Sobre este choque entre aquella irruptora de la heterosexualidad obligatoria y el objeto bioesperado en el consultorio, en una investigación anterior sobre el tema⁴⁸ muestro, como ejemplo del conflicto, la forma en que el aspecto de las cuerpos de algunas lesbianas que asistieron a consultorios ginecológicos en 2011 y 2012 no necesariamente respondía al estereotipo de la feminidad que se espera en un espacio de atención de “lo femenino”; así mismo, el interés de ellas en la consulta no era necesariamente en el sentido de las funciones reproductivas; su sexualidad no siempre era coital o podía incluir prácticas sexuales poco esperables en el imaginario heterosexual, lo que desconcertaba a quienes se encargaban de dar las *consultas* pues no tenían, precisamente, respuestas que ofrecer a lo consultado.

4.4 CUERPA LÉSBICA

En la consulta ginecológica la heterosexualidad está relacionada no sólo con un universo de lo que atañe a la unidad anatomofisiológica, sino al cuerpo construido respecto a ella con aspectos más amplios de las relaciones de poder y control social y político. Esto muestra que, aunque pareciera “objetiva” o “neutral” o sustentada desde una dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que, al ser el núcleo de la formación profesional del médico, es una formación en la disciplina de la heterosexualidad. Porque si bien pareciera que el aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos: “Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de atención” (Menéndez,

⁴⁸ El viaje de las Invisibles; manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de lesbianas en consultas ginecológicas, UAM Xochimilco; División de Ciencias Sociales y Humanidades: Maestría en Estudios de la Mujer: México, D.F., febrero 2013.

2005:16). Parecería, también, que desde este lugar que parte el diseño de la consulta, es una especialidad que atañe a genitales, hormonas y glándulas de un cuerpo que se presupone para la reproducción, Pero ese contenido ahistórico/socio cultural, es de profundo contenido político porque se diseña para las funciones de un cuerpo de *mujer*.

Wittig señala que el “ser mujer” es una identidad cultural –que la medicina biológica, adoptando una función normativa en torno–, construida por los hombres, en función de los hombres y para los hombres. Mogrovejo (2011:73) agrega: “Incluso el cuerpo de mujer que es parte de esta identidad, es un cuerpo colonizado en función de los hombres. Un cuerpo sobredeterminado, con un estereotipo determinado, de medidas y de formas determinadas”. Este cuerpo de mujer es el esperado en el consultorio ginecológico, pero, en el tema que nos ocupa no es ese el cuerpo que se presenta. Es este el lugar del desencuentro.

El cuerpo lesbiano no es el de la mujer atrapada en la feminidad, es aquél disidente donde habita la sujeta lesbiana. Yo lo identifico como el antecedente más inmediato a lo que ahora las lesbianas contemporáneas están llamando *cuerpa* en tanto que se remite a sí misma y no al cuerpo de la mujer construido en su relación con el cuerpo del hombre. No es ciertamente ni el cuerpo construido por la masculinidad, ni el de la feminidad, ambas construcciones de género, finalmente.

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

resignificamos el término 'mujer', tal como es entendido por el sistema patriarcal" (Binford, 2008:5).

La cuerpa lésbica que se presenta en el consultorio no necesariamente responde al sujeto de atención esperado "mujer": "Demasiado" vello corporal; cuerpos gordos o no; la mujer adulta mayor que no responde al estereotipo mediático, generalmente proveniente de la pornografía, de cómo es una lesbiana; cuerpos con fenotipos de pueblos originarios; estéticas diversas (Vergara, 2013).

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

Es así como la cuerpa lesbiana puede tener un aspecto que no responde al objeto de la consulta, aún más, el interés en la consulta no es necesariamente en el sentido de las funciones reproductivas, su sexualidad no necesariamente remite a la introducción de partes del cuerpo u objetos en su vagina y por tanto no todas las técnicas de interrogación, exploración y medicación desarrolladas por la ginecología responden a sus necesidades.

En forma concomitante, en medio de ese desencuentro entre el sujeto de atención esperado y la que consulta, está presente la necesidad de atención a los padecimientos con que las mujeres lesbianas llegan al consultorio. Lo anterior sumado a su propio desconocimiento y a la permanencia de algunos mitos sobre la salud lésbica en general.

Así encuentro que puedo señalar, por ahora, al menos tres momentos en donde se evidencia de forma concreta el conflicto, cuando la cuerpa de la sujeta consultante resulta no ser el objeto esperado para la consulta:

- 1) Cuando se nombra y/o se pone en la mesa de exploración con orientación funcionalista hacia la heterosexualidad a la cuerpa lésbica por las propias mujeres que se enuncian.

2) En el desconocimiento desde la medicina hegemónica sobre las prácticas sexuales no heterosexualizadas y sus implicaciones sobre los cuerpos de una existencia disidente.

3) Las violencias concretas que ejerce la medicina hegemónica sobre las cuerpos y existencias lésbicas. Invisibilidad; negación de reconocimiento; maltrato físico durante la exploración; discursos moralizantes; discriminación; penetraciones de castigo –el espéculo como el falo médico-; rupturas de la obligación de confidencialidad; casos de violencia sexual explícita.

4.5 Primeros acercamientos sobre los PSEA de las lesbianas

En 1973 se eliminó la homosexualidad del Diagnóstico y Manual de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), pero fue hasta el 17 de mayo de 1990 que la Organización Mundial de la Salud la retiró de su lista de trastornos mentales. Es decir, hace apenas treinta años que, cuando menos en el discurso, unos cuantos de aquellos y aquellas que hacen ciencia médica comenzaron a dejar de patologizar y tratar de curar la homosexualidad. Entonces pudo contemplarse el inicio de reflexiones, desde especialistas que pertenecían o reconocían los reclamos de la población no heterosexual, sobre una atención que respondiera a las necesidades de salud de lesbianas, mujeres que tienen sexo con mujeres, homosexuales y bisexuales. Esta novedad relativa y el que las iniciales investigaciones se dedicaron a la homosexualidad masculina con un mayor énfasis en el tema de VIH⁴⁹, hacen difícil encontrar en la región material documental especializado en la atención para las lesbianas.

Sin embargo, es posible hacer el recuento de algunos trabajos y formas de ocuparse del tema que comenzaron a gestarse durante la última década, los cuales

⁴⁹ “Prácticamente la totalidad de la producción científica en América Latina sobre condiciones de salud y enfermedad en población BLH [bisexual, lésbica, homosexual] (en total se identificaron 15 reportes) se ha centrado en la infección por VIH/SIDA” (Ortiz, 2004:34).

comenzaron siendo sobre la atención ginecológica devenida del modelo médico hegemónico a lesbianas.

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

En 2006, en Perú, María Galarreta, publicó *Salud de lesbianas en Lima: Apuntes desde la experiencia de atención*. Es un artículo de divulgación sobre su experiencia ginecológica en atención a pacientes lesbianas y menciona las principales afecciones de salud detectadas por la especialista, incluye las afecciones que detectó en materia ginecológica y hace énfasis en la importancia de hablar del tema al ginecólogo: “La opción por permanecer en el closet conduciría a la automarginación en la búsqueda de atención preventiva, un retraso de la atención médica, o a una historia clínica incompleta o inexacta” (Galarreta, 2006).

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

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

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

atención descuidada y apresurada que derivó en un mal diagnóstico (Kali, 2009; Mancera 2005).

Un estudio realizado en los Estados Unidos de América por la investigadora feminista Sue Wikinson sobre mujeres que perdieron sus senos a causa del cáncer de mama, cuyo interés central no era el tema lésbico, muestra cómo a mujeres mayores y lesbianas se les amputan las mamas, al parecer sin los intentos por salvarlas que se tienen con las de mujeres jóvenes y heterosexuales. En el documento se menciona:

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

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

4.6 Lesbianas y la consulta ginecológica

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

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

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

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

heterosexualidad y dejaba fuera otras posibilidades de vida y prácticas sexuales (Espartiles, 2006).

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

En 2010 en Brasil se llevó a cabo un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y la *Liga Brasileña Lésbica*. Con base en encuestas a médicos y a lesbianas buscan crear un protocolo de atención ginecológica lésbica que se concibió para estar en las políticas públicas en salud a finales de 2011, aun cuando no ocurrió. (LBL, 2011)⁵⁰.

*Algunas consideraciones:

La información presentada proviene mayormente de organizaciones denominadas “activistas” o “militantes,” lo cual en sí mismo ya es un dato sobre la invisibilidad para la biomedicina y algunos sectores académicos sobre los problemas de salud de las lesbianas. De esta manera es posible disponer de un panorama de la situación y se evidencia la necesidad de abordar reflexivamente el tema. Eiven, Sardá y Villalba señalan que los prejuicios y la invisibilidad afectan a la literatura médica, psicológica y científica en general: “Influyen en la casi nula existencia de investigaciones científicas serias y exhaustivas sobre la salud de las lesbianas, lo que a su vez dificulta de manera seria la atención a su salud, aun por parte de aquellas/os profesionales carentes de prejuicios” (Eiven, Sardá y Villalba, 2002:50).

⁵⁰ La página no ha tenido actualizaciones y no he encontrado noticias al respecto en diciembre de 2012.

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

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

2. En segundo lugar, reconocer la construcción del conocimiento de los aportes generados desde la militancia/actuancia lésbica, aportes que van desde el señalamiento de las cuestiones que atañen a la salud sexual y reproductiva, a la creación de categorías, a la desmitificación y hacen, también una labor de denuncia de tratos discriminatorios en los servicios de salud.

3. En tercer lugar, considerar las limitaciones de alcance que pueden tener propuestas, cursos, talleres de impacto difícilmente medible, legislaciones y protocolos de atención que pongan el tema de la sexualidad y sus prácticas en el discurso médico de lo políticamente correcto o de solicitar la inclusión o plantear que quienes asisten a consulta y ponen su cuerpo en ella sean también quienes exijan en ese momento sus derechos. El problema en lo anterior, es que, entonces, pudiera interpretarse como que se trata solamente de una falta de reconocimiento a individuos para la prestación

de un servicio, y, de igual manera, parecería que el personal de atención no estuviera informado. Puede inferirse que sólo hiciera falta información y un cambio de actitud o normas que obliguen a atender de determinada manera, así como legislaciones punitivas a los y las trabajadores en salud, en caso del incumplimiento con las normas.

4.6 Nuda vida

“El modelo médico es varonil. De hecho, el canon es un varón joven, heterosexual, sano (o con una sola enfermedad), de clase media y culto, sobre el que se estudia el problema de salud de que se trate. Todo lo que se desvíe de ese modelo, es una especie de anomalía, sea por edad, por sexo, por situación social o por otras condiciones”, afirman Gervás y Pérez (2016).

Por lo tanto, no es de sorprenderse que este modelo no resulte adecuado para quien no es varón, ni mujer, en singular o en plural, ni necesariamente con capitales intelectuales ni económicos y hasta, color de la tierra, como lo son en su mayoría las mujeres de la Abya Yala.

Lo que estoy enunciando, es que la vida en sociedad hoy se encuentra sostenida y regida por estructuras que determinan la forma en que se produce, cómo se distribuye lo producido entre la población, cómo se explota la naturaleza para producir y cómo se norman, construyen y dictan los modos de vida de las personas para que sirvan a ese sistema de producción y esos modos de vida resultan a partir de la jerarquización de las personas por el color de su piel, su sexo, sus elecciones sexuales, capacidades corporales, edad o por su relación con la propiedad de los medios de producción.

Resultante de esta jerarquización, es que los varones adultos, blancos, heterosexuales y que detentan la propiedad o la administración de los medios de producción son quienes ocupan el lugar de privilegio, quienes tendrán más y mejor acceso a los beneficios de la vida en sociedad. En tanto, ocuparan distintos lugares en la escala de jerarquización quienes tengan otros colores de piel, capacidades

corporales, relaciones de propiedad o sujeción respecto a los medios de producción, sean mujeres o disidentes de la heterosexualidad, todos estos elementos en sus tantas combinaciones jerárquicas posibles.

En consecuencia, el acceso al trabajo, educación y salud como pilares del sistema de producción, tiene implicaciones distintas para quien se encuentra en un lugar de privilegio en el sistema que para quien vive en la imbricación de distintas opresiones. Mejores condiciones de trabajo, de educación y de salud, significan más posibilidades de sobrevivencia y calidad de vida.

En las líneas siguientes señalaré sobre lo que respecta a la salud en donde hay fenómenos concretos que resultan de esta jerarquización:

1.- Los procesos de salud/enfermedad/atención están determinados por el entorno socio económico y cultural. Los cuerpos de los grupos sociales no tienen historias semejantes, desarrollos ni constituciones ni inmunidades generalizables, pues enfermedades y/o padecimientos son distintos en cada contexto y las posibilidades de atención también difieren en cada marco. Se trata de procesos de salud-enfermedad de grupos contruidos a partir de sus características sociales definidas. Es decir, el proceso salud-enfermedad tienen carácter social tanto por ser socialmente determinado cuanto por ser en sí mismo un proceso social (Laurell, 1994).

2.- Dado que el sistema económico ha convertido la atención a la salud en una mercancía, sólo se obtiene el tipo de mercancía en atención a la salud por el cual se puede pagar.

3.- No obstante, el punto anterior, las resistencias y luchas por conservar la salud y su atención como un derecho, han dado lugar a diversas políticas públicas en salud.

4.- Sin embargo, estas políticas, haciendo una generalización, se refuncionalizan y recurrentemente acomodan su diseño no respecto a la comprensión de procesos de salud/enfermedad/atención, sino sólo para mantener en funcionamiento a los sujetos respecto a su participación en el sistema de producción y reproducción, es decir, para ser funcionales al sistema mismo, para que permitan su continuidad: "No se puede impartir justicia, hacer la guerra, recaudar fondos, etc., sin

abundancia de hombres vivos, sanos y apacibles”, cita Foucault al abate Fleury (Foucault, 2006:371).

De tal manera, se puede atisbar que la atención a la salud en el sistema mundo que habitamos, tiene como sujeto principal al sujeto social del privilegio y, por añadidura, se utiliza esa atención para mantener la funcionalidad de otros sujetos.

Aquellos que no son sujetos del privilegio, no son sujetos reconocidos y, por lo tanto, no son sujetos de la atención de la medicina hegemónica. Apenas visibles cuando la acción político-social lo consigue. Es el *Homo Sacer* de Agamben (1999), vida física, unidades físico-biológicas en la frontera entre la ciudadanía y la subciudadanía, cuyas subjetividades son, sin duda, prescindibles de ser consideradas.

No es que la medicina predominante desconozca la existencia de otros sujetos, es que precisamente son “los otros” y ese ser el otro -la otra-, en la jerarquización de prioridad de sobrevivencia enunciada líneas atrás, significa que respecto a estos cuerpos y vidas hay una relación distinta.

Esta discrecionalidad de sujetos se manifiesta en las interacciones directas desde las políticas de atención a la salud. Por poner dos ejemplos veloces: primero, los casos de esterilizaciones forzadas desde los sistemas médicos que en las últimas décadas y en distintos lugares del mundo ocurren sobre los cuerpos de mujeres de pueblos originarios, minorías étnicas y pobres, no sobre los de mujeres blancas en otro lugar de clase (Minna, 2006); segundo, el fenómeno de los estudiantes de medicina, al menos en México, que realizan sus prácticas de aprendizaje con distinta injerencia sobre los cuerpos de aquellos y aquellas que acuden a los servicios de salud pública, no sobre quienes pagan atenciones costosas en espacios elegidos.

Se pone énfasis en la sobrevida o se asume la muerte de algunos (los otros, las otras). *Nuda vida*, vida sacrificable, desnuda -al igual que secar ríos porque son prescindibles para ciertos intereses económicos-, en nombre de un bien superior, es decir, de la continuidad del sistema de producción-biopolítico. En medida que se experimente, controle, manipule en el cuerpo de unos, se fortalece el saber y el poder, se legitima la cientificidad del Modelo médico hegemónico y, a un mismo tiempo, se perfeccionan los saberes y las atenciones en salud para los sujetos del privilegio.

Muere o es lacerado quien es desechable, vive quien sirve al sistema –Una amenaza constante sobre algunas cabezas: “...el biopoder: sucintamente, la organización misma de la vida –y de la muerte– humana bajo el sociometabolismo del capital, y para la que se dice que “no hay alternativa”. (Grüner, 2011:2).

Entonces, el acceso a la salud, los modelos médicos, el diseño de la atención a la salud y la praxis son terrenos en donde el poder político se transmuta para encarnar en los cuerpos de las personas y con su salud limitada, su sobrevivencia o su muerte sirven para sostener al sistema hoy existente.

Como lo había señalado líneas atrás, la medicina social y la antropología médica crítica, desde un lugar político crítico y por una apuesta hacia una salud emancipatoria ya se han ocupado de exponer y explorar estas formas biomédicas de atender la salud, y han señalado su conformación clasista, racista, etnocentrista y androcentrista. Es decir, desde los 80’s, ha sido posible configurar una matriz de triple inequidad como herramienta de análisis a la jerarquización de la vida, que en estas líneas se viene describiendo, “una triple jerarquización de la calidad de vida y del trabajo: la de pertenencia a una clase; la de pertenencia a una etnia; y la de pertenencia a un género”. (Breihl, 2003:938).

Sin embargo, todavía es un rubro pendiente el analizar en profundidad la forma en que la dimensión estructural del régimen heterosexual se manifiesta en el modelo de medicina hegemónico en las sociedades occidentalizadas y de la atención a la salud de él derivada.

Si, siguiendo a Esposito (2005:172), estamos hablando de espacios en donde se cruzan las necesidades político-económicas del sistema de producción con el saber médico y de lo que se trata en una y otra mirada es de la conservación del cuerpo, pero de aquél que es política y económicamente funcional ¿quién se ocupa, entonces, de los procesos de salud-enfermedad-atención de les no funcionales?, ¿qué relevancia podrían tener para la jerarquización de sujetos, las lesbianas y mujeres que tienen vida erótico/afectiva con otras mujeres, de aquellas que desobedecen y que no son necesariamente funcionales económica y políticamente?. Ése, que volviendo a Laurell (1994), es un grupo construido a partir de sus características sociales definidas

tanto por ser socialmente determinado cuanto por ser en sí mismo un proceso social. Es un grupo disperso de cuerpos que, en todos los aspectos que atañen a la vida física y psíquica requiere atención en procesos de salud-enfermedad y que, sin embargo, no es un cuerpo/objeto de atención funcional.

Hay un desfase, una irrupción, pues las lesbianas no cumplen con el deber ser de la heterosexualidad obligatoria y en la producción y reproducción social. En nuestras sociedades quien no trabaja es un paria, quien no participa en la producción no es miembro digno de la sociedad. Igualmente, la mujer que se resiste al trabajo reproductivo es socialmente inferiorizada. No tiene lugar de reconocimiento social. ¿A quién, a qué sistema habría de interesarle o servirle su sobrevivencia?, ¿qué ocurre cuando una mujer es lesbiana y morena o negra, qué ocurre cuando es pobre, cuando vive en una zona de violencia?, ¿cuál sería la inversión del sistema en su salud y sobrevivencia?.

La lesbiana que resiste al régimen político heterosexual, pero, además no es hombre, no es económicamente privilegiada y tiene pigmentada la piel es el monstruo, encarna en *homo sacer* -humanidad sagrada y maldita-, aquella que ha sido juzgada, cometido el crimen de la desobediencia y, por lo tanto, su muerte, asesinato, desaparición dependen de hilos políticos muy finos.

La invisibilidad, la inviabilidad, en este caso, tiene costos ante los modelos de atención de la salud existentes, Sólo un ejemplo inmediato:

La OMS estima que anualmente unos 500 millones de personas contraen una de las cuatro Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. No hay registros sobre cuántas de las mujeres que padecen estas ITS registradas son lesbianas o practican sexo lésbico y por lo tanto no hay prevención ni atención, desde las políticas de salud pública, que les considere, mientras en los colectivos lésbicos de la Abya Yala, ante la emergencia y prevalencia de padecimientos en sus poblaciones, crean con urgencia cuadernillos y trípticos que informen y propongan soluciones o estrategias emergentes, al paso.

Desafiar, entonces, a la heterosexualidad obligatoria significa en muchos aspectos -en la atención a la salud como aquí está expuesto-, ser sujeto prescindible.

De esta manera, es posible caracterizar las consultas, ya sean ginecológicas, dentales o en nefrología, como una construcción de atención médica a los cuerpos de sujetas “mujer” que por sus características biofísicas han sido reconocidas con el sexo femenino en las sociedades occidentalizadas. Esta atención médica, al devenir del modelo médico hegemónico, al estar inserta en un sistema mundo regido por la heterosexualidad, está también caracterizada por ser producto de, y a un mismo tiempo, por reproducir lógicas heterocentradas.

De tal manera que las consultas, versarán sobre la funcionalidad y la belleza que se espera de una mujer en el ámbito dental y, si es sobre temas nefrológicos, el tema de la obligatoria maternidad posible, será un aspecto por considerar al pensar en el tratamiento. Así, no sólo se ocupa de la atención a los cuerpos femeninos, sino también actúa como pedagogía que enseña cómo deben ser, cómo es la sexualidad de estos cuerpos (en relación con los cuerpos masculinos y a la relación coital) y para qué deben ser (funciones reproductoras). Características que responden consistentemente con las necesidades económicas-políticas del capitalismo en donde, como se expone en el apartado anterior, al sujeto mujer se le asigna un lugar en el sistema económico capitalista mediante la asignación de la heterosexualidad obligatoria que implica un lugar específico en la división sexual del trabajo al servicio del sistema de producción dominante.

Si las consultas que devienen del modelo médico hegemónico es un espacio construido para el sujeto mujer (singular), sujeto de la heterosexualidad obligatoria y que por ende tiene un lugar determinado en la división sexual del trabajo y si la presencia o enunciación de una sujeta cuya cuerpo es una construcción de múltiples posibilidades de mujeres en disidencia sexopolítica a esa heterosexualidad obligatoria, entonces el desencuentro entre el objeto de atención bioesperado y esa cuerpo es un choque político que disputa su autodeterminación. El conflicto irresuelto en el centro de esa disputa es la atención a la salud y la calidad de vida para todas las mujeres.

4.8 Se prepara la revuelta

Entonces, esa sujeta que no es visible, que se asoma apenas en el panorama como un monstruo ilegible, cuya existencia no es legitimada por el sistema, hace un viraje y se aleja en un primer momento histórico de los discursos patologizantes, pero regresa como sujeta que interpela, enarbolando discursos de riesgo, solicitando ya no ser patologizada, pero ser reconocido su estado de atención.

De forma paralela, en otro lugar político, la sujeta, actuante -actora de sus actos-, ha comenzado a cuestionarse la dimensión política que le ha convertido en paria o en invisible, la dimensión política heterosexual del modelo médico hegemónico y comienza a atisbar que no es, precisamente, la legitimación del modelo médico que norma la salud lo que requiere, más bien, la suya, es la necesidad de una salud emancipatoria, emancipada también del régimen heterosexual y de la heterosexualidad obligatoria.

Los primeros antecedentes que logro identificar de una cierta mirada crítica a la domesticación de la propuesta política lésbica sometida a la disciplina de la medicina hegemónica están en México en 1979, en donde las lesbianas del Frente Homosexual de Acción Revolucionaria ya estaban escribiendo de manera crítica respecto a la sexología. Ante un taller ofrecido por personas del Estado vinculadas con “especialistas” que ofrecían el taller, escribieron un artículo en la revista del FHAR titulado “Talleres de manipulación, un proyecto de domesticación”, en donde señalan con sospecha que desde la biomedicina se les quisiera ofrecer una mirada “científica” de la “orientación sexual” como un fenómeno natural, pues daban cuenta de cómo esa explicación terminaba con cualquier argumento subversivo de la desobediencia a la heterosexualidad. Escribieron que se trataba de: “...Una ideología que propone temas teórico-científicos que no nacen ni se plantean a partir de la recuperación política de los cuerpos.” (FAHAR, 1979:41) y, sí, al paso de los años cómo entorpece la discusión el discurso de la “orientación sexual” a la hora de politizar la sexualidad.

Cabe acotar aquí que se trataba de un momento político importante pues tenía apenas un par de años que el movimiento lésbico y homosexual había salido a la luz

pública y, en México, estaba particularmente vinculado con las luchas de izquierda y los movimientos sociales obrero y campesinos. Por lo cual, la generosidad estatal de impartir esos talleres científicos pareciera no ser del todo inocente.

En 1993, en Australia, Jeffreys narra en su *Herejía Lesbiana* como desde los setentas la teoría política del feminismo lesbiano transformó el lesbianismo de una práctica sexual perseguida en una idea y una práctica política que ponía en entredicho la supremacía masculina y la institución básica de la heterosexualidad, siendo esa es la gran herejía y poder del planteamiento político del lesbianismo.

Lo que me interesa resaltar para este análisis es que Jeffreys (1993:7) nombra explícitamente el enfrentamiento entre esta propuesta política y la medicina hegemónica, ella escribe que quedaron desterradas las ideas de la clase médica:

- 1.- Que el lesbianismo era una anomalía congénita.
- 2.- Que el lesbianismo tenía determinantes psicológicos.
- 3.- Que era resultado de la envidia del pene.
- 4.- Que el lesbianismo era una desviación que merecía figurar en los libros de texto sexológicos junto a los abusos sexuales de menores y al fetichismo de la ropa interior.
- 5.- Igualmente, se rechazó la construcción del lesbianismo que hacía la sexología, hacia una autodefinición desde las propias lesbianas.

“Estábamos construyendo un nuevo universo feminista. A partir de la autoconsciencia, en un ambiente de gran optimismo, redefinimos el lesbianismo como una saludable elección para las mujeres, basada en la autoestima, el amor por otras mujeres y el rechazo de la opresión masculina. Toda mujer podía ser lesbiana. Se trataba de una opción política revolucionaria que, si millones de mujeres la adoptaran, llevaría a la desestabilización de la supremacía masculina, en la medida en que los varones perderían los fundamentos de su poder, sustentado en los servicios domésticos, sexuales, reproductivos, económicos y emocionales desinteresados y no remunerados de las mujeres”. Sería la base a partir de la cual podríamos desarmar el poder masculino. Crearía un universo alternativo para la construcción de una nueva

sexualidad, una nueva ética, una nueva cultura en contra de la corriente dominante masculina (maestread). Un núcleo energético desde donde irradiarían nuevos valores positivos, feministas y lesbianos, transformando el mundo a favor de las mujeres y acabando con la sado-sociedad (Jeffreys, 1993:7).

Una parte medular de la *Herejía Lesbiana* es el señalamiento histórico que Jeffreys realiza del enfrentamiento entre el planteamiento político lésbico y los modelos que la sexología imponía. Básicamente narra un enfrentamiento ideológico:

“En la medida en que se retomaban los modelos sexológicos que las feministas lesbianas se habían empeñado en erradicar, se nos tildaba de estar en contra del sexo, de políticamente correctas, de esencialistas, de idealistas” (Jeffreys, 1993:9).

Las lesbianas que abrazaron la ideología de la sexología insistían en que el modelo médico habría de proporcionar una explicación para el lesbianismo. “Las feministas lesbianas no suelen buscar ninguna explicación, ya que conciben el lesbianismo no como una condición minoritaria sino como una elección positiva abierta a todas las mujeres”. Mientras, señala Jefferys, las adscritas al modelo sexológico seguían en busca de las respuestas de la psicología tradicional, buscando pistas en el erotismo de la madres y las hijas, desde conceptos del psicoanálisis y buscando resolver el enigma de la orientación sexual (Jefferys, 1993:2).

Una clave de lectura de este enfrentamiento la escribe la autora sobre sus contemporáneas: “Las historiadoras feministas consideraron en los 80s y 90s que la categorización que hace la sexología de las lesbianas tiene la función de operar como un mecanismo de control social, tanto del amor de las mujeres por otras mujeres como del feminismo” (Jeffreys, 1993:5).

En este punto, sobre el señalamiento del mecanismo de control, me parece importante detenerse un momento, porque, si bien, en páginas anteriores se ha enunciado que hay un desarrollo importante hasta este momento de las investigadoras feministas sobre cómo la medicina predominante en la historia moderna ha sido el dispositivo por excelencia científico, político y económico que ha servido para el control de los cuerpos de las mujeres, de sus ciclos de reproducción, de sus esterilizaciones o incentivaciones a la maternidad, de sus partos y maternidades, así como de su

sexualidad. Aquí hay un aspecto pendiente a explorar, que es el que Jeffreys nos muestra, cuando da cuenta del momento histórico en que la medicina hegemónica extiende en forma explícita (porque estaba implícita en las otras formas de control), un nuevo tentáculo que actúa de manera exclusiva y efectiva para el control político de las mujeres cuya propuesta es desafiante a un poder político dominante, el heterosexual: La explicación que construye la medicina hegemónica sobre la “orientación sexual”.

Tan necesario y efectivo para mantener el estado de las cosas es el control médico de los procesos reproductivos de las mujeres, como controlar que la sexualidad de las mujeres sea en la heterosexualidad. Convencer desde el discurso legitimado médicamente a la población de que la sexualidad es un asunto de “orientación”, un asunto que podría estar en los “genes” o en una causa todavía no descubierta, tal vez, e invisibilizar la posibilidad de posicionarse políticamente ante un fenómeno no biológico, sino social. Es aquí un rubro pendiente de trabajo y de exploración para las teorías críticas en general, un punto que ha sido ciego y en donde vale la pena ocuparse.

Sobre la pedagogía de control que aquí señalo continua Jeffreys: “La estigmatización del lesbianismo era un arma poderosa para confinar a las mujeres a la heterosexualidad. La paria lesbiana era el complemento necesario de la entusiasta ama de casa heterosexual” (Jeffreys, 1993:9). El papel del discurso médico es fundamental en la construcción de la paria necesaria al momento histórico de producción. En un momento histórico fue la patologización de la desobediente, en el siguiente fue la creación de una idea de minoría. “la orientación diversa de las minorías”, en el marco de la construcción de los derechos humanos. En el momento histórico reciente, bajo la avalancha posmoderna, “todxs somos todx”, como ejercicio que diluye cualquier posible resistencia a la asignación política económica; de invisibilización de la desobediencia ante los mandatos productivos y reproductivos en el sistema mundo contemporáneo, en particular de negación de la existencia de la resistencia posible de las mujeres.

V. TERRITORIAS EN REBELDÍA

Sí la población lésbica, también todas aquellas que no responden al objeto de atención “mujer” bioesperado, requieren acompañamiento en sus procesos de salud/enfermedad y atención, pero los consultorios que devienen de los modelos de medicina hegemónica no la reconocen como sujeta de atención y las iniciativas inclusivas no dimensionan estructuralmente el conflicto, todo esto en medio de la carrera neoliberal que privatiza a pasos agigantados los servicios de atención a la salud en el contexto de la región; es necesario, entonces, soñar-inventar-crear una medicina desheterocentrada porque, para construir el pensamiento y la práctica en salud que respondan a la salud de las colectividades, se requiere que se definan o reconozcan las “necesidades” de salud de la población. Comprender estas “necesidades” implica poner en juego una perspectiva contextualizada e histórica, y demanda pensar en conceptos y categorías de análisis que den cuenta de esas necesidades. Coincidiendo con Liborio (2013:5), se requiere mirar cómo los “sujetos” individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, al mismo tiempo que se indaga cómo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos.

En este sentido, dar cuenta de experiencias pioneras de manera autogestiva, ayuda a dibujar rutas tanto para el pensamiento lesbofeminista como para la salud colectiva ante el binomio MH/RH, pues una propuesta contrahegemónica respecto a la medicina, en este caso, implica, primeramente, reconocer y enunciar los argumentos y decisiones fundacionales de la modernidad capitalista: segundo, ocuparse del uso y abuso de la legitimación científica como si fuera apolítica y, tercero, desde este reconocimiento, construir elementos que cuestionen y acciones posibles respecto a la hegemonía médica, fundada en y refundante de la heterosexualidad obligatoria y del régimen heterosexual, propuestas, acciones y articulaciones desde “otra visión de mundo”.

Con el sustento anterior, en las páginas siguientes se encontrarán cinco apartados que pretenden mostrar el lugar crítico de dónde surgen las propuestas de medicina desheterocentrada de las protagonistas del diálogo que presento a continuación, qué actuaciones distintas se proponen consecuentemente al respecto, así como los elementos del modelo contrahegemónico que comienzan a dibujarse y la resistencia y reflexión lésbico-feminista en torno a la desmedicalización, a la salud y a otras formas de entenderla.

5.1 Miradas al binomio mmh/rh

Para comenzar este diálogo a varias voces, se pidió a cada una de las protagonistas de estas reflexiones que narrara desde donde viene su interés por el trabajo en salud, cómo se construyeron en estas acompañantes de procesos de salud-enfermedad en relación con las mujeres, lesbianas y sus cuestionamientos a la heterosexualidad:

Anabel

A los 16 años, se dio cuenta de que el aborto no era legal ni en Chile -en donde vivía- ni en Perú de donde es originaria. Así mismo, se indignó cuando se dio cuenta de la dimensión violenta de las esterilizaciones forzadas en Perú en los noventa:

Vi el vídeo de una mujer, una mujer indígena siendo forzadamente esterilizada, y me acuerdo de que tenía como 16-17 años, como que me quedé asimilando lo de la pantalla de la computadora, así como que ¡aaaahhh!, así, sin poder creer, sin poder creer que eso había pasado... que hace muy poco tiempo había habido esterilizaciones forzadas en mujeres indígenas, y el vídeo así era como súper claro. Se mostraba a la mujer siendo amarrada por los doctores y las enfermeras, haciendo como bromas y riéndose de la mujer mientras ella prácticamente se estaba desangrando en la

camilla, y como que me shockeó mucho, el ver esas imágenes, como que me empecé a dar cuenta de la forma en que también hay diferentes intersecciones que cada persona tiene que afectan como la capacidad de que esa persona tiene de hacer, de tener, como autonomía en su propio cuerpo (Anabel, 2018).

Anabel hizo su tesis de licenciatura acerca de las esterilizaciones forzadas en Perú:

No fue un accidente, no fue un accidente que estas mujeres fueron esterilizadas, lo que fue parte de todo un sistema global, que también está de cierta forma muy enraizado en el capitalismo. Una de las cosas que Fujimori dijo para llevar a cabo estas esterilizaciones forzadas era que el Perú tenía que, digamos, ser un país ser más industrializado- Entonces, muchas veces, ser un país más industrializado significa que una menor tasa de infantes desde que nace, digamos, entonces ésa era la forma en que él pensaba que, lo que pensaba que el Perú sería un país más industrializado, en eliminar la cantidad, de infantes, de wawas que nacían ...Fueron las mujeres las que fueron afectadas, en su gran mayoría fueron mujeres indígenas quechuahablantes, de zonas rurales, mujeres empobrecidas, y también es el caso de hombres que fueron esterilizados forzosamente, pero, hubo muchas más mujeres que hombres (Anabel, 2018).

Desde ahí y recordando también de que no es sólo es las esterilizaciones forzadas, también era la importancia del aborto libre, gratuito y seguro -que no es algo fácil de acceder en la región- y al terminar la universidad, decidió llevar sus conocimientos ahora a la práctica:

Aprendernos de nuestro cuerpo, es recuperar territorios perdidos, porque esta es la forma en que yo veo. Muchas veces cuando hago talleres sobre todo de sexualidad, sobre vulvas, vaginas,

es como la importancia de recuperar territorios perdidos, y comenzando desde nuestro cuerpo (Anabel, 2018).

Así, se ha convertido en lo que ella llama “yerbatera”, hace preparaciones con plantas, documenta saberes, con mujeres de Centroamérica, de México, acerca de diferentes formas de sanación de diferentes formas de medicina. Sin embargo, como lesbiana, se dio cuenta que también en los círculos de saberes originarios se replicaban los mandatos de género y la heterosexualidad con aires de misticismo.

“Pensarse el útero y la vagina para parir, para ser el complemento del hombre, no en placer, no en autonomía, no en desobediencia, eso me hizo tener que pensar en cuestionar también esos saberes hacia adentro” (Anabel, 2018).

Igualmente, hila la disidencia sexual con la recuperación de saberes ancestrales y hace círculos, de recuperar conocimientos.

Muchas veces lo veo como un tejido, que muchas veces no tengo la respuesta del todo, pero alguien tiene una información así súper importante y concreta que al momento que me lo dice como que ya, algo que mi mamá o mi abuelita decían, como que tiene más sentido ahora (Anabel, 2018).

Marisol y Talía

En San Cristóbal de las Casas, México: Marisol y Talía cuentan que su trabajo parte de la propia exposición a violencias inherentes al patriarcado, al sistema político heterosexual y a la comprensión de que éste conlleva riesgos para el cuerpo e integridad de las mujeres, abortos inseguros, violentos, “traumáticos”, es por las razones expresadas a continuación que deciden acompañar en estos procesos:

- Estereotipos en las interacciones que se entretrejen en los abortos inseguros y heteropatriarcales en que las mujeres replican el rol de cuidadoras incondicionales cumpliendo con las expectativas de los hombres dueños de nuestros abortos.

- *Se favorece el lucro de la medicina heteropatriarcal, de las redes prostituyentes de hombres, que, en la clandestinidad, se siguen apropiando y enriqueciendo sus prácticas con el cuerpo de las mujeres.*

-*Los hombres deciden, opinan y gestionan respecto a nuestros territorios corporales, para mantener su orden hegemónico y las esclavitudes de las mujeres.*

-*Se criminaliza finalmente la decisión de las mujeres de no continuar en su rol reproductivo y de preservación de la institución familiar, favoreciendo con esto, el triunfo de la masculinidad (Marisol y Talía, 2018).*

Aquí, vale la pena acotar que la frase que ellas utilizan, *El Triunfo de la Masculinidad*, es el título de un libro de la pensadora y activista feminista Margarita Pisano, en donde plantea que hay más de cuatro mil años de luchas de las mujeres por tener un lugar en el mundo existente y que cuando no se conoce ni reconoce esta historia, las mujeres estamos siempre en la demanda de resolver lo inmediato. Por ejemplo, pidiendo que el propio sistema regule el derecho al aborto, en lugar de liberar el aborto. Lo urgente convertido en reivindicaciones que pedimos al mismo sistema que, a su vez, está construido al servicio de la “masculinidad” (el sistema de dominio y control patriarcal) y por ello no generamos los lugares para salirnos de esas lógicas de las que se excluye a las mujeres incluso ontológicamente. Por eso, escribe Pisano, que la masculinidad ha triunfado. No es con un espíritu fatalista, sino de autocrítica.

En esa misma obra, la autora señala cómo la familia es reproductora del sistema y como núcleo básico de una cultura que deshumaniza y niega a los individuos, cuando más a las mujeres a quienes enajena de sus necesidades más básicas para ponerlas al servicio del otro, de los otros y, sobre todo de la reproducción del estado de las cosas. Por ello, aprecio, es que Marisol y Talía, se posicionan teóricamente desde la mirada de Pisano para cuestionar el mandato de la maternidad obligatoria.

Talía agrega, que desde ese lugar participa activamente de la colectiva Lesbianas y Feministas por el Derecho a la Información, junto a cuatro compañeras que han creado la Línea Aborto Chiapas:

Es una línea telefónica que entrega información segura a mujeres que han decidido interrumpir su embarazo hasta las 12 semanas completas de gestación. Nuestra propuesta política con relación al aborto es que las mujeres cuenten con información clara, que vaya en beneficio de su buen vivir. Donde también proponemos a las mujeres que abandonen la heterosexualidad (Marisol y Talía, 2018).

Viviana

En Chile, Viviana cuenta que ella estudió siete años medicina y que se desenvolvía favorablemente en sus espacios laborales, hasta que empezó a cuestionarse incomodidades:

Yo siempre he sido como “ñoña”, entonces no me costaba estudiar ni trabajar (como médica). Ahora sí me cuesta más, porque me cuesta desde la reflexión feminista que ya me cuesta todo mucho. Entonces sí, al principio como que tenía, como esa cosa típica social y que como “profesionales por el pueblo” y por eso siempre trabajo, trabajaré siempre en atención primaria, pero sentía como una molestia permanente y después cuando ya entendí más del feminismo, me di cuenta de que esa era la molestia que tenía y, en realidad a mí, siempre tenía una molestia con lo heterosexual, mucha. No lo podía nombrar antes, pero siento que, a todas las mujeres que el patriarcado nos golpea de alguna forma, como a ti un golpe que es como el más, el que marca toda nuestra experiencia de violencia en general. Como que para cada una le duele el patriarcado en distintas partes, pero que hay una marca que es más importante que la otra, y como algunas no sé, como que tienen experiencia de relaciones heterosexuales violentas y a partir de eso se empiezan a preguntar cosas u otras tienen, no sé, experiencias de raza o de clase, yo creo que mi golpe principal es lo de la heterosexualidad. Siempre me ha molestado, desde antes de poder, de poder nombrarlo, como incómoda con ese lugar y al final eso ocupa todos los espacios, como que no lo puedo separar, como mi

mamá me decía “¿por qué se te tiene que notar tanto?”. Es que una no deja de ser lesbiana cuando hace otras cosas, cuando trabaja. Bueno, por eso me molestan tanto esos discursos de “ay, lo que hago en la cama a nadie le importa”, como si lo redujera a eso, entonces mi experiencia ha sido muy compleja con la medicina (Viviana, 2017).

Entonces, comenzó a buscar rutas de incidencia:

Igual es una situación compleja para mí tener que ser parte de eso, pero no tengo delirios megalomaniacos pensando que yo lo voy a cambiar de adentro, ni esas cosas... he intentado como hacer “pucha”, mínimos espacios de desacato en los lugares de trabajo. Entendiendo que cada vez que yo voy a ese lugar, cada vez que viene una persona a consultarme como médica hay una relación de poder allí. Cuando estoy yo en un espacio físico, como un consultorio o una clínica es como más todavía. Después, cuando vienen a consultarme a mi casa como médica ya hay una relación de poder, pero en ese otro espacio más, porque antes de llegar a mí pasa por las secretarías, que después esto, como todo una cosa como un ritual, antes de llegar a la consulta médica, además el tema del delantal y todo eso, entonces como ya, ese tipo de cosas a mí me molestan mucho, como cuando era menor intentaba desarmarlo como con una actitud distinta, pero yo con la pura actitud no voy a desarmar milenios de medicina...(Viviana, 2017).

Sobre la relación de poder:

Lo que intento es tener consciencia de esa relación de poder y como “usarla”, que sé que, en ese lugar específico, mi voz tiene más valor quizás que en otro lugar. Usarla para instalar dudas o preguntas o incluso intentar ser, dar un poco de consuelo a veces porque siento la medicina tiene muy poco, habla muy poco sobre el consuelo, como que intenta dar respuestas a lo que no da respuestas, que son muchas cosas, particularmente casi todos los dolores de las mujeres no tienen una respuesta. No consuela, y siento que no todas las personas de verdad buscan como una solución, sino

a veces como solo un acompañamiento, solo un abrazo simbólico, como un espacio de escucha, y eso a la medicina no da una respuesta. (Viviana, 2017).

Fresia

En Chile, también, comienza la historia abortera de Fresia. Parte de autodenominarse feminista, y determinar que en el camino de ser feminista hay un abanico de posibilidades sobre las cuales centrarse, eligió dedicarse principalmente al aborto tratando de incorporar variables de salud, de salud mental, salud sexual, desde las lesbianas:

La línea aborto comenzó en Chile en el año 2009...hace años era algo súper revolucionario, nadie lo estaba haciendo tan directamente y públicamente -porque de alguna forma creo que las feministas siempre hemos acompañado abortos, lo hemos hecho incluso sin información, sin mecanismo seguros-, entonces esta estrategia de poder compartir información con las mujeres, algo que pareciera ser simple nadie lo estuviera haciendo y es en 2010 cuando me vine a vivir a Santiago , conocí a unas compañeras que eran del colectivo y me invitaron a participar, ahí me sume, creo que en la segunda reunión de la línea y desde ese entonces es cuando yo empecé a participar, desde el año 2010, hasta ahora. Luego, la línea ha tenido varios cambios, de hecho, ahora hay dos líneas de abortos, en un momento los colectivos se separaron, pero se sigue desarrollando la misma estrategia, que parte con la contestación de una llamada telefónica en un horario donde lo que se entrega es información segura del procedimiento para abortar con pastillas en la casa (Fresia, 2017).

No se trata solamente de la información, ella y sus compañeras proponen el aborto desde una perspectiva feminista:

Lo que nosotras llamamos aborto feminista es abortar con mujeres, entre mujeres, en la casa sin necesidad de personal médico, sin necesidad

de ser reprimida por la policía médica, ni tener que someterse a ningún tipo de vejación en centros de salud ni con personal de salud que desconoce o que no le interesan los derechos de las mujeres (Fresia, 2017).

Posteriormente, ella y sus compañeras se comenzaron a preguntar sobre las posibilidades de desheterossexualizar el aborto:

Yo creo que el salto es cuando nos damos cuenta de quién se dedica a este trabajo, que es riesgoso en Chile, o sea que hemos sido acosadas, que nos han gritado cosas en la calle, aquellas que estamos expuestas, finalmente las que nos quedamos somos lesbianas. Las que nos atrevemos a permanecer, tiene que ver con cómo las lesbianas estamos distribuyéndonos bien, con tantas engerías, curiosamente ha sido eso. La primera estrategia fue al contestar la llamada, al contestar la llamada pasamos de ser Línea de Aborto Chile a ser Lesbianas y Feministas por el derecho a la información , y eso al principio era: “Aló, Lesbianas y feministas” y cortaban, de verdad que pasaba, pero ya con el tiempo se fueron acostumbrando, realmente es bien poco probable que a estas alturas alguien nos cuestione, aunque no falta el desubicado que diga “y que le importa a las lesbianas el aborto”, pero cada vez es menos...las mujeres en general saben que existimos, y la recepción es siempre positiva, te estoy hablando de espacios presenciales de una persona, dos personas, hasta haber logrado espacios con 350 de personas dispuestas de escuchar un taller sobre cómo abortar con pastillas en la casa, y eso es bien revolucionario, siento yo, y si bien puede incomodar que seamos lesbianas, eso es lo que queremos, nosotras queremos incomodar, no queremos pasar desapercibidas (Fresia, 2017).

Actualmente, Fresia participa en otra organización que también trabaja desde la desheterossexualización del aborto, “Con las amigas y en la casa”.

Me encantaría rescatar acá que el salto político de Con las Amigas y en la Casa es pasar de entregar información sobre aborto de manera pública y masiva a pasar a llamarse acompañante de aborto de manera

pública y masiva, vale decir, después de 6 años de la estrategia de las líneas de información, nos sentimos lo suficientemente preparadas y seguras para decir somos acompañantes de aborto y queremos estar presentes en el proceso antes, durante y después, mediante un acompañamiento que es feminista y lésbico.

También, decir, que hoy estamos pensando y haciendo respecto al límite de las 12 semanas. Para nosotras un aborto, es un aborto y de alguna forma esa diferenciación de primer trimestre o segundo trimestre puede resultar estigmatizaste para la mujer que aborta. Con las Amigas también dimos un salto respecto a la confianza política en otras mujeres para realizar este trabajo, vale decir hemos realizado llamamientos públicos a formar parte de la organización a mujeres que no conocemos y hemos abierto así la estrategia para aquellas, no sólo aquellas que son “la amiga feminista de...”, sino también para aquellas que desde sus casas están pensando en el desacato patriarcal que significa acompañar y entregar información para la realización de abortos clandestinos (Fresia, 2017).

5.2 Sobre la medicina hegemónica

Viviana y Anabel explicitan una crítica al modelo de medicina hegemónico y que de una u otra manera aluden cuestionando al lugar de esta medicina en el sistema mundo patriarcal.

Viviana caracteriza a la medicina hegemónica:

Me refiero a la medicina hegemónica, la medicina occidental, blanca y androcéntrica que no es la única mirada sobre la salud que existe, pero es la hegemónica, acá en Chile en particular, la creencia de la mayoría de las mujeres es la que yo estudié (Viviana, 2017).

En el siguiente aporte de Anabel, puede distinguirse el carácter de hegemonía que se establece entre la medicina científica y cualquier otro saber y práctica en salud, al mismo tiempo, la sujeta de discurso, en su reflexión, establece al modelo médico hegemónico, no sólo como una forma más de hacer salud o atender la enfermedad, sino como parte de la estructura social, incluso como mecanismo específico de dominación de género, cultura y nación. Forma parte de la expansión de un modo de vida, que en su base económica, denominamos capitalismo.

El capitalismo, el heteropatriarcado, muchas veces, el colonialismo en sí, la forma en que funciona es través de división, ¿cómo el dividir y el conquistar no?, entonces esta idea como de crear división para poder tener más poder, entonces la forma en la que yo lo veo, una, primero que nada, es como la división que crea entre el sistema médico alópata y la persona y yo misma. Ese sistema la despoja a una de sí misma y de los saberes de una misma, se apropia de tu cuerpo (Anabel, 2018) .

Tal como lo expone Liborio, la medicina a la que Anabel hace referencia deviene del modelo denominado “salubrista” del siglo XX cuyo objetivo no era al servicio de las necesidades de los sujetos, sino del Estado y las ideas, muchas veces colonialistas del progresismo y de la atomización de los sujetos, “actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debía observar a la población pero a través de

los cristales de la norma estatal e intervenir sobre la población transformada en objeto. En este contexto la población no sólo debía ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que se le proponía a olvidar su cultura particular considerada siempre riesgosa” (Liborio, 2013:7).

Marisol y Talía reiteran dos rasgos esenciales del modelo médico hegemónico según Menéndez, eminentemente curativista y mercantilista, rasgos que se traducen en un desinterés por la prevención y mejoramiento de las condiciones de vida productoras de enfermedad, así como una generalización incrementada del uso de fármacos, que son al final de cuentas mercancías, para prácticamente cualquier padecimiento, estos rasgos se traducen en una medicalización de la atención de los procesos vitales de las mujeres, patologizando eventos como el parto y el climaterio, este énfasis heterocentrista sobre la capacidad reproductora de las mujeres permite la invisibilización de la sujeta lesbiana en su carácter se opositora al régimen heterosexual:

En este sistema patriarcal, el concepto de salud está sólo reducido a lo que se denomina “enfermedad”, por lo mismo las mayores inversiones, y no tanto, energéticas y económicas están puestas en remediar alguna dolencia física o psicológica. Más en que la prevención y la promoción del bienestar de las personas (Marisol y Talía, 2018).

No es una postura anti biomédica la que expresan las protagonistas de este diálogo, reconocen su eficiencia pragmática, pero nuestra mirada crítica puede destacar, a través de sus discursos, las relaciones estructurales de la medicina científica con la estructura social.

Para Viviana:

Pienso que la medicina, esa medicina, da una respuesta; existe un problema como “La pérdida de la salud” por ponerlo de algún modo, -donde no hay enfermedad necesariamente-, y ante eso hay respuestas. La medicina occidental es una respuesta, una respuesta hegemónica y esa manera de responder a esa situación, está orquestada con todo un sistema (Viviana,2017).

En palabras de Liborio: “la medicina clínica ha sido eficaz a lo largo de estos siglos, al solucionar una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas, con lo cual se han logrado producir máquinas corporales menos enfermas o que tardan más en morir...”(Liborio, 2013:7). Con lo anterior, la sujeta de discurso establece otro de los rasgos del modelo médico hegemónico: el mecanicismo, la concepción del cuerpo humano como máquina y a su vez, como una pieza más en la maquinaria que representa la sociedad, de esta manera, la enfermedad es pensada como una avería, una descompostura y al enfermo como una pieza a reparar. En esta visión, la forma de identificar la pieza-sujeto descompuesta es corroborar que cumpla su función en el engranaje social. El incumplimiento de la “función” reproductiva de las mujeres no es otra cosa que una imposición emitida por el régimen hetero.

No digo que la medicina occidental sea lo mejor o lo peor, pero finalmente es, o sea claramente no es lo mejor, pero a veces cambia la posibilidad de vivir, de sobrevivir o no, o de resolver una cosa médica porque sí tiene respuestas para cosas concretas, quizá no la respuesta que a mí me gustaría, pero sí da respuestas concretas. Y, en ese sentido, me parece que es justo que todas podamos acceder de igual modo a las respuestas que da la medicina hegemónica para problemas de salud concretos (Viviana, 2017).

Que las mujeres puedan hacerse pruebas diagnósticas, aliviar sus padecimientos, mantenerse con vida y con la mejor calidad de vida posible, como eje rector de las reflexiones, que tengan acceso a recibir atención:

Porque no tener ese acceso o tenerlo limitado incluye en las posibilidades de sobrevivir y en las condiciones materiales de vida. Ahora, el problema es que estos accesos son a costa de no poder cuestionar las prácticas ni discursos que esa medicina levanta sobre nuestros cuerpos. No hay que olvidar que esos conocimientos no caen del cielo, están levantados sobre cuerpos de mujeres, personas racializadas empobrecidas,

encarceladas y animalas no humanas. Es un conocimiento que ha costado sangre y vidas y lo sigue haciendo. (Viviana, 2017).

Este reconocimiento construye la postura crítica de Viviana quien observa cómo aún en casos de organizaciones médicas solidarias, la forma en que esta estructura y legitimada la atención de la medicina hegemónica esta tamizada por el poder que da la hegemonía:

Sólo al entrar a ese espacio de la consulta médica ya hay una asimetría, que no solamente se da con las mujeres, se da con cualquier persona que entre en el lugar de “paciente”. Un lugar pasivo, de persona está con una enfermedad o con un problema que se tiene que resolver, entregada totalmente a una respuesta, como si estuviera en deuda, y en ese sentido se parece al lugar histórico que hemos ocupado las mujeres.

Ahora eso se hace mucho más evidente cuando quien acude a la consulta es una mujer, especialmente a la consulta ginecológica. En este caso la actitud es de entrega total, entran en ese lugar sabiendo que van a ser examinadas, toqueteadas de una manera de la que no pueden quejarse ni opinar porque es por “su bien”, porque ella no sabe (de su cuerpo!) y el médico sí... (Viviana, 2017).

Aquí Granda señalaría: “Para la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (la evidencia) sobre la enfermedad, ni su libre voluntad juega en la curación, sino que el individuo tiene que supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión cuanto en su accionar, a los dictámenes del médico representante del conocimiento y del método científicos” (Granda, 2004).

Por ejemplo, ante la situación de aborto, sea legal o no, porque los mecanismos funcionan de la misma manera en el contexto médico, la mayoría de las mujeres acude con miedo o con culpa, sabiendo que tiene (supuestamente) un tiempo límite para hacerlo, entran con la sensación de que le están haciendo un favor, la actitud es de “ya, voy a soportar lo que sea con tal de que me hagan el aborto” (Viviana, 2017).

Sobre la culpa con la que se acude al consultorio (Vergara, 2013), recabé experiencias en donde lesbianas asistentes a consultorios ginecológicos, asistían con la culpa unida de manera indisoluble al padecimiento y es interesante cómo coinciden en su manera de nombrar la culpa y el sometimiento al hacer médico en los términos expuestos por Viviana:

Marbel llegó al consultorio con una sensación de culpa:

Ahora tenía una tipo verruga y me dije: “Esto ya no es una bola de grasa”, yo me salí de la tina creo que blanca. Yo pensé que tenía ya papiloma, ya me veía y me dije: “Soy una estúpida”. Me sentía totalmente culpable por no haber sido responsable, y yo así como “¡Ahhhhh, tengo papiloma y qué me va a pasar, ahhh!” (Marbel, 2012).

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

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

La misma *Marbel* expone:

Pues mira, ya no me importaba ni cómo fuera. Yo lo que quería es que me vieran porque mis expectativas eran de que yo tenía una ITS por ser una pinche irresponsable, decía:” ya mañana me programan para cirugía por esto”.

Retomo aquí la narración de Viviana, apuntando, entonces que sus reflexiones son pertinentes para otras vivencias de mujeres en los consultorios:

Entonces como que no hay la posibilidad de que esa mujer se haga cargo de su decisión, de que ella tenga algún control sobre lo que está sintiendo, ni mucho menos existe el espacio para que lo valore como el desacato que es, como el gesto de autonomía que es, abortar en el contexto de la consulta médica le quita todo el poder emancipatorio a ese aborto y por eso al sistema le importa tanto (con énfasis) que los abortos se hagan bajo supervisión médica, aunque se sabe que es muy fácil abortar en casa

sin necesidad de pasar por la opinión o el permiso de un médico (Viviana, 2017).

Gervás y Pérez coinciden en la mirada : “Hoy (un aborto) se puede lograr con medicamentos baratos y muy seguros, de la mano del médico de cabecera, en casa y sin cambiar rutinas. Si ello no se ofrece es por el control social del cuerpo de la mujer...” (Gervás y Pérez, 2016).

En tanto, los cuerpos de las mujeres están en el centro de los intereses por estos procesos:

Talía y Marisol expresan:

La mercantilización de los cuerpos de las mujeres concebidos sólo como incubadoras y reproductoras nos expone a muchos riesgos sanitarios, por lo mismo, el sistema capitalista se surte económicamente de nuestros cuerpos, enfermándonos constantemente, y vendiéndonos medicamentos a muy alto precio (Marisol y Talía, 2018).

Aprecio que se trata del control manifiesto de la capacidad paridora de las mujeres, decidir cuándo sí y cuando no se autoriza el ejercicio de esa capacidad, y cuando no se autoriza, también se incide en los cuerpos:

Las bombas de estrógenos que día a día las mujeres consumen para no embarazarse, que no son siempre efectivos, que además causan estragos en los cuerpos y la salud de las mujeres. Sin embargo, no existe ninguna iniciativa –del Estado y sus instituciones- por visibilizar el hecho de que son los hombres quienes las embarazan, y no se hacen cargo de su responsabilidad como sujetos reproductores (Talía y Marisol, 2018).

Anabel agrega elementos a la discusión cuando reflexiona ampliamente sobre la dimensión de la colonización de los cuerpos:

Hay diferentes intersecciones que cada persona tiene, afectan como la capacidad de que esa persona tiene de hacer, de tener, como autonomía en su propio cuerpo porque lo que comencé a darme cuenta de lo que nos pasa en nuestras cuerpas no es algo particular, sino de qué forma la

economía global impactó, digamos, en las esterilizaciones forzadas que Fujimori llevó a cabo... Entonces, de qué forma logramos emanciparnos de un sistema en sí que han impuesto para controlar nuestros cuerpos y también nuestra reproducción.

Anabel está mostrando la matriz de triple inequidad encarnando en un mismo tiempo espacio sobre los cuerpos de las mujeres, colonizaciones y recolonizaciones actuando en una sujeta en concreto.

Yo creo que es cierto que los territorios, ¿cómo era?... Ni los territorios ni los cuerpos de las mujeres son territorios de conquista. Me parece muy interesante, porque realmente así no hay, no ha habido un cambio desde la colonización, yo creo que es básicamente lo mismo que pasó hace 500 años atrás y sigue pasando. Los cuerpos, nuestras cuerpos, son las que se ocupan también como herramienta para seguir colonizando. Entonces también, de qué forma nuestros cuerpos están, son completamente controlados por un sistema, en un sistema que es súper heteropatriarcal, un sistema súper colono (Anabel, 2018).

Aquí, Anabel profundiza al relacionar las lógicas colonialistas e imperialistas insertas en la medicina practicada desde las políticas estatales y da, me parece, pistas de preguntarse concretamente sobre lo que sucede en contextos regionales y locales:

Por ejemplo, en el caso de esterilizaciones forzadas no sólo fue en sí el Estado Peruano, también el interés internacional, Estados Unidos también tuvo mucha parte en lo que era proporcionar la ayuda de tipo económica para poder llevar las esterilizaciones forzadas, pero también hubo ONG´s, las que fueron parte de las esterilizaciones forzadas, también hubo incluso ciertas ONG´s “feministas” en el Perú.

En los 60's, en los 70's, en los 80's, en los 90's, hay un montón de casos de mujeres negras, mujeres indígenas, mujeres latinas siendo forzosamente esterilizadas y en Estados Unidos... las mujeres, entre comillas “blancas”, decían: “Queremos tener acceso a esterilizarnos cuando queremos”, pero, al mismo tiempo, no se toman en cuenta que había

muchas mujeres estaban siendo esterilizadas forzosamente porque sus bebés, sus familias y sus cuerpos no valen nada.

Cuando me coloqué a estudiar un poquito más de las esterilizaciones forzadas, incluso en Estados Unidos era que, en algún tiempo, todas estas feministas blancas como que su lucha a cierto era poder ir al médico y decirle quiero que me esterilicen, esa era su lucha básicamente: “quiero que me esterilicen”, y los médicos les decían: “no, eres muy joven, bla, bla, bla”, básicamente porque eran blancas. El mensaje era: “Queremos tu bebé (blanco)” (Anabel, 2018).

De una actitud similar da cuenta Angela Davis cuando narra cómo, también en USA, durante el periodo de esclavitud: “en la misma época en que se glorificaba la maternidad de las mujeres blancas y se las encerraba en esa función, las mujeres esclavizadas no contaban con los más mínimos derechos sobre su descendencia y no se esperaba que mostraran apego por sus criaturas” (citada por Yáñez 2016:41)

Igualmente, Roberts (2007) señala casos de ideas eugenistas que, a fines de los 80s en USA, asociaban la fertilidad de las mujeres negras con la pobreza de las comunidades y, entonces se les obligaba a utilizar implantes subdérmicos o esterilizarse como condicionamiento para recibir ayudas sociales.

Por ello, y siguiendo a Roberts, cuando señala que “la libertad reproductiva es un tema de justicia social, no de elección individual” (Roberts, 2007: 485). Es interesante la denuncia de Anabel porque invita a pensar en la delgada frontera entre la libertad reproductiva entendida desde el pensamiento liberal como un fenómeno de la dimensión de la elección individual y los intereses racistas/clasistas en el control de las mujeres, así como las implicaciones sobre los grupos subalternizados.

Sirve esta reflexión para ejemplificar cómo la medicina hegemónica cumple funciones al servicio del estado de las cosas o de los intereses del poder, en este caso intereses eugenistas, que tantas veces han sostenido las ideas de “progreso” y “civilización”. Granda escribiría: “Con la *Enfermología Pública*, los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida no pueden jugar ningún papel la cultura local ni las

diversidades humanas históricamente constituidas, las que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral. Por otro lado, las prácticas necesarias para la prevención deben ser diseñadas y ejecutadas por el Estado, el que en su labor igualmente civilizadora ayudará a superar las prácticas y poderes locales necesariamente irracionales; (Granda, 2004)

Estas prácticas diseñadas y ejecutadas por el Estado desde la pretendida neutralidad científica que no es tal, más bien responde a la mirada de los sujetos en situación de privilegio, Talía y Marisol nos recuerdan:

El aborto también es un fenómeno de raza y de clase, con esto no queremos decir que las mujeres blancas y ricas no aborten, sino que lo hacen en condiciones más seguras, secretas y de rápido acceso. A diferencia de las mujeres pobres y/o indígenas que se mueren o están expuestas a secuelas físicas, por no tener información segura sobre cómo abortar efectivamente (Talía y Marisol, 2018)

La medicina hegemónica tiene un lugar en la estructura social y, a su vez en el disciplinamiento de esos cuerpos.

Entonces la medicina occidental funciona como un engranaje más del sistema, es una medicina claramente heterosexual y pensada desde los hombres. De hecho el discurso que tienen sobre las mujeres, como siempre ocurre en las cosas que están pensadas desde los hombres, hablan mucho de la mujer, todas las cosas que están pensadas desde los hombres tienen muchas, muchas cosas que decir respecto de la mujer, ojalá no dijeran nada, pero el problema es que dicen mucho; de hecho tienen una especialidad en la medicina que se dedica sólo al aparato reproductor de la mujeres, no así de los hombres, no porque los hombres no les interesen, por supuesto, sino porque les interesa tener control sobre nuestros cuerpos, particularmente sobre nuestra capacidad de reproducción, pero también sobre nuestro placer. Todos los discursos médicos omiten el placer las mujeres o lo patologizan y le dan muy poco o nulo espacio a las mujeres,

como sujetas que viven, sienten, piensan y hablan. Siempre se trata de hombres hablando de mujeres, sin esas mujeres (Viviana, 2017).

Anabel se comenzó a preguntar sobre la dimensión estructural de las posibilidades concretas de elección sobre el cuerpo:

...Me comencé a cuestionar acerca de la forma en que la estructura no solamente tiene, digamos, control sobre leyes, pero también sobre cuerpos... lo que nos pasa en nuestros cuerpos no es algo completamente separado de lo que pasa en el gobierno, de lo que pasa sistémicamente, todo está junto (Anabel, 2018).

También, como Anabel, Viviana ubica la dimensión estructural del patriarcado y la heterosexualidad sobre los cuerpos:

... pensar el patriarcado como estructura y que eso afecta los cuerpos de las mujeres y de todo lo que no sea hombre-blanco-heterosexual, porque claro, en ese cuerpo femenino entran también otros cuerpos, no de los hombres feministas por supuesto (sarcasmo), otros cuerpos. Y pensando en esta manera como el patriarcado a una la golpea (Viviana, 2017).

De estas reflexiones surgen los planteamientos que llevan a la actuación con las mujeres, en la ginecología, en el aborto, en la decolonización de los saberes, en la psicoterapia, como se mostrará en las líneas siguientes.

5.3 ACTUANCIAS

Anabel dice:

¡Da rabia, que realmente estas personas son las que supuestamente saben más de nuestro cuerpo que de nosotras mismas! ...literalmente no saben nada, entonces para mí, también lo que he estado haciendo últimamente, es comenzar a ver de qué forma también la educación sobre

nuestros cuerpos también como que crea fisuras y molestias al sistema. Para mí, ese es el enfoque que le doy a los talleres que hago y generalmente como que termino siempre riéndome después de hacer talleres, me gusta imaginarme como que cada vez que se hace un taller, cada vez que alguien muestra su vulva abiertamente a un grupo de mujeres que está ahí, con su vulva, cierto, como tratando de entenderse más, se crea una fisura en el sistema. (Anabel, 2018).

Viviana está consciente de la dimensión concreta de los esfuerzos en estos ejercicios de resistencia, pero también de la dimensión simbólica posible de los cuestionamientos que siembran estos esfuerzos:

La influencia que una pueda tener en esta maquinaria gigantesca, es mínima, en ese sentido la intención de las que nos cuestionamos estas cosas es más bien provocar, y generar reflexión, entre mujeres y para mujeres. El horizonte no está en generar cambios desde el Estado porque sabemos que de ahí nunca va a venir una respuesta antipatriarcal ni tampoco en educar mejor a los médicos, porque entendemos que la respuesta no está allí sino en despertar esa rebeldía en las mujeres, por eso la interlocución siempre con mujeres (Viviana,2017).

Las palabras de Viviana recuerdan las consignas de las colectivas lésbicas: “Para nosotras y entre nosotras”. “No es por inclusión, es nuestra revolución” y ella continua:

Me gustan esos activismos que están permanentemente provocando, que no andan con el petitorio gigante de las leyes que quieren lograr, sino que la apuesta va más por el lado de ir confiando en cómo esa pregunta, esa provocación, interrumpe la realidad heteronormada que viven las mujeres y en las maneras en ellas van a r resolviendo y haciendo a su vez sus propias rebeldías, preguntas y provocaciones (Viviana, 2017).

5.3.1 El aborto como lugar de incidencia desheterossexualizante

De acuerdo con Casallas: “De la mano del materialismo dialéctico, la categoría determinación ha logrado dimensionar procesos más profundos y relacionales para generar explicaciones de orden estructural e histórico, que alimentan el conocimiento e interpretación de los dominios general, particular y singular de los modos de vida de los sujetos para explicar el objeto de la salud” (Casallas, 2017: 401), lo que hacen las protagonistas de este diálogo, es generar la explicación historia y estructural de la heterosexualidad como régimen político y colocarlo en las prácticas de salud que desafían la hegemonía:

Plantea Viviana:

Nosotras intentamos poner siempre en cuestión la práctica heterosexual, porque sabemos que muchas de las mujeres que llegan a una situación de aborto no están tan acompañadas como ellas quisieran por el hombre vinculado en esa situación y es un momento bien difícil, sobre todo cuando una aborta en las condiciones en las que se tiene que abortar en Chile, con toda una maquinaria simbólica y propagandística de que “si una aborta se muere”, de que “hay un castigo social muy grande”, entonces se hace muy secretamente, yo muchas veces he acompañado mujeres que no tienen ni siquiera un lugar para realizar su aborto, porque para las mujeres en este territorio la privacidad es un privilegio; muchas no tienen un minuto a solas, están al cuidado siempre de otros o vigiladas por otros (Viviana, 2017)..

Al respecto, no puedo dejar de anotar que, justamente, esa falta de privacidad, de tiempo, ese cuidado y vigilancia por los otros y desde los otros es la heterosexualidad obligatoria, una categoría en un constructo teórico, sí, pero que se puede observar operando en la vida concreta de las mujeres, haciéndose carne en la cotidianidad de las mujeres con ese no lograr un minuto a solas un minuto para sí, la heterosexualidad obligatoria enajenando a las mujeres. Es decir, volviéndolas ajenas a sí mismas.

Aquí es pertinente incluir la reflexión de Fresia:

Luego de que llevamos, 'uta, del 90 esperando que alguien tramite la ley de aborto terapéutico, no vamos a estar esperando que se legalice para abortar. Sabemos que en este rato hay una abortando, y ayer seguro abortaron un montón, y las mujeres que abortan en este contexto, la forma de hacerlo es con mujeres, si bien, no buscamos que las mujeres se generen una culpa, que si cuestionen sus prácticas sexuales, que si las cuestione, o sea que se cuestione el coito... (Fresia, 2017).

La penetración del pene en la vagina es el acto central de la vida sexual en la heterosexualidad. Es el acto en donde se encarnan todos los mandatos inculcados pacientemente en la construcción de la heterosexualidad. La vagina como la "vaina" que ha de servir de estuche al pene y Fresia, en tanto, explica que el coito es el problema:

El coito es el problema, los problemas no son los hombres, las mujeres, no es el sexo, no es el pene ni la vagina, realmente es el coito y es la dictadura del coito, porque ni siquiera creo que sea así como tal, sino la dictadura que se ha apropiado de la sexualidad y que está alimentada de la industria pornográfica, por la televisión, los medios, por los cuerpos que salen en la tele, por los chistes, por todos lados. Es como el problema, tal y como está pensado el ejercicio de hoy en día por todas las mujeres, que no exista otra posibilidad o que las otras posibilidades no sean satisfactorias para los hombres es súper nefasto para el placer de las mujeres, y además para terminar en situaciones como abortos clandestinos que si bien tratamos que sea un hecho normal, en la mayoría de los casos puede que no sea del todo agradable, ya que hay que juntar plata que no se tiene, perder tiempo que no se tiene y porque además es un riesgo en un país en donde es ilegal (Fresia, 2017).

Cuestionar el coito, en un tiempo y un espacio logrados fuera del tiempo y los espacios cotidianos en donde se encarna la heterosexualidad obligatoria, es comenzar a desheterossexualizar el aborto, hacerlo un acto político de mujeres en complicidad con otras mujeres.

Hoy día desde los acompañamientos in situ tenemos la experiencia para decir que esas horas entre 8 y 12 por lo general, que dura un aborto es un espacio y tiempo que estamos en conjunto y por lo tanto más allá del proceso biológico y farmacéutico se genera un espacio de conversación y reflexión entre la acompañante de la Red, la acompañante de la mujer en situación de aborto y la misma mujer donde se profundizan todas estas ideas desheterosexualizantes (Fresia, 2017).

5.3.2 Actuancia en recolección y difusión de saberes anti coloniales

Comencé recolectando información, fanzines, sobre lo que era como ginecología natural, y también acerca de eso, y siempre como tomando el enfoque de la razón por la cual estoy haciendo esto, que es como aprender un poquito más sobre de cómo cuidarme a mí misma, cómo cuidarme mi propio cuerpo, y yo creo que últimamente la razón por la cual yo me metí en la ginecología, en acompañamiento de aborto, acompañamiento de parto, acompañamiento de postparto, todo eso, es porque también creo que hay una responsabilidad o yo siento una responsabilidad en lo que tiene que ver con la recopilación de información, siento que en algún momento fue extraída de nosotras, que fue como que la iglesia católica, los conquistadores, que lo que hicieron como sacar completamente de nuestras historias y para mí eso ha sido como lo, como mi viaje fue un poquito más cerca de todo lo académico, después cómo llevarlo a la práctica (Anabel, 2018).

5.3.3 Actuancia en la psicoterapia

La psicoterapia feminista es una propuesta política de sanación incipiente, que no cuenta con una raigambre teórica per se, sino que más

bien está siendo nutrida de manera ecléctica por las distintas vertientes de la psicología (psicoanálisis, Gestalt, de la liberación, social, etc.), pero desde una óptica feminista y antipatriarcal que nos permite acompañar procesos de sanación de las mujeres, en tanto, mujeres. Como sujetas políticas con cuerpo y una historia distinta, más allá de lo que se nos impone en esta cultura androcéntrica centrada en los hombres y en lo masculino (Marisol, 2018).

Salirse de la psicoterapia desde la masculinidad, re-traer a las mujeres a su propio cuerpo y a su propia historia. Centrarla en ellas, des-androcentrar la psicoterapia, es decir, Marisol no está negando al psicoterapia en su lugar hegemónico de conocimiento, pero apuesta por crear contrahegemonía para que sirva de otra manera a las sujetas de las que se ocupa.

Para pensar una propuesta incipiente, es importante conectarse con la creatividad, repensar nuestras formas de relacionarnos con el mundo y con las personas que lo habitan. Siguiendo aquella premisa, como mujeres, como terapeutas y activistas políticas ligadas al feminismo, es nuestro menester pensar y diseñar una ética que nos permita ir armando puentes de sanación con las otras. Que nuestro trabajo como psicoterapeutas, no siga las lógicas propuestas en las mallas curriculares de las universidades que forman psicólogas, ni siga dialogando con la cultura patriarcal bajo sus términos. En ese sentido, las pensadoras lesbianas feministas, como Luce Irigaray, Audre Lorde, Margarita Pisano, las Mujeres de la Librería de Milán, Zicri Orellana, Adrienne Rich, entre otras, nos han dado pistas para ir configurando una ética feminista que nos permita relacionarnos fuera de esta cultura misógina, facilista y patriarcal (Marisol, 2018).

Hay numerosas pistas para seguir, y explorar una psicoterapia planteada desde la desobediencia:

Las italianas del feminismo de la diferencia de la Librería de Mujeres de Milán, nos hablaron del affidamento, esta palabra contiene la fe, la fidelidad, fiarse, confiarse entre mujeres. Esta colectiva nos hace la

invitación abierta a reflexionar sobre nuestras relaciones con las otras mujeres, con qué parámetros hemos entablado relaciones de amor, de amistad y de sanación entre mujeres, considerando que desde niñas nos han enseñado la misoginia como principio perverso de existencia. Las interrogantes son muchas, pienso que desde ahí es desde donde podemos empezar a construir camino, un método y una carta navegación por nuestros cuerpos y subjetividades (Marisol, 2018).

5.4 Prácticas desheterossexualizantes

En este momento, de inicio de discusión y de propuestas y de primeros ejercicios, ya se pueden identificar algunos elementos que pueden ir configurando un modelo contrahegemónico desde prácticas en salud que responden a las necesidades y alcance teóricos de la sujeta colectiva desde y hacia quien se está construyendo la reflexión contrahegemónica: identifico la recuperación en autonomía del propio el cuerpo y el cuerpo propuesto como herramienta pedagógica; la creación de los espacio/tiempo que resulten seguros de mujeres y que, desde luego, no son los espacios de la clínica médica; reconocimiento de los saberes sobre el propio cuerpo; estar expresadas invitar a la desheterossexualización-desheterossexualizar las charlas y acompañamientos; cuestionamiento a la maternidad obligatoria, cuestionamientos al coito como la única forma de sexualidad; el humor; el amor entre mujeres como continuum lésbico; renombrar el cuerpo para descolonizar. Aquí lo expresado:

5.4.1 La recuperación del propio cuerpo

El cuerpo territorio, ciertamente está colonizado, por lo que una tarea ineludible en la estrategia desheterossexualizante, es recuperarlo para sí mismas, territorio que se levanta:

Como dijo Margarita Pisano, el cuerpo es el único instrumento con el cual tocamos la vida, que nos permite sabernos vivas y resistentes a tanta violencia, pero también es nuestro territorio donde desplegamos la rebeldía y nos sanamos amorosamente con otras. Nos reapropiamos de nuestro cuerpo, revisamos nuestra memoria histórica corporal que en la mayoría de los casos es compartida con las otras, de ahí el fundamento del feminismo como movimiento de rebeldía, que nos ha permitido conectarnos en una experiencia común entre mujeres. Las que nacemos y habitamos en este cuerpo sabemos lo que significa ser mujer, más allá de las diferencias ideológicas y de las distancias geográficas, eso sólo lo hemos podido saber por tener este cuerpo, no lo aprendemos en los libros o formato de teoría, lo sentimos en cada paso, en cada dolor de cabeza, en cada sensación de frío (Talía y Marisol, 2018).

Anabel:

Yo creo que en la forma en que crecemos, no nos enseñan mucho de qué va la sexualidad. Nuestros cuerpos, como que una es de la familia, una no es de una misma, todo es del papá, de la mamá. Por otro lado, para mí, el cuerpo se convierte en una herramienta, la forma en que yo voy a poder, digamos, aprender un poquito más de cómo llevar todo este conocimiento a la práctica, es a través de recuperando el cuerpo, y sobre todo lo que tenía que ver con mi sexualidad, y lo que tenía que ver con todos mis sistemas, sensual, sexual y orgásmico (Anabel, 2018).

También, Anabel recuerda cómo el cuerpo sexualizado, es un cuerpo condicionado a la sexualidad patriarcal. Señalo, al placer concebido desde la heterosexualidad:

Nuestros cuerpos han sido súper sexualizados. Sólo se conectan con la sexualidad patriarcal, me entiendes. No quiere decir que la sexualidad sea mala, yo creo que el placer es súper importante, pero también como el que, el comenzar a desexualizar partes de nuestros cuerpos que no son

solamente, no están solamente ahí para dar placer al otro, sino también están ahí para incluso tocarnos a nosotras mismas. Entonces, cuando comencé a hacer esos talleres de la autoobservación del cérvix me pareció muy lindo porque fue ahí comencé a ver mi propia cuerpa no sólo sexual, sí como una herramienta de educación (Anabel, 2018).

Marisol y Talía apuntan sobre ese territorio que se rescata:

Valorar la intuición, como el “darse cuenta del cuerpo que habitamos” (Evocan a Pisano), de los conocimientos y prácticas de nuestras ancestras y de las complicidades políticas entre mujeres (Talía y Marisol, 2018).

Otra forma de recuperar el cuerpo territorio sería el habitarlo, habitarlo en compañía, cuerpo/cuerpa reapropiada y compartida:

Los talleres que he estado haciendo en Latinoamérica más que nada y en Texas que han sido han sido como lo que es la anatomía feminista y lo que es el la autoexploración de la cérvix, de la vulva, y no sé, a mí me pareció muy interesante porque la primera vez que di esos talleres fue en Perú, fue en la casa donde yo crecí, que hice los talleres, en los cuales literalmente me bajé los pantalones, me metí un espéculo y les mostraba a las chicas mi cérvix (Anabel, 2018).

Una territoria recuperada es viento libertario para otras, pedagogía del ejemplo, explica Anabel:

Ya mi cuerpo, como territorio de lucha, mi cuerpo como la recuperación, mi cuerpo como recuperando territorio, ¿no?, pero también mi cuerpo como una ventana para poder enseñar o para poder como mostrar, cierto, cómo realmente un cérvix, cómo realmente una vulva se ve. Entonces, creo que también esa forma en que se puede en que el cuerpo como que también puede mutarse y tomar diferentes usos, me parece muy interesante, y en esos talleres, la gente se ve el cérvix de cada una, obviamente que nadie está obligada a mostrar el cérvix, con las personas que quieras, pero generalmente todas las chicas terminamos viendo el cérvix de todas. (Anabel, 2018).

La misma Anabel, expone que los territorios que se liberan disputan su nombre porque nombre es designio político, entre el bautismo del colonizador y la autodenominación, siempre hay una disputa, ella da cuenta de ésta:

Como que toda esta parte como siento no sé, “la conchita”, “la vatrix”, la, no sé, todos esos nombres que a mí me gusta ocupar de hecho, me gusta mucho jugar porque es una forma como de comenzar a reclamar nuestro cuerpo como territorio, a comenzar a autodenominar cómo se llaman ciertas partes de nuestras cuerpas, más allá de lo que el sistema, este sistema médico nos ha dicho que las diferentes partes de nuestro cuerpo (Anabel, 2018).

Coincide, Klau Kinki quien es una activista de origen peruano que desde 2013 trabaja en Calafou desde el llamado PechblendaLAB, un laboratorio consciente de que tanto en la ciencia como en la tecnología urge la despatriarcalización. Ella investigó sobre los inicios de la ginecología y al conocer la historia de Sims, el llamado padre de la ginecología y de su seguidor Skene, y sus experimentos de la fístula vesico-vaginal en negras esclavizadas en las plantaciones de algodón en Alabama alrededor de 1840, Anarcha, Lucy y Betsy y muchas otras. De ahí nace la propuesta de renombrar las glándulas eyaculantes femeninas como Glándula de Anarcha, y las glándulas lubricantes como Lucy y Betsey. La propuesta de Klau Kinki es invocar la memoria femenina y no la de quienes experimentaron sobre sus cuerpos. (Treibel, 2017).

Espacios de reconocimiento de los saberes de y entre mujeres sobre sus propios cuerpos y en reconocimiento de los propios saberes sobre el propio cuerpo:

Facilitamos espacios seguros para mujeres, le ponemos palabras a nuestros sentires y dolores, que compartimos con otras. Ponemos atención en nuestro cuerpo de forma constante, lo analizamos de forma integral considerando que nuestras experiencias y emociones no pasan desapercibidas por nuestro cuerpo, sino que lo atraviesan (Talía y Marisol, 2018).

No tratamos de describirle los síntomas, así como “te va a pasar esto” sino cómo “cada mujer sabe” “tu menstruación, pero más fuerte” para que

*la mujer sepa que ella es la que tiene el conocimiento, no viene de afuera, como “yo te ayudo”, y te ayudo no desde la medicina, sino sobre todo te ayudo desde mi experiencia como mujer. Por eso; al menos yo, tengo un montón de problemas con los acompañamientos hechos por hombres, todos los problemas, porque además me ha pasado que los hombres entregan información; por ejemplo, su percepción respecto al dolor que una puede sentir obviamente está mediada por su mirada de hombre, hombre “feminista” en este caso, hombre que se autoincluye en ese “todas abortamos” , nombrándose en femenino, incluso, como si es bastara para resolver la historia de sus cuerpos que es diametralmente opuesta a la que vivimos nosotras. Nosotras promovemos el aborto como una decisión, en ese sentido tiene un poder “emancipatorio” y es un desacato y una oportunidad para cuestionar sobre todo la heterosexualidad, pero duele, y hablemos del dolor, no te voy a negar que duele porque sabemos cómo se siente, nosotras lo sabemos, quizás en algún momento esos movimientos del útero pueden ser placenteros pero esa experiencia la secuestraron en la mayoría de nosotras y no vamos a resolver milenios de colonización en ese momento, con ese aborto diciendo “no pero siente, el movimiento del útero es un orgasmo” o sea no, (*Se refiere a un movimiento de ginecología natural que promueve el orgasmo uterino, incluso en el parto). La mayoría de nosotras estamos colonizadas hasta el punto que ya no podemos sentir esa experiencia de un día para otro, pero sí podemos hablar del dolor y de cómo lo siente cada una, porque que exista dolor no lo hace una experiencia traumática en sí, entonces podemos hablar del dolor, de la sangre, de lo que vamos a sentir y eso nos ayuda a tener menos miedo. Al menos mi experiencia cuando hombres han acompañado es que ellos tienden a minimizar mucho el dolor de las mujeres, cuando son hombres autodenominados feministas, o a querer ir al hospital por cualquier cosa, cuando son hombres “comunes”, pues para ellos el hospital es un sitio seguro y se sienten mejor dejando a “su” mujer a “cargo” de otro hombre (Viviana,2017).*

5.4.2 Hacia las otras, con las otras y espacios de mujeres

¿Qué implica crear espacios de salud no para mujeres, si no entre mujeres?

Primero, encuentro que implica un intercambio de papeles respecto a la medicina hegemónica, se rompe la línea entre quien “sana” y quien es “sanada”, “sanamos”, dicen Talía y Marisol:.

Abrimos nuestros espacios, colectivizamos nuestros espacios privados, porque pienso que es una necesidad sanarnos entre nosotras de forma conjunta. Placer/salud de las mujeres/sexualidad... (Talía y Marisol, 2018).

Estos espacios para Talía y Marisol representan autonomía:

Como feministas creemos que nuestros cuerpos de mujeres no pueden seguir, en las manos ni en las decisiones de los hombres, y en un mundo creado por y para ellos, la única alternativa que tenemos es la autonomía... (sobre los espacios entre mujeres) ...este ejercicio nos permite hacer alianzas y redes entre mujeres, donde se pueden compartir los saberes, en torno a la salud, donde se ponga en jaque a esta cultura misógina y aburrida. No confiamos en que a este sistema macabro se le pueda dinamitar desde dentro, sino que, todo lo contrario, hay que salirse del patriarcado, dejar de confiar en sus estructuras y lógicas, dejar de replicar sus símbolos e ideologías (Talía y Marisol, 2018).

También Anabel menciona la importancia de los espacios entre mujeres como espacios seguros, es decir, de otra forma de confianza entre quienes comparten cuerpos similares y experiencias parecidas respecto a la vivencia de esos cuerpos:

La gente se da cuenta que realmente es posible crear espacios entre mujeres en los cuales hay seguridad, como que espacios seguros para poderse incluso mostrar lugares que nos han enseñado desde chiquitas, que no se muestran y que nada más tú y el ginecólogo, pueden conocer,

más el ginecólogo que tú, porque el sistema en sí quiere así, no quiere que estemos ahí 100% presente en nuestro cuerpo. Entonces para mí es como reclamar los territorios, reclamar el cuerpo, como el volverlo nuestra cuerpo es como una forma también de comenzar a molestar como comenzar a reclamar todas estas cosas robadas, y como comenzar a llamar territorios (Anabel, 2018).

5.4. 3 Expresadas

Decir lo que se piensa, aun cuando resulte incómodo, negarse al silencio, hablar como acto político de quienes han estado silenciadas o condenadas históricamente a sólo decir cosas agradables e invitar al analizar desde la politización de lo que ocurre, expresarse, decirse a sí misma como reivindicación política y politizante. En este caso, cuestionar el régimen heterosexual de forma verbal y directa, como otra de las propuestas desheterossexualizantes de la medicina y de la cotidianidad:

Realizamos una invitación expresada y política a las mujeres, a que abandonen la heterosexualidad como régimen político y amorio que sólo nos ha traído desgracias a nuestras existencias. Por lo mismo, nos posicionamos desde el lesbianismo como una propuesta creativa y amorosa entre mujeres. (Talía y Marisol, 2018).

Es importante desheterossexualizar estas charlas porque, por ejemplo, las mayorías de las veces que hago talleres, muchas de las mujeres que vienen son heterosexuales, porque, lamentablemente, creo que la ginecología natural se ve como algo muy hetero. Yo creo que al momento de hablar acerca de la posibilidad de otras clases de sexo, la posibilidad de otras clases de genitalidad interacción, otras clases de expresión de género, como que la gente también comienza a abrirse un poquito más a la idea de la posibilidad, a lo que muchas veces es algo que no se da, muchas veces lo que es la heterosexualidad forzada, es lo que es, incluso en género forzado para algunas personas, lo que es, eh, no sé,

la maternidad forzada, tantas cosas que ya están forzadas que nos dicen qué hacer desde el momento de nacer básicamente qué es lo que tenemos que hacer, cuáles son nuestros roles de género, de qué forma tenemos que tener sexo, etcétera, etcétera, etcétera. (Anabel, 2018).

Cuestionar la heterosexualidad obligatoria, invitar a las mujeres a dejarla, pero, además, plantear la propuesta de educar fuera de ella, de pensar en el placer y pensar en la confianza y en las situaciones en donde la heterosexualidad obligatoria pone en situaciones de riesgo a las mujeres, estar expresadas también ahí, aun cuando incomode:

También creo que es importante desheterosexualizar lo que es la educación sexual, autónoma, creo que es importante porque como que muchas veces siempre el enfoque es la creación de más seres humanos, Pero casi nunca es el placer o el poder que nuestras conexiones con otras personas o nuestras conexiones a nosotras mismas, pueden tener para destruir al sistema, me entiendes, porque esa es la forma en que yo lo veo, yo muchas veces (Anabel, 2018).

Nosotras intentamos siempre poner la cuestión sobre la práctica heterosexual, ...y ahí es donde una puede entrar con ciertas preguntas: ¿En quién puedes confiar , ¿por qué tu círculo primario que es de hombres parece no ser confiable?, ¿por qué al final terminas confiando en otras mujeres? Y aprovechar ese momento también para instalar preguntas en esa mujer, para que ojalá esa experiencia de aborto le sirva para hacerse esas preguntas y responderlas y ojalá le sirvan a alguien, más bien (Viviana, 2017).

5.4.4 El cuestionamiento a la maternidad obligatoria

Breihl escribía que la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses

sociales encontrados. En esa medida, la disciplina comparte con todas las demás, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es "... una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad", y en este caso, dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas (Breihl, 2013:5). Siguiendo esa idea, cuando la atención que deviene del modelo hegemónico perpetúa los mandatos sociales sobre las mujeres, como la maternidad obligatoria, no es otra cosa que el ejercicio de la exigencia, la explotación del ejercicio de la capacidad paridora de los cuerpos de las mujeres, es una expresión de relaciones de poder que ponen a las mujeres en situaciones de inequidad.

Por lo anterior, negarse a la maternidad obligatoria, implica resignificar el término mujer y poner el cuerpo como lugar de resistencia, lo cual no es poca cosa, pues de acuerdo con Pisano, la historia de la especie humana está marcada sobre los cuerpos–mujeres y los cuerpos–hombres, que son reducidos a su función reproductiva. La negación de la sexualidad, así como su reducción a lo reproductivo es fundamental para hacer del cuerpo un objeto dominable: "Sobre estos cuerpos sexuados se construye todo un sistema de significados, valores, símbolos, usos y costumbres que normalizan tanto a nuestros cuerpos como a la sexualidad, delimitándolos exclusivamente al modelo de la heterosexualidad reproductiva" (Pisano, 2006).

Las lesbianas nos escabullimos de la maternidad obligatoria al no vincularnos sexo afectivamente con hombres, lo que nos vuelve cuerpos de poco acceso por parte del patriarcado y del capital, dice Marisol y continua:

Al no consumir sus contraceptivos tóxicos, al no exponernos a infecciones de transmisión sexual por parte de hombres (que son los principales responsables de su propagación) y al poner nuestra energía no sólo en la maternidad (teniendo en cuenta a las compañeras que se cuestionan la maternidad como rol único y alienante, proponiendo

maternidades distintas), sino que apostando por crear nuevas posibilidades de existencia de las mujeres (Marisol 2018).

Soy lesbiana. Como madre, propongo una maternidad distinta, donde la saco del centro de mi vida. No considero a mi hija ni como una propiedad ni como extensión de mí. Siento que es una responsabilidad concreta en cuanto a cómo nos relacionamos y a cómo nos comunicamos (Talía, 2018).

El hecho de abortar como una experiencia lésbica también, en el sentido de que una mujer decide hacer algo que no, que no es lo que el sistema le exige, en este caso “no ser madre” como una lesbiana decide no relacionarse sexo-afectivamente con un hombre porque el sistema nos quiere heterosexuales y madres, y para mí la rebeldía lésbica implica como rebelarse ante esos mandatos sobre la mujer, entonces entiendo que cuando una mujer aborta desde esa perspectiva como: “Me quiero”, sin culpa, que es como lo que promueve también la “Línea aborto” está haciendo un acto lésbico en el sentido de que se está revelando contra lo que se impone sobre ella (Viviana).

El aborto como estrategia de salud y vida para las mujeres, es una forma concreta de rehusarse a uno de los destinos más recalcitrantes en esta cultura: el de la maternidad (Marisol y Talía).

Rich situaba la lucha por la autonomía del propio cuerpo como un objetivo político. “La maternidad como institución, cuyo objetivo es asegurar que el potencial reproductivo, permanezca bajo el control masculino. Esta institución ha sido la clave de muchos y diferentes sistemas sociales y políticos. Ha impedido a la mitad de la especie humana tomar las decisiones que afectan a sus vidas; exime a los hombres de la paternidad en un sentido auténtico, crea el peligroso cisma entre la vida privada y la pública. En la contradicción más fundamental y asombrosa, por causa de esta institución las mujeres nos hemos privado de nuestros cuerpos y quedamos encarceladas en ellos” (Rich, 1985).

No es lo que el sistema le exige, en este caso “no ser madre” como una lesbiana decide no relacionarse sexo-afectivamente con un hombre

porque el sistema nos quiere heterosexuales y madres, y, para mí, la rebeldía lésbica implica como rebelarse ante esos mandatos sobre la mujer, entonces entiendo que cuando una mujer aborta desde esa perspectiva como: “Me quiero”, sin culpa, que es como lo que promueve también la “Línea aborto” está haciendo un acto lésbico en el sentido de que se está revelando contra lo que se impone sobre ella (Viviana).

5.5 El aborto desheterossexualizado

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

Se lee a esos *objetos* a través de unos lentes de instrumentalidad. No se consideran sus ideas, mecanismos ni diario vivir: “Ante un objeto que existe como un producto de las *causas del ayer*, no es necesario comprender la acción social (que se da en el aquí y ahora) y además es lícito que el Estado intervenga desde fuera con la tecnología científica para lograr la salud por descuento de enfermedad” (Granda, 2004: 15).

Este sujeto-objeto producido socialmente y de apariencia única es el que se considera natural desde el sentido común, “la acción social, la realidad social que oculta la realidad política”, escribiría Wittig (2006). El objeto producido, en este caso es el que determina esta relacionalidad entre sexos y la consideración instrumentada por consecuencia de los cuerpos de las mujeres y sus procesos de salud–enfermedad. Lo que se hace con desheterossexualizar el aborto es darle la vuelta a la idea de obligatoria relacionalidad de los sexos, del obligatorio ejercicio de la capacidad paridora y por lo tanto de los embarazos no deseados. Para Fresia, hay necesidades urgentes por las que desheterocentrar el aborto, pero, sobre todo profundizar la reflexión:

Lo que hay que pensar no es en aborto, sino por qué están teniendo embarazos no deseados... Hay que salirse, eso, el cuestionamiento es sobre esa dictadura que hace tener embarazos no deseados, cuando es algo totalmente evitable... Pensar la sexualidad coital obligatoriamente... si una no se embaraza porque va al cine con el pololo, o porque fuiste a una fiesta y bailaste o porque...porque se acarician, no se embaraza por eso... No, ese es el tema, que es penetrativo, que es... y que, además, que tiene que ver con que siempre son responsabilizadas, nos hemos responsabilizado las mujeres de la prevención del embarazo, siendo que tenemos 3 días al mes que podemos quedar embarazadas, y ellos todos los días pueden embarazar, o sea todos los días pueden fecundar un óvulo y no les importa, no les importa y entonces, como no les importa, total ahora nosotras les estamos haciendo toda la pega, porque ya luchamos por los anticonceptivos, porque ya luchamos porque encima teníamos que (...) luchamos para que pudiéramos nosotras salir a trabajar y llegar a cocinarles y a criarles a los hijos –y seguir acostándonos- y acostarnos con él cansadas y al otro día volver a venir a trabajar y máxima ahora estamos luchando nosotras para seguir solucionándoles el problema a ellos?, estamos mal... (Fresia, 2018).

Darle la vuelta, es cambiar las nociones predominantes, señalan en seis puntos Marisol y Talía:

- Politización del aborto como práctica de sabotaje al sistema heteropatriarcal y como herramienta de autonomía para las mujeres.

- El aborto feminista plantea una reflexión política a la base de las violencias, opresiones y exterminio del sistema heterosexual y de las instituciones que lo sustentan.

- Posiciona lo lésbico como práctica de alteridad y sabotaje (al igual que el aborto) al sistema y al patriarcado, como una forma de, para, por y con las mujeres.

- Se basa en la actuancia política de las mujeres, no como una práctica asistencial o reciclaje de condiciones de falsa “igualdad” para las mujeres, sino como una alternativa a la reproducción y la maternidad obligatoria, que continúa anclada en los deseos y servidumbre de los hombres.

- Un aborto feminista es un aborto seguro y autónomo, entre mujeres, desde el conocimiento profundo de nuestros deseos, cuerpos y conocimientos ancestrales, los que el patriarcado a través del régimen heterosexual ha intentado exterminar singularmente.

- Así, se favorecen las redes de amor entre mujeres, habilitándolas con conocimientos que les posibiliten gestar sus abortos y acompañar experiencias con otras mujeres.

- El aborto como un espacio de concientización de los daños, violencias y opresiones del sistema heteropatriarcal hacia las mujeres y el cuestionamiento de la heterosexualidad como forma amorosa impuesta hacia nosotras. (Talía y Marisol, 2017)

Tratamos de no abordar el tema sólo desde una perspectiva de salud, sino de una perspectiva feminista y de lo que pensamos y sentimos las lesbianas feministas, que si bien vamos a entregar información, también vamos a replicar, vamos a reflexionar en torno al ejercicio de la sexualidad, del régimen heterosexual, del embarazo no deseado, y siempre la invitación a las mujeres que nos contactan ya sea a través de la línea o por otros medios, por los atenciones presenciales, los talleres o la respuesta a través del mail, o etc., la invitación es a reflexionar, a cuestionarse y a no reproducir ninguna lógica heterosexualizante (Fresia, 2017).

Cuando realicé esta entrevista me preocupaba que esta práctica, la invitación a reflexionar a cuestionarse, pudiera resultar incómoda o invasiva para mujeres que estaban en una situación compleja debido a la necesidad de abortar. Después, pude comprender que se trata de un ejercicio integral que pasa de informar sobre cómo tomar de manera práctica autonomía sobre el cuerpo propio

a invitar a pensar esa autonomía no sólo como una práctica concreta, sino como una posibilidad de otros modos de vida y de relación con la salud y el propio cuerpo.

“Acá en este quehacer desheterocentrado, la información y acompañamiento en aborto lesbofeminista de ninguna forma promueve, por ejemplo, el uso de métodos anticonceptivos hormonales o de barrera para las mujeres, ya que son funcionales al sistema, nocivos para la salud, heterosexualizados, y focalizados en el placer del hombre que penetra. Ya han dicho las compañeras sobre la invitación literal al sexo lésbico” (Fresia, 2017).

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

Viviana parece retomar esta propuesta que intercepta la lectura del aborto con la rebeldía lesbiana:

Caben todas las mujeres que quieran entender esto del aborto y participar de esta estrategia, aborto autónomo, no policiaco, no criminalizador, pese, por lo menos yo no estoy de acuerdo, no sé si sea la palabra, no sé si sea la solución que las feministas le facilitemos cinco abortos a una heterosexual, yo creo que las feministas tenemos que apuntar a que esa heterosexual le deje de entregar su cuerpo tan gratuitamente al patriarcado, pero sin criminalizarla a ella, sin criminalizarla, sino invitarla a compartir, y que mejor que un espacio de lesbianas y mujeres para darse cuenta de eso (Viviana, 2017).

Es un compromiso político, y también pensar lo lésbico no desde el ejercicio sexual, sino desde el continuum lésbico que habla Adianne Rich, todas las mujeres crecemos amando a mujeres, cuidamos a mujeres cuando envejecen, cuando se enferman, hay una relación de amor entre las mujeres que es mucho más que el sexo, y yo creo que es porque somos mujeres. Qué cosa más amorosa que regresarle una libertad a tu compañera. (Fresia, 2017).

5.4.5 El humor

Lo lúdico que siempre es una buena estrategia porque te saca de lo conocido y predecible y te pone un poco en posibilidad de pensar de otros modos. La idea es correrse de las respuestas conocidas. Por ejemplo, cuando las mujeres preguntan sobre cuidados post aborto y cuándo retomar o inicia la anticoncepción, nosotras aprovechamos el momento para hablar de sexo lésbico y relacionarlo como 100% anticonceptivo, sin costo, con muchos beneficios en la piel, etc., todos hechos reales pero que entran desde un lugar lúdico para las mujeres porque somos chistosas y felices, ja. Me gustan esos activismos que están permanentemente provocando, que no andan con el petitorio gigante de las leyes que quieren lograr, sino que la apuesta va más por el lado de ir confiando en cómo esa pregunta, esa provocación, interrumpe la realidad heteronormada que viven las mujeres y en las maneras en ellas van a ir resolviendo y haciendo a su vez sus propias rebeldías, preguntas y provocaciones (Viviana, 2017).

En las exploraciones y autoexploraciones ginecológicas, en el acompañamiento en abortos, en la psicoterapia, en las consultas de yerbateras, interpelar a la heterosexualidad obligatoria es complejo, pues lo que es la *mente hetero*, de acuerdo con Wittig, (2006:3) no puede concebir una cultura, una sociedad donde la heterosexualidad no ordene no sólo todas las relaciones

humanas si no también la misma producción de conceptos e inclusive los procesos que escapan a la conciencia.

Wittig recuerda cómo en las últimas décadas se ha develado el carácter cultural de las concepciones de lo que, sin cuestionarlo, se había considerado como proveniente de la naturaleza. Sin embargo, señala que hay un núcleo que resiste estos cuestionamientos sobre lo que es y no *natural*, la relación obligatoria entre el "hombre" y la "mujer". Pareciera que ese núcleo es anterior a toda ciencia y por tanto incuestionable:

“No puedo si no subrayar aquí el carácter opresivo que reviste el pensamiento heterocentrado en su tendencia a universalizar inmediatamente su producción de conceptos, a formar leyes generales que valen para todas las sociedades, todas las épocas, todos los individuos” (Wittig, 2006).

La reflexión anterior podría hilvanarse con la que hace Menéndez respecto a cómo el Modelo médico hegemónico cumple una función normalizadora y legitimadora en nuestras sociedades (Menéndez, 2005:8). En este caso, es una práctica política que normaliza la heterosexualidad y legitima el Régimen heterosexual. Por ello, una estrategia no invasiva, pero que alude a la creación de otros imaginarios es el humor:

Desheterosexualizar es proponer de forma entretenida también, invitar a las mujeres a dialogar sobre la sexualidad, ahí tenemos unos slogans, por ejemplo “sexo lésbico, 100 por ciento anticonceptivo”, teníamos una “y duerme con tu amiga la próxima vez”, “Sin doctor ni policía, nuestro aborto es alegría”, así que, desheterosexualizar es también des-dramatizar, des-dramatizar un hecho que ha ocurrido siempre, es como embarazarse y no querer terminar con un hijo, y dejar de llamar hijo y madre a una situación que tiene que ver solamente con la formación de una célula, porque ahí también es la heterosexualización , ir a hacerse una ecografía y que el laboratorista te diga “mamita, felicidades”. Es súper heterosexualizante lo que pasa en las consultas de salud, yo creo que esas cosas son parte de la desheterosexualización (Fresia, 2017).

5.5 La Desmedicalización/descolonización

Sobre este apartado, es necesario anotar que la indagación iba en el sentido de la medicalización y las reflexiones que ellas emitieron pasaron rápidamente de la propuesta de desmedicalización a la descolonización o recuperación de saberles ancestrales, por ello, se presentan en forma extensa, para respetar el paso de una reflexión a la otra:

“Medicalizar” para Menéndez (1982:3) “Se refiere a las prácticas, ideologías y saberes no sólo manejados directamente por médicos, como es considerado restringidamente por varios autores, sino a los individuos y conjuntos que actúan dichas prácticas, ideologías y saberes”. La consecuencia de esas prácticas, ideologías y saberes medicalizantes, es que en el imaginario social se muestran sucesos vitales o procesos biológicos como fenómenos “curables” o tratables y la medicalización de la vida en nuestras sociedades está, generalmente, emparentada con la relación entre las medicinas hegemónicas y el capitalismo impío en búsqueda de las ganancias que esta medicalización de la vida cotidiana ofrece. Al respecto, comienzo por recordar que Breihl señala que a través de revisiones documentales, ha sido posible señalar los afanes de grandes empresas y el papel de una epidemiología bajo contrato, aplicada para fabricar la duda del público y de la justicia, sobre los impactos humanos y ambientales de producciones peligrosas, mediante manipulación estadística y otras formas de dilución de evidencias; maniobras para implantar la idea de “otros factores causales”; y operaciones técnicas para crear incertidumbre por supuestas fallas en diseño o de datos (Breihl, 2013:5). Por ello, es indispensable no perder de vista el eje económico que dicta la medicalización de las poblaciones, para abordar las líneas siguientes.

La vida y los cuerpos de las mujeres resultan particularmente presas apetecibles para la medicalización, de la menstruación, de la menopausia, del parto, de las formas, colores y texturas del cuerpo.

Mercedes Pérez-Fernández, por ejemplo, muestra al menos 50 casos de intervenciones sanitarias que considera innecesarias o más que discutibles en muchas

ocasiones. Entre ellas, analiza la vacuna contra el virus del papiloma, la terapia hormonal en la menopausia y algunos seguimientos preventivos de cáncer de mama y de útero.

La medicalización de los cuerpos y vidas de mujeres como sistema de control y como negocio es un frente de disputa importante para los feminismos, porque significa, la vida, la dignidad y la autonomía de las mujeres.

En 2010, las consultas de medicina hegemónica se realizaron 62,8 millones de estos exámenes pélvicos de rutina en las mujeres en todo Estados Unidos. En total, exámenes ginecológicos cuestan a los EE.UU. \$ 2,6 mil millones cada año. Sin embargo, un nuevo estudio publicado en la revista *Annals of Internal Medicine* reporta que no hay ninguna justificación médica establecida para el procedimiento anual. Después de casi 70 años de estudios del examen de la pelvis, llevada a cabo desde 1946 hasta 2014, los investigadores no encontraron evidencia de que conducen a una reducción en "la morbilidad o la mortalidad de cualquier condición" entre las mujeres. A la luz del estudio, el Colegio Americano de Médicos, una organización nacional de los internistas, ha elaborado un nuevo conjunto de directrices advirtiendo los médicos que los exámenes llevados a cabo en mujeres por lo demás asintomáticos pueden "pacientes sometidos a preocupaciones innecesarias y seguimiento" y puede "causa la ansiedad, el malestar, el dolor y la vergüenza, especialmente en las mujeres que tienen una historia de abuso sexual" (Hess, 2014).

Hace apenas dos años, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, admitió que "no hay evidencia apoya o refuta el examen pélvico anual... para el paciente de bajo riesgo asintomáticos." Sin embargo, Colegio mostró su apoyo al examen ya que el procedimiento que se inicia habitualmente a principios de la adolescencia de una mujer y lleva a cabo anualmente-puede ayudar a " establecer la relación médico-paciente "y ofrecer" una excelente oportunidad para aconsejar a los pacientes sobre el mantenimiento de un estilo de vida saludable y reducir al mínimo los riesgos de salud. Mientras que el examen pélvico anual podría no valer la pena en sí mismo, puede ser un dispositivo útil para llevar una mujer a su médico cada año

para obtener alguna información necesaria acerca de su salud reproductiva (Hess, 2014).

Al respecto, Talia y Marisol explican:

Como lesbianas y feministas, apostamos por la desmedicalización del aborto, para precisamente sacar ese acto milenario de rebeldía del contexto biomédico y retorne a las casas y a las comunidades de mujeres (Talia y Marisol, 2018).

Porque yo como lo entiendo, en realidad, el aborto desmedicalizado también, el que sea un aborto desmedicalizado lo haces también desheteroexualizado, porque el hecho de pasar por la institución médica para abortar heterosexualiza mucho la experiencia (Viviana, 2017).

Fresia da cuenta de una contradicción:

Estemos usando un fármaco, porque ahí hay otro cuestionamiento, estamos hablando de salir del monopolio del personal médico, pero también estamos usando un fármaco, estamos usando a la industria farmacológica, ahí todavía hay tensiones, nosotras sentimos que esto es un tránsito, o sea, hoy en día las mujeres en rigor el acceso es al medicamento, pese a que está limitado, que no se vende, porque es carísimo, porque está prohibido, hay acceso y con ese medicamento las mujeres se lo pueden hacer el aborto en casa, y está comprobado por científicos y también está comprobado por las mujeres, que es un dato más importante para nosotras.

Entonces, hoy día usar las pastillas, yo encuentro que es una forma de subvertir el orden farmacológico porque si es un invento que se hizo para otra cosa, y que las mujeres descubrieron su uso en Brasil, o sea, hay cosas como de las que tampoco, nadie habla. Es como que la OMS dijo que ese era el procedimiento, ya bien, si ellos lo dijeron, pero antes las mujeres lo usaron, porque le vieron sus contraindicaciones, y yo preguntando hay muy poco estudio que habla sobre eso, encontré un párrafo en una revista que me mandó una mujer de Uruguay, que es muy metida en estos temas y era, es, lo único que encontré. Un párrafo de una revista, que describe como las

mujeres en Brasil, en las favelas, leyeron las contraindicaciones y empezaron a experimentar, las mujeres leyendo contraindicaciones de este medicamento para ulcera gástrica decía “no usar en caso de embarazo”, entonces, fueron probando dosis en sus casas, en las cárceles, las presas, fueron probado y experimentándolo, hasta que alguien dijo: “Esto está funcionando, estudiémoslo bien”, y vino la Organización Mundial de la Salud, con todos sus recursos y científicos que tienen y establecieron un protocolo, lo cual me parece..., no podría felicitarlo por eso, ya que es su trabajo, y tienen que hacerlo, y el trabajo nuestro siempre de las feministas es facilitarles el acceso a esa información y dijimos: ah ya, nos vamos a apropiar ahora de estos protocolos que son seguros que se han ordenado y además nos vamos a amparar en una figura que es totalmente, o sea es institucional, prácticamente (Fresia, 2017).

Hay una reflexión concreta de Fresia que permite ver la elección del uso del fármaco, porque en este momento histórico es un recurso posible y alcanzable para las mujeres, sin embargo, me parece, que la propia mirada crítica a ese uso, a la mercantilización que de él se hace y la búsqueda de otros recursos posibles, son ejercicios que de facto implican un principio, si bien incipiente, de demedicalización.

Si la Organización Mundial de la Salud lo está diciendo y hoy día aparece una gran industria, hoy día es como si hubiesen, yo tengo la sensación de que hay mucho misoprol⁵¹, de que hay mucha ONGs internacional que hace llegar el medicamento a las mujeres, que lo hacen a través de una tarjeta de crédito, o sea que como que todo eso, yo hoy día lo pienso y digo: no, esto es un momento de nosotras, pero no podemos esperar, o sea no podemos aspirar a que esto, a que facilitar medicamentos farmacológicos a las mujeres para interrumpir un embarazo sea un fin... (Fresia, 2017).

⁵¹ Es lo mismo que misoprostol.

Además, que el hecho de hacerlo desmedicalizado (se refiere a otras alternativas al fármaco) intenta como activar una memoria ancestral de un procedimiento que se ha hecho históricamente entre mujeres. Recordemos que todos los cuidados médicos o de salud entre comillas de las mujeres no siempre estuvo a cargo de hombres, de hecho la medicina clásica europea androcéntrica no consideraba la atención de mujer, solamente de hombres, todo lo que correspondía a la atención de la mujer quedaba en manos de parteras, también en Latinoamérica era así, hasta que en algún momento que coincidió con el capitalismo, casualmente, se dieron cuenta que no era buen negocio que las mujeres gestionáramos solas nuestros cuerpos y nuestra fertilidad y allí se quisieron meter en esos conocimientos ancestrales y deslegitimar el conocimiento de las parteras, de las machi acá, puntualmente en este territorio, y construir un imperio heterosexual eurocéntrico que tienen armado, entonces un poco eso es lo que intenta, siento el colectivo (Viviana, 2017).

Fresia reflexiona sobre distintas fases de desmedicalización:

Yo pienso, pero esto es una opinión muy personal, a mí no me gustaría que el resto de la vida las mujeres siguiésemos usando un fármaco, aunque hoy en día lo estemos usando por una situación extrema, que yo creo tiene que ver con el embarazo no deseado, prohibido en todas las formas, aunque si bien el fármaco es una hormona y está muy comprobado que sale de tu cuerpo y desaparece a las pocas horas, no me consta, y no soy científica, pero sí pienso que podríamos caminar a más opciones, que pudiésemos tener más opciones, pero es una transformación radical que tienen que ver con transformar sistemas de vida, transformar sistemas de trabajo, con transformarlo todo, no sé en manos de quien está, lo que está en manos nuestras, de las lesbianas y feministas es avanzar hacia el mayor acceso de información posible, que hoy en día las mujeres pensemos en todo, incluso en lo que nos estamos metiendo en la boca para comer (Fresia, 2017).

“Pucha”, yo creo que tenemos que construir conocimiento igual, o sea construir entendiendo construir como también recuperar, yo “pucha” me siento súper ignorante y muy colonizada y siento que tengo todos mis saberes ancestrales secuestrados, porque yo no tengo acceso ni que me pongan así como en una regresión me sale ese acceso, por eso no hablo de esos temas tampoco porque quizás en otros espacios hay otras respuestas. Tú, me parece que me contabas la otra vez de unas mujeres que vivían en una comunidad, algo así, que tenían como menos enfermedades cardiovasculares, no sé, bueno una puede venir como a buscar cosas como igual estos ejemplos y diga “ay”, como tratar de sacarse como gigantes de la medicina occidental y heterocentrada y de este generar conocimiento, recuperar también. Esa es la respuesta que se me ocurre, localizada también como tratando de quitar como esa obligatoriedad de generar una respuesta que sirva para todas. De pronto la respuesta que generemos aquí nos sirve a nosotras, las que estamos en este territorio y como con estas violencias particulares y como que te la comparto, pero a partir de eso, que también eso es como muy de la medicina; que es como una respuesta que sirve para todas. Pero esto por ejemplo la medicina no es así, es bien individual y en este caso lo pondría no tan individual, pero en un grupo que tenga como cosas de contexto y de vida similares (Viviana, 2017).

Fresia concluye:

- Hay pueblos originarios, por ejemplo las mujeres Mapuches, yo he conversado con ellas y para ellas el aborto no es problema porque ellas abortan igual, tienen sus procedimientos, sobre todo las que viven en comunidades rurales, tienen sus hierbas y tienen sus propios procesos, y cuando he conversado con algunas de ellas, es como... da lo mismo... las que estén en ese ritmo lo van a seguir haciendo como lo hicieron sus hermanas, sus abuelas y sus ancestras y las mujeres Aymaras yo creo que también, porque se ha desarrollado mucho conocimiento de los pueblos originarios sobre la salud, y yo creo que una forma de recuperarlo es compartir esa información, estudiarla, rescatarla, es lo milenario que le ha pasado a las mujeres, han desarrollado conocimiento y eso no sale en los

libros no queda registrado en la historia, yo creo que ahí tenemos una gran labor, yo creo que es recuperar sin caricaturizar, porque yo creo que se tiende a caricaturizar lo ancestral, los pueblos originarios, cómo rescatar esos conocimientos, como entrar respetuosamente quienes no hemos sido parte, porque no nos tocó nomas, y rescatar respetuosamente esos procesos y ver cómo se incorporan, como se van mezclando.

- *con cuerpos criados y reproducidos en una sociedad donde no hay una relación con la medicina natural con las hierbas, donde la alimentación es totalmente sintética, falsa, y que la gente expertas en tratamiento herbárico lo dicen, “una hierba no va a actuar en una mujer que desayuna McDonald’s, almuerza chatarra y en la tarde come pan”, porque no tiene más plata, porque no hay acceso a otro tipo de alimentación, es todo un rollo lo que circunda abortar con hierba, se necesita tiempo, y hoy en día en Chile lo que menos tienen las mujeres en Chile es tiempo.*

El proceso de aborto con hierba puede durar varios días y es real y funciona, nosotras conocemos experiencias, hemos leído documentación, pero no es algo que mi vecina de más allá, que trabaja doce horas al día, esa vecina tiene ocho horas para hacerse el aborto y su alimentación tampoco le va a permitir hacer un proceso abortivo con hierbas, lo real es que hoy en día esa señora tiene que abortar con un fármaco, pero al tiempo que lo usamos le damos la vuelta también, de igual decimos subvertir la industria farmacológica, buscar cómo.

Por ejemplo, esas chiquillas están desarrollando información sobre como mezclar el tratamiento, y eso lo encuentro súper entretenido, súper interesante, cómo mezclo el tratamiento antiinflamatorio, contra infecciones, contra hemorragias naturales con el aborto con misoprol, y eso igual es un descubrimiento (Fresia, 2017).

En palabras de Bertolozzi y De La Torre, “se trata de comprender las necesidades como proyectos que ponen en evidencia las necesidades radicales, como las que se requieren para que la persona continúe siendo un ser...o las

que se requieren para que la persona viva la vida con dignidad” (Bertolozzi y De La Torre, 2012:28).

Anabel habla sobre esos trabajos que implican subvertir la industria farmacológica:

El heteropatriarcado, muchas veces, el colonialismo en sí, la forma en que funciona es través de división, ¿cómo el dividir y el conquistar no?, entonces esta idea como de crear división para poder tener más poder. Por eso, la forma en la que yo lo veo, una primero que nada, es como la división que crea entre el sistema médico alópata y la persona y yo misma. Ese sistema la despoja a una de sí misma y de los saberes de una misma, se apropia de tu cuerpo, cierto, pero también incluso la división que crea entre yo misma y la tierra, entre yo misma y los elementos, entre yo misma y las plantas, entonces como que, los últimos 5 años lo que he estado haciendo bastante trabajo con plantas y tomando como el enfoque que yo hago es como la creación de relaciones con las plantas y bueno para mí mis animales. La idea de recuperar la sabiduría de las abuelitas y como darle la importancia que tiene, es lo que he estado haciendo últimamente, cómo es esa cosa de comenzar a tomarlo como una responsabilidad. Por ejemplo, mi abuelita me contaba acerca de cuando ella creció en un pueblo en Puno, que había mujeres que las quemaban porque eran brujas, entonces comencé a preguntar a amigas, a otras mujeres acerca muertes recientes o quemas de brujas recientes cierto, entonces como que lo está más en eso, preguntar a las abuelas, preguntarle a las tías, preguntarle a las amigas, como empezar a recuperar esa información que a lo mejor en algún momento no se considera importante pero que ahora, yo digo ahora, “esa es la medicina feminista que yo quiero recuperar, esa es la forma feminista en que yo creo que “es muy, como que el feminismo que se encuentra al sentarse con una abuelita y preguntarle”, porque yo muchas veces, no se le pregunta a la mujer, no se le habla a la mujer, no se le habla a la abuelita como que no hay conversación con la abuela o con la tía o con la señora no? acerca de cosas tan importantes que como medicina como forma de

sanación, em, y eso es como lo que yo he estado haciendo últimamente y lo que por lo menos yo coloco, lo que yo me refiero cuando hablo de medicina feminista es como también darle esa importancia a la medicina de las mujeres, a la medicina que las mujeres contamos, esa medicina que las abuelas cuentan, y cómo darnos el tiempo de preguntar también, entre mis trabajos de medicina recientes, me he estado enfocando en lo que es la recopilación de historias (Anabel, 2018).

Talía y Marisol parecen responder a Anabel:

La concepción y construcción del “secreto”, instalado desde los dispositivos de control del heteropatriarcado, para criminalizar y satanizar las prácticas milenarias de cuidado y de amor entre mujeres y la autonomía de éstas para decidir de forma autónoma sobre sus cuerpos. (Talía y Marisol, 2018).

Con todas las intersecciones de raza, de clase, del ser mujer. En la labor que no se toma en cuenta, es lo que me hace a mí por lo menos tratar como, tratar yo creo como una práctica feminista el comenzar a nombrarse, comenzar como a reclamar, a decir; ¡no!, esto es medicina. Eso es medicina, o el nombrar a la señora Teodosa como una doctora tradicional, eso es una práctica feminista mía, como que, esto es feminismo, o sea literalmente decirle, literalmente nombrar a una doctora: doctora. Es medicina que cura, y va más allá de no sé, también creo que lo que es la medicina en sí, es como súper centrada en lo que es el ser humano (Anabel, 2018).

Si bien la palabra “medicina” es un producto de la colonización misma, en los imaginarios de las comunidades remite a la posibilidad de curar, la medicina es la que cura y, por lo tanto, para reconocer que determinada práctica en salud sirve para curar, en determinadas colectividades es necesario reconocerla como medicina. Granda explica cómo para la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado sobre la enfermedad, ni su libre voluntad juega en la curación, depende de los dictámenes del médico

representante del conocimiento y del método científico (Granda, 2004). Por ello, la reivindicación de Anabel no es sólo ya la reivindicación del paciente, es la reivindicación de que “esto”, estas que llamaríamos prácticas en salud es medicina... así se confiere legitimidad a los saberes y haceres, pensamientos y prácticas. En este caso de quienes la construyen estas prácticas de salud en contrahegemonía.

5.5 ¿Y la salud de las lesbianas?

Menéndez explica cómo las concepciones del biologismo parecen no tener historia. Estas concepciones son consideradas como una *constante* con una alta autonomía, como si el rótulo de “ciencia” desapareciera las veleidades políticas en donde se construyen los discursos científicos. Por consecuencia, al considerar privilegiadamente variables que se atribuyen a lo biológico y dejar de lado algunos aspectos de lo social, quedan fuera las complejidades que en la vida cotidiana afectan a los sujetos de atención.

Viviana comienza por establecer parámetros:

Me molesta mucho que los discursos de la medicina sobre la salud de las lesbianas se reduzcan a lo ginecológico, como si una no fuera lesbiana cuando se resfría o cuando tose o cuando se hace una herida en la piel, o sea, es una lesbiana todo el tiempo, desde la manera en cómo te agarra la fiebre, cómo tu novia te va a cuidar en la casa, hasta la manera de nombrar tu dolor, es todo diferente, entonces como mi idea va un poco por ahí, como construir un análisis de eso de todo eso que somos las lesbianas, de cómo nos paramos en un mundo hecho para que seamos heteros y cómo lo transitamos lesbianas, amándonos entre nosotras y negándonos a estar disponibles para otros. Esa vida lesbiana, ese andar lesbiano implica también una concepción de la salud lesbiana más allá de las enfermedades asociadas a una práctica sexual concreta.

Y molesta que los discursos médicos sobre las lesbianas sean sobre ginecología, primero porque la medicina es heterosexual, por lo tanto, no tiene ninguna respuesta para las lesbianas, no las ve, no las nombra. Las respuestas son como higienistas, porque también la medicina tiene un interés muy importante en reducir todos los problemas de las lesbianas a posibles enfermedades de transmisión sexual, y las respuestas que ofrece ponen toda la responsabilidad sobre las lesbianas, y sobre las mujeres en general: tenemos que cuidarnos. Y eso tiene un costo, que es limitar el acceso al placer, porque si al final las mujeres tienen que estar cuidándose siempre, de no pegarse nada, de no embarazarse, etc. Todo eso dando vueltas pensando que siempre es tu responsabilidad, entonces ahí el placer se limita un montón. Entre todos esos cuidados, la posibilidad de llegar a relajarse y disfrutar algo es: nada, y ahí la práctica lésbica que es 100% anticonceptiva y que tiene mucha menor tasa de transmisión de ITS, aparece como una posibilidad de fuga otra vez, por eso no sé si me interesa tanto que la ginecología ofrezca demasiadas respuestas a las lesbianas (Viviana, 2017).

En el discurso de Gérvas en 2016, las preocupaciones de Viviana parecen tener eco: “El diagnóstico clínico se ha convertido en nombrar, con un título de enfermedad, cualquier signo, factor de riesgo o malestar, e incluso su ausencia, en los cribajes. Ya no se trata de un proceso global e integrado que contempla la perspectiva del paciente y su subjetividad, sino una tarea fragmentada, eminentemente tecnológica y dirigida al cuerpo y la enfermedad (no a la persona y su experiencia)”. Se resignifica la pregunta, ¿es deseable que la salud de las lesbianas sea mirada por el sistema que clasifica y legitima lo normal y lo anormal? “La tarea del médico ya no es responder al sufrimiento humano sino la búsqueda heroica de una etiqueta que en muchas ocasiones produce una preocupación y temores injustificados y genera una cascada innecesaria de pruebas, intervenciones y tratamientos que provoca muchos más daños que beneficio” (Gérvas, 2015). Aquí continúa Viviana:

Segundo, creo que esa posibilidad de vivir en el fondo sin todo un discurso médico sobre qué cosas nos pueden pasar ni nada, igual que

empecemos a hacer nuestras prácticas como fuera, entre comillas porque también somos mujeres, igual traemos esa cosa de que “me tengo que cuidar” que no sé qué, como fuera de eso, por eso no sé si quiero que tanto la medicina, la ginecología en particular, empiece a dar un discurso sobre lesbianas. Pero pasa que por ejemplo hay, por ejemplo acá un grupo de lesbianas -más como una ONG en el fondo-, uno de sus objetivos, además de, por supuesto el matrimonio y la adopción, que eso es obviamente lo que toda lesbiana desea en el mundo (sarcasmo), está el trabajo con los sistemas de salud, entonces su trabajo con los sistemas de salud consiste en quien nos va a enseñar a usar esa protección de alusa (plástico adherible) o guantes, en fin porque las lesbianas nos podemos enfermar y todo. Bueno, eso me molesta; porque lo reduce a lo ginecológico y porque no dice que las heterosexuales incluso protegidas tienen más riesgo que una lesbiana, o sea que el sexo lésbico es el más seguro de todas las posibilidades de, lo más seguro es no hacer nada, como masturbarse, ya; pero lo siguiente es tener sexo con otra mujer, después vienen las otras prácticas.

Entonces, rechazo esa cosa de ponernos en un grupo de riesgo desde lo sexual... (Viviana, 2017).

Granda parece responder que “Los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida no pueden jugar ningún papel la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas, las que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral”. (Granda: 2004). Sin embargo, hay riesgos en determinados contextos políticos que a la ciencia les es útil señalar y otros que resultan más convenientes si se invisibilizan. En este caso, me parece, es más conveniente crear “las enfermedades de las lesbianas” que abordar la violencia estructural en contra de las mujeres que refuerza la heterosexualidad obligatoria:

...porque sí creo que somos un grupo de riesgo, pero riesgo de ser asesinadas, riesgo de ser violadas, riesgo de perder el trabajo por

lesbianas, riesgo de tener rechazo familiar, de despidos o menor acceso a trabajo, porque muchas lesbianas son el sostén económico de la casa cuando son adolescentes, entonces no tiene posibilidad de continuar sus estudios, en fin, todo esos riesgos sí, pero el riesgo concreto de tener más enfermedades de tener enfermedades de transición sexual lo pongo súper en duda (Viviana, 2017).

Jeffreys, revisa el papel de la sexología que comenzó en los ochentas a discursar sobre las prácticas sexuales lésbicas y, en consecuencia, el discurso de los riesgos, crear manuales de cómo es la salud sexual y terapias sexuales que normativizarían la sexualidad lésbica: “A consecuencia de esta dramática acometida elaborada con el fin de reconstruir la sexualidad lesbiana, se produjo la incorporación parcial de las lesbianas a las estructuras políticas de control del heteropatriarcado. Las lesbianas que inventaban su propia sexualidad no encajaban en el engranaje debido a su visión de una sexualidad alternativa” (Jeffreys, 1993: 33).

Nos quieren convencer como que alguien sabe un poquito más acerca de mi cuerpo, de nuestro cuerpo, y creo que es algo que la forma en que funciona, la forma en la que yo lo veo es que el sistema nos quiere separar de nuestros cuerpos. Es completamente separarnos de nuestro cuerpo y se hace de muchas formas, no? porque muchas veces, incluso yo me encuentro que no estoy en mi cuerpo, porque incluso al momento de salir a la calle no?, vestida de cierta forma y recibir piropos incluso que, y muchas veces para poder no así como de no morirme por ataque al corazón porque tengo con un montón de rabia y lo que tengo que hacer es salirme de mi cuerpo, muchas veces como que una camina con nuestra alma fuera del cuerpo porque como realmente es imposible estar 100% presente (Anabel, 2018).

Viviana propone el pararse desde otro lugar de análisis que tiene que ver con mostrar los padecimientos de las lesbianas desde la determinación social de la salud, cómo el régimen heterosexual crea condiciones de vulnerabilidad, de sanción explícita a quien lo desafía y como el castigo político concreto desde la

falta de oportunidades, el odio, la violencia, la lesbofobia y la misoginia son aquello que realmente afecta la salud de las lesbianas:

Si vamos a hablar, si queremos entrar a conversar, yo “organización de lesbianas” con el sistema médico, hablemos de los problemas que de verdad afectan medicamente a las lesbianas como por ejemplo ese consumo de alcohol, de tabaco, de con que tiene que ver, hablemos de esas cosas. Cómo existen todas estas violencias heterosexuales eso afecta nuestra manera de enfermarnos, porqué, “pucha” es que es tan grande que no sé cómo explicarlo, creo que la sexualidad, la heterosexualidad es muy violenta porque es muy, muy importante para el sistema que las mujeres nos mantengamos heterosexuales. Creo que a las lesbianas el sistema nos odia, o sea a las mujeres nos odia y a las lesbianas nos odia particularmente , lo veo desde cosas muy chicas como que, creo que todos los otros discursos como libertarios no tienen tanta resistencia como el discurso lésbico, por eso, cuando la universidad se toma, se agarra del feminismo, habla de estudios de género, estudios feministas, pero nunca va a decir estudios lésbicos, porque eso no puede estar ahí, uno porque van a pensar que son lesbianas, otra porque ¿cómo vamos a decir que lo lésbico es algo político?, ¿cómo se va a enseñar? O sea, creo que hay demasiado interés en que las mujeres nos mantengamos heterosexuales. Podemos ser anarquistas, podemos ser veganas, podemos ser anti – racistas, pero no podemos no ser heterosexuales, eso es muy molesto y creo que esa violencia que yo estoy ahora intentado enunciar, una la vive en el cuerpo todo el tiempo y de una manera, es difícil enunciarla así que de lo violenta que es. Yo me siento como privilegiada por los accesos que he tenido que me permite decirlo así ahora y estarlo conversando contigo, y hartas cosas, pero me siento con la responsabilidad de decirlo justamente por eso, pero aun así a mí me da mucha pena y me duele mucho y me da rabia lo violento que es y siento todos los días la heterosexualidad así, encima de, y estar como que todos los días estar siempre peleándola, y siento esa como que, estar todo el tiempo chocando, genera cosas en el cuerpo, entonces a la

hora que cualquier cosa a una le duela, siento que también duele esa lucha constante contra la heterosexualidad, así como entiendo que también a otras, o sea creo que pasa como con todas las luchas antisistema. Porque esta idea de la medicina patriarcal tiene que ver con eso, porque si una lo busca como desde la primera rabia de la persona, eso va a determinar su manera de enfermarse o de percibir la enfermedad, entonces por eso digo eso de que las lesbianas nos resfriamos distinto, nos duele todo distinto y entiendo, me imagino también que el proceso de, incluso también la relación con la menstruación también es distinta porque, bueno la mayoría no nos preocupamos, no tenemos una relación con la menstruación que tenga que ver con regular nuestros ciclos de fertilidad por ejemplo (Viviana, 2017).

Es por ello, la urgencia de un enfoque que considera la importancia de los procesos no biológicos, sin olvidar los biológicos, por supuesto. Lo social, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. “La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera” (Menéndez, 1988:4).

Estas reflexiones nos ponen ante tareas concretas:

El hecho de que las instituciones del patriarcado invisibilicen y no se ocupen de los cuerpos y la salud de nosotras se torna una posibilidad de autogestionar nuestras formas de autocuidado personal. Por lo que es una invitación abierta a que las lesbianas nos ocupemos de nuestra salud, que creemos nuevas formas y lenguajes para ponerle nombre a nuestros estados de salud. Donde el centro sea la prevención y que rompa con los binarios salud/enfermedad y mente/cuerpo (Marisol y Talía, 2018).

Esa construcción tendría que ser en dos sentidos para Viviana, el primero desindividualizar la mirada en salud:

Hay hartas medicinas como entre comillas “alternativas” que hacen un ejercicio así, que es como, que van sobre la historia de vida de la persona

y dicen: “ah por eso a ti te duele esto, porque tú tienes esta historia de vida”, pero siento que lo dejan muy en la persona (Viviana, 2017).

Marisol, en un sentido paralelo, reflexiona sobre la psicoterapia:

Cuando me propuse empezar a pensar en torno a la psicología/psicoterapia feminista, sabía, que se nos ponía una tarea apasionante por delante, sentarme a escribir y a sentipensar sobre cómo visualizo y cómo me gustaría que sea concebida nuestra salud mental, nuestro bienestar psicosocial y nuestra vida en tanto mujeres, considerando lo problemático que ha sido para las nosotras pensarnos y sentirnos fuera de los imaginarios que nos ofrece este sistema cultural. Nos cuesta demasiado pensarnos a nosotras mismas como Una, que siente, que piensa, que vive y que requiere de atención y de cuidado. Como Una, espiritual. Nos cuesta porque llegamos tarde a todas partes, no tuvimos infancias feministas, no estuvo ni cerca como propuesta de vida. Venimos cargando mochilas de nuestro pasado, que en el encuentro con las otras se nos abre la posibilidad de ir abandonando. Luce Irigaray dice que las mujeres entramos en el sufrimiento de ser puestas en este mundo, sin ninguna adscripción simbólica (Marisol, 2018).

Continuando con el segundo sentido, planteado por Viviana, aludir a los análisis estructurales:

Mi idea de hacer esta cosa de describir esta metaestructura y decir cómo te ha ido afectando aparte de entender el síntoma, es como ver qué cosas están como fuera de una y que te de agallas también y como no caer en un punto de “¿Por qué me pasa esto a mí?” o “yo soy tan enfermiza “, que es un discurso muy, incluso yo en el consultorio lo veo mucho, “yo siempre he tenido depresión”, “a mí siempre me duele la cabeza” y como que es una experiencia personal, que no tiene que ver con sus vidas de mierda, con su matrimonio de mierda, con su experiencia de maternidad de mierda, con su trabajo de mierda, como que no tiene nada que ver, entonces como que considere la clase, el género, al racismo, que habría que

agregarle también la heterosexualidad, y yo entiendo que en la medida que se agreguen más sería como una mirada feminista sobre esas inequidades, como cuando le agregas la de la heterosexualidad (Viviana,2017).

Dada la mirada de Viviana, la “determinación social de la salud” que implica estudiar los modos de vida históricos y estructurales. Esta categoría abre la posibilidad de analizar los procesos contextuales y visibilizar la inequidad socioeconómica, desde la complejidad, que el paradigma de riesgo habría ocultado. Igualmente, siguiendo a Liborio (2013), es preciso mostrar la relación que existe entre los procesos estructurales, es remplazar la lógica de la conexión lineal de variables intervinientes por un sistema donde se entrelazan los tres grandes dominios de la determinación: el dominio general que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; el dominio particular de los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y el dominio singular, de los estilos de vida y el libre albedrío personal que viven las personas con sus condiciones fenotípicas y genotípicas.

Lo que vienen apuntando las actantes de estos ejercicios de contrahegemonía y es indispensable señalar aquí es que si bien, también tomando a Liborio, es necesario trabajar con las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia, incorporando la dimensión de la interculturalidad, lo que permite ampliar el espectro del derecho e incorporar lo que los especialistas llaman una mayor justiciabilidad y exigibilidad de la salud” (2013:14), En este punto, afirmo que la matriz de la triple inequidad viene resultando insuficiente, si no se considera al régimen heterosexual en sus dimensiones estructurales, pues no atraviesa sólo la vida de lesbianas y mujeres, es parte de la determinación social que construye la vida en el sistema mundo, tal como le conocemos ahora.

Cierro la construcción de este diálogo de experiencias y reflexiones, con una propuesta de Viviana, con una mirada que apuesta por una salud, sin duda, emancipatoria:

Entonces, que en el fondo la experiencia de ir a la consulta o preguntarse sobre la enfermedad, el proceso de sanación, también sirva

como un proceso de rebeldía y ojalá que también de, estaría más bonito, que un día una estuviera enferma y en ese proceso de darse cuenta porqué está enferma, se dé cuenta de todo el sistema y diga “no, sí, sí, aparte de sanarme, aparte de sanarme del dolor de cabeza, esto hay que, hay que organizarse, hay que hacer otra cosa”. Desde mi visión eso sería ideal para mí, porque siento que los procesos de organizarse también son súper sanadores (Viviana, 2017).

5.6 Algunos esbozos hacia un modelo desheterossexualizado

Dado lo explorado en los apartados anteriores, es posible recuperar la ruta por la que se llegaron a los planteamientos y prácticas expuestas. Es decir, se trata de cinco mujeres que tienen en común el ser lesbianas y habitantes de la Abya Yala, conocer el marco teórico crítico lesbofeminista y del feminismo de la diferencia contemporáneos, al mismo tiempo que, de manera empírica, han vivido en propio cuerpo y experiencia algunas de las violencias en salud del sistema mundo heteropatriarcal, sumado a reflexiones empáticas sobre las formas en que actúa la medicina hegemónica en la vida y en la atención a las necesidades de salud de las mujeres en general. Desde ahí, politizan sus experiencias, convirtiéndolas en prácticas concretas de salud que cuestionen la hegemonía dada.

Cabe acotar que hay una interpelación hacia el modelo hegemónico, dado que le reconocen su utilidad pragmática, “Tiene respuestas”, señala Viviana, y dado, también, que construyen sus saberes y haceres a partir de ese interpelar.

Esta recopilación de sus experiencias y reflexiones, ha servido para identificar la propuesta implícita y explícita en las prácticas que describen: su desheterossexualización.

En los capítulos precedentes se ha mostrado que no es solamente que la medicina hegemónica tenga un carácter heterocentrado, si no que el régimen político de la heterosexualidad dicta una lógica específica sobre la construcción de ese

modelo médico y, por lo tanto, sus prácticas devienen de dicho régimen, pero también sirven para reforzarlo. En particular, respecto a las mujeres, en la imposición de la heterosexualidad obligatoria, en los sentidos siguientes:

- 1.- Refuerzan la naturalización de un ideal único de mujer,
- 2.- Conciben y hacen concebible el cuerpo de las mujeres como indisoluble de la sexualidad coital, relacional siempre al cuerpo masculino y con preocupaciones centradas en las funciones reproductivas.
- 3.- Refuerzan la mirada hacia el lesbianismo y las prácticas sexuales disidentes como una orientación, incluso como un asunto de “minorías sexuales”.

Entonces, ellas, desde la contrahegemonía, hacen apuestas por desheterosexualizar estas atenciones de forma práctica, en aspectos concretos. Si, siguiendo a Menéndez, entendemos por “modelo” a “un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados como estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico”.(1982:3) En la síntesis posterior al análisis de sus experiencias, es posible encontrar estrategias, coincidentes y aplicables desde sus prácticas hacia desheterosexualizar -por lo inmediato- el aborto, la socialización de saberes sobre el propio cuerpo y la ginecología, que, resultando de lo examinado en líneas anteriores, pasaría por:

- 1.- El cuestionamiento de facto a la línea del saber-poder de quien sabe de medicina o de salud/enfermedad y quien consulta.
- 2.- Proponer y poner el cuerpo propio como herramienta/instrumento pedagógico.
- 3.- Dejar de concebir y cuestionar explícitamente que se conciban los cuerpos de las mujeres como obligados a la reproducción humana. Disputa por la autodeterminación respecto a la capacidad paridora de las mujeres.
- 4.- Dejar de concebir y cuestionar explícitamente la concepción los cuerpos de las mujeres como contrapartes o complementos sexuales de la sexualidad masculina. Disputa a la heterosexualidad obligatoria.

5.- Proponer la recuperación de la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres para decidir sobre sus maternidades y sexualidades. Reapropiación de la capacidad paridora.

6.- Proponer la recuperación de la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres para el autoconocimiento, el reconocimiento de los saberes propios, sobre el cuerpo propio.

7.- Proponer la recuperación de la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres desde los saberes de las mujeres de los pueblos originarios y de las líneas de saber familiares y comunitarias sobre el cuerpo propio y el colectivo. Los saberes de la abuela, de la madre, de la vecina; reivindica Anabel. De facto, también desde los saberes de otras lesbianas.

8.- Proponer la recuperación de la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres para el placer propio y no obligatoriamente para el placer “del otro”. Agrego, para placer independiente y autogestivo.

9.- Cuestionamiento explícito de la necesidad y obligación del coito como culminación o ejercicio central de la sexualidad. *“sí una no se embaraza porque va al cine con el pololo, o porque fuiste a una fiesta y bailaste o porque...porque se acarician, no se embaraza por eso...No, ese es el tema, que es penetrativo”*. Plantea Fresia.

10.- Promover, como actos emancipatorios, las prácticas posibles de atención y autoatención, entre mujeres, en la casa o espacios propios, sin necesidad de personal médico, sin “policía médica”, ni vejaciones en centros de salud “ni con personal de salud que desconoce o que no le interesan los derechos de las mujeres”.

11.- Promover y crear el tiempo y los espacios seguros entre mujeres que no son los espacios devenidos de la medicina hegemónica, desde luego; como actos emancipatorios, para el acompañamiento en salud de mujeres y entre mujeres como espacios, también para las charlas “desheterosexualizantes”.

12.- Los espacios de acompañamiento y las prácticas en salud como espacios de concientización sobre la opresión desde el sistema heteropatriarcal.

13.- Cuestionamiento al uso de métodos anticonceptivos hormonales o de barrera para las mujeres, ya que son funcionales al sistema, nocivos para la salud, heterosexualizantes y focalizados en el placer del hombre que penetra.

14.- Proponer el humor, el ejercicio lúdico como forma de acompañamiento en las prácticas en salud y para desdramatizar los procesos.

15.- Reconocer que las prácticas gestadas en determinada colectividad son socializables, pero no necesariamente son las que otra colectividad en otras circunstancias y contextos requiere. En palabras de Viviana: “quitar como esa obligatoriedad de generar una respuesta que sirva para todas”. En todo caso, no es la idea crear un método universalizable, si no metodologías que reconocen al sujeto, a las sujetas.

16.- Estar expresadas en el explicitar el cuestionamiento de la heterosexualidad como forma amorosa impuesta hacia nosotras.

17.- Estar expresadas en el explicitar en la invitación a la desobediencia a la heterosexualidad obligatoria

18.- Proponer, socializar e incentivar la noción de continuum lésbico de la que habla que habla Adrienne Rich, del amor y cuidado entre mujeres como acto político antiheteropatriarcal.

19.- Proponer, socializar e incentivar medicinas contrahegemónicas y prácticas en salud desheterosexualizantes como ejercicio del continuum lésbico. En palabras de Fresia: “Qué cosa más amorosa que regresarle una libertad a tu compañera”.

20.- Proponer y promover la comprensión de la experiencia de la consulta, el acompañamiento, la práctica en salud tanto en los modelos hegemónicos como contrahegemónicos como actos políticos y politizantes.

A MODO DE CIERRE TEMPORAL

Para llevar a cabo esta investigación, se formuló como objetivo el analizar las reflexiones de cinco lesbofeministas que realizan prácticas de medicina contrahegemónica ante el binomio Régimen Heterosexual/Modelo Médico Hegemónico.

El análisis se realizó desde la perspectiva de la salud colectiva que ha explorado en profundidad la necesaria mirada a la determinación social en los modos de vida y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención, perspectiva aplicable al pensar en salud en aquello concerniente a las mujeres lesbianas y aquellas que sin nombrarse lesbianas tienen vida erótica afectiva con otras mujeres con un lugar en común en los procesos de producción y reproducción social. En este sentido se logró establecer que se trata de una sujeta colectiva desde quienes comparten la opresión de una serie de mandatos socioculturales patriarcales que se asientan sobre personas con cuerpos sobre los que se presupone capacidad paridora, cuya desobediencia al régimen heterosexual se imbrinca, además, con opresiones étnico-racistas y de clase en determinados contextos regionales, así como los relacionados con la edad y las capacidades corporales y cognitivas.

Esta mirada, desde la salud colectiva, permitió mostrar la relación entre el contexto social, teórico y político de mujeres lesbofeministas en la Abya Yala; exponiendo, así mismo, la historicidad de la atención devenida del modelo hegemónico médico que se desencuentra con el sujeto no heterosexual, lo que permite señalar el lugar, también histórico y contextual, del sentido y la necesidad de la exploración y construcción de prácticas en salud desheterosexualizada.

Se mostró desde qué lugar teórico se posiciona el lesbofeminismo en la Abya Yala y cómo se da sentido a la existencia lésbica, conceptualizada por Rich, como la puesta en marcha de la táctica de resistencia política a la heterosexualidad obligatoria como lucha de las mujeres por autonomía ante el sistema mundo heteropatriarcal y, comprendiendo ese lugar teórico político se abordaron los capítulos posteriores.

En los capítulos correspondientes al abordaje del MMH y su lugar en el régimen heterosexual fue posible hacer explícito que, ciertamente, hay un acervo documental

y análisis potente desde el feminismo que expone cómo el saber médico hegemónico en la historia moderna ha sido el dispositivo por excelencia para el control de los cuerpos de las mujeres, de sus ciclos de reproducción, de sus esterilizaciones o incentivaciones a la maternidad, de sus partos, lactancia y formas de crianza, así como en los dictados sobre cómo es la sexualidad de las mujeres.

Sin embargo, me interesa señalar que uno de los aportes relevantes de esta investigación es el mostrar la necesidad de profundizar hacia un pensar en salud expreso, crítico y teórico sobre la forma de control que impone el régimen heterosexual sobre los cuerpos y las vidas de la población y la heterosexualidad obligatoria sobre los cuerpos y vidas de las mujeres, como formas de opresión que se manifiestan en las concepciones y praxis de la medicina hegemónica. Así mismo, que una de esas manifestaciones es la construcción de un discurso predominante y legitimado sobre la “sexualidad disidente” como un asunto de “orientación sexual” e, incluso, como un asunto apolítico que atañe meramente a la sexualidad. Dicho discurso resulta de utilidad al estado de las cosas pues implica dar por sentado que la heterosexualidad o lo que llaman “diversidad sexual” son asuntos de naturaleza biológica o de mera lotería genética, accidentes sensitivos o durante el desarrollo de una estructura psíquica, invisibilizando así su dimensión política y su implicación estructural. Señalar el binomio MMH/RH implica una mirada politizada sobre el control de la sexualidad ejercida y funcionalizada desde las instituciones de salud.

En un sentido cercano, señalo la necesidad de crear un acervo documental y crear amplios análisis respecto a la función de la medicina hegemónica en la historia contemporánea como institución preponderante en el control de los cuerpos de las mujeres para explotar su presunta capacidad paridora y para constreñirlas en el régimen heterosexual y en la heterosexualidad obligatoria.

El precedente recorrido permite, entonces, mostrar que si desde la medicina hegemónica, hay una implicación sociopolítica que se *desencuentra* con las sujetas, que requieren atención en salud, pues no responden al sujeto bioesperado por las propias instancias que dan atención a la salud, es una consecuencia pertinente que

las propias sujetas interpelen teórica, práctica y políticamente a la medicina hegemónica y propongan ejercicios que pretendan contravenir esa hegemonía.

Así, los movimientos sociales de forma autogestiva hacen surgir propuestas de construcción de otra cultura política, en este caso, en salud. Colectivas del movimiento lesbicofeminista han construido prácticas de atención y autoatención de medicina que busca ser despatriarcalizada, desheterocentrada, por principio, y que también, reconoce la importancia de la científicidad, pero mantiene la capacidad de retomar saberes tradicionales y otros, creados por sí mismas.

Esta investigación, dado que, por su reciente abordaje, la problematización planteada está aún en desarrollo, se propuso ser meramente exploratoria-descriptiva y, en ese sentido, ha permitido dar cuenta de seis aspectos de interés tanto para la salud colectiva como para el lesbofeminismo:

*El contexto y la historicidad que da lugar a las prácticas de salud-medicina tanto hegemónica en la heterosexualidad como contrahegemónica que ocupan estas indagaciones.

*La aplicación de la teoría lesbofeminista en el señalamiento de aspectos concretos de la forma en que el RH y la HO actúan expresamente en las instituciones del sistema mundo, en este caso específico en las prácticas en salud construidas en la lógica dictada por el propio régimen de la heterosexualidad.

*La respuesta organizada de sujetas que pasan de exigir reconocimiento a interpelar y, posteriormente, a ejercer contrahegemonía ante el modelo que les invisibiliza o les norma-despolitiza cuando les nombra.

*Autoatención como ejercicios que salen del ámbito doméstico y se convierten en acción política.

*Propuestas y formas de ejercer la autonomía y pensar en salud.

*Viabilidades y posibilidades de un modelo autogestionario radicalizado.

*Viabilidades y posibilidades de un modelo autogestionario radicalizado y desheterossexualizado.

Finalmente, es preciso explicitar que cuando inició el proceso de investigación del que se da cuenta en estas páginas, entre otros aspectos, se proponía, como un tercer objetivo específico, mostrar el carácter heterocentrado del MMH. Es decir, mostrar que sus lógicas, funciones, desarrollos y formas de entender y abordar los procesos de salud-enfermedad-atención tenían por noción y sujeto central al sujeto de la heterosexualidad, el hombre como medida y sujeto de la atención y la mujer como ideal en relacionalidad sexual, coital y reproductiva respecto al sujeto central. Sin embargo, conforme se desarrolló el trabajo, fue posible comprender que no es sólo un elemento de caracterización, sino que el propio régimen político construye, en esta época y lugar histórico determinado, la medicina que responde a las necesidades socioeconómicas del sistema mundo en su estado contemporáneo. Es decir, una medicina que disciplina y construye a los sujetos y una definición de lo que es salud, necesarios a los sistemas productivos y reproductivos y, por lo tanto, heterosexuales. Esto es: se construye un Modelo Médico Hegemónico y Heterosexual, porque deviene de un régimen heterosexual.

Es por ello, que las reflexiones que fueron colectadas en el campo para esta investigación insisten en la necesidad de desheterosexualizar la medicina, porque no basta desheterocentrarla y que la heterosexualidad deje de ser el centro de su mirada, lo que radicalizaría la mirada, apuntaría a la raíz problematizada, sería el desheterosexualizar la medicina que sirve al régimen dominante, desheterosexualizar la medicina en todos sus aspectos significa, sí, convocar a revisar cada una de las lógicas que han construido y que han sido construidas en la heterosexualidad como mandato político. Desheterosexualizar las prácticas en salud, la medicina hegemónica, no es, entonces, un asunto que concierna sólo a las lesbianas, ni a lo que llaman *diversidad sexual*, desheterosexualizar la medicina atañe a toda la humanidad y a todas las personas sometidas por las instituciones que perpetúan la forma actual del sistema mundo; significa partir de construir un nuevo “pensar en salud” que desafíe al régimen político para poder desarrollar, un pensamiento, unas prácticas y una comprensión de los PSEA que apuesten a encontrar formas de construir otra u otras medicinas. Ya no basta, ahora, reflexionar sobre la desmedicalización, la descolonización, el biologismo, el androcentrismo y otras funciones útiles al estado de

las cosas desde la medicina hegemónica, ahora es posible y necesario desheterosexualizar la medicina, como propuesta política, para aportar desde este aspecto a construir, como lo soñamos desde la salud colectiva, una noción de salud que, desde este lugar, sea también emancipatoria y desde el lesbofeminismo, implique transitar rutas hacia la autonomía y la libertad para las cuerpos y las vidas de las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Agamben G. (1999). *Homo Sacer I: el poder soberano y la nuda vida*. Ed. Pre-textos. España.
- Barta, Eli. (2012). *Debates en torno a una metodología feminista*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Págs. 67–78.
- Beauvoir, Simone (1986). *El segundo sexo*. Ediciones Siglo Veinte. Argentina.
- Blazquez, Norma (2008). El retorno de las brujas: incorporación, apropiaciones y críticas de las mujeres a la ciencia. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Boston Women's Health, Collective. Colectiva del libro de Salud de las Mujeres de Boston (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para salud de la mujer latina*. USA.
- Bunch, Charlotte (1975). *El lesbianismo y el Movimiento de Mujeres*. Diana Press, USA.
- Castro Yaóyotl, Yan (2012). "La cosmopercepción indígena lesbofeminista ante el generismo capitalista". *Pensando los feminismos en Bolivia*. Conexión Fondo de participación. Bolivia. Págs. 229–258.
- Castro, Roberto (2011). *Teoría Social y salud*. Lugar Editorial Universidad Autónoma de México. Buenos Aires.
- Cobo, Rosa (2012) *Sociología del género y teoría feminista*. *Pensando los feminismos en Bolivia*. Conexión Fondo de Emancipación. Bolivia. Págs. 319-338.
- Curiel, O. y Falquet, J. (Comp.) (2005). *El patriarcado al desnudo, Tres feministas materialistas*. Buenos Aires: Editorial Brecha Lésbica.
- Donnangelo, M. (1994). *Salud y Sociedad*. Guadalajara. Colección Fin de Milenio, Universidad de Guadalajara. México.
- Engels, Federico y Marx, Carlos (1982). *La ideología alemana*. Ed. Pueblo y Educación. La Habana, Cuba.
- English, Deirdre y Ehrenreich, Barbara (2006). *Brujas, parteras y enfermeras, una historia de sanadoras*. Metcalfe & Davenport. Chile.
- Esposito R. (2005). *Immunitas: protección y negación de la vida*. 1ª. Ed. Buenos Aires: Amorrortu. Serie Mutaciones. pp. 9-33 y 160-251.
- Federeci, S. (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños. Madrid.
- Federeci, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños. Madrid.

- Foucault M. (2000). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Gómez Grijalva, D. (2012). *mi cuerpo es un territorio político*. Ed. Antipersona.
- Jeffreys, Sheila (1993). *La herejía lesbiana: perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana*. Cátedra, Madrid.
- Lonzi, Carla Escupamos sobre Heguel. (2004) *Femme-libros*. México.
- Luce Irigaray. (1985). "El cuerpo a cuerpo con la madre" en *El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza*. Otro modo de sentir, Barcelona.
- Miqueo, Consuelo y Murría, María, Traductoras (2004). "Dos para saber dos para curar". *Cuadernos inacabados, horas y HORAS* (eds.), España. Págs. 129–141.
- Mogrovejo, Norma (2011) "La lesbiana no nace: elige serlo", *La herencia Beauvoir: reflexiones críticas y personales acerca de su vida y obra*, El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, Págs. 71-78.
- Mogrovejo, Norma. (2000) *Un amor que se atrevió a decir su nombre. La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos feminista y homosexual en América Latina*, Plaza y Valdez. México.
- Pisano, Margarita. (2001). *El triunfo de la masculinidad*. Editorial Surada. Chile.
- Red Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos / Rede Feminista de Saúde (2006). *Saúde das mulheres lésbicas*, Belo Horizonte/MG. Brasil.
- Robledo, Gabriela (2012). *Disyuntivas lesbianas sobre la ciudadanía sexual*, Política y Género Ciudadanía sexual. Primer encuentro en Santiago de Chile. Red Alas y CDH. Facultad de Derecho, Universidad de Chile. Págs. 76-89.
- Rodríguez, Jesús (2006). *Un marco teórico para la discriminación*. Colección Estudios. CONAPRED. México.
- Salas Valenzuela, Monserrat (2001). *Calidad de la atención con perspectiva de género, apuntes desde la sociedad civil*. SIPAM, México.
- Segato, R.L. (2017). *La guerra contra las mujeres*. Tinta Limón Ediciones. Madrid.
- Valls-Llobet, Carmen (2010). *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad*. La salud de las mujeres análisis desde la perspectiva de género. Editorial Síntesis. España. Págs. 41-56.
- Wittig, Monique (2006). *No se nace mujer. El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, EGALES, Madrid.

Hemerografía

- Aguilar, Paula Lucía (2011). La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. *Revista Katálysis*. Florianópolis, Brasil. Vol. 14. Núm. 1, p. 126-133.
- Bertolozzi, M. y De la Torre, M. (2012). Salud colectiva: Conceptos fundamentales. *Revista, Salud Areandina*, Bogotá (Colombia). Vol.1 Año. 1. Págs. 24-36.
- Borrell, Carmen; García-Calvente María y Martí-Bisca José (2004). “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”. Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS. *Gaceta Sanitaria*. Vol.18. núm.4.España. Págs. 2-6.
- Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. vol. 31. Colombia. Págs. 13-27.
- Castro, R. P. y Bronfman, M. P. (1993). *Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión*, *Cad. Saúde Públ* vol. 9, núm. 3. Págs. 357-374.
- Eiven Laura, Sardá Alejandra y Villalba Verónica (2007). Lesbianas, salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana. *Revista Mujer Salud*. RSMLAC. Núm. 2. Págs. 43-54.
- Esteban, Mari Luz (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista (a). The Study of Health and Gender: The Advantages of an Anthropological and a Feminist Approach. *Salud Colectiva*, Vol. 2.. Núm. 1, Págs. 9-20.
- Facio, Alda (2002) Engendrando nuestras perspectivas. *Otras Miradas*, vol.2, núm.002, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, Págs. 49–79.
- FAHAR (1979). Talleres de manipulación, un proyecto de domesticación. *Revista del Frente Homosexual de Acción Revolucionaria*. 22 de Enero. México. Págs. 41-43.
- Fernández, M. (2015). Tendencias discursivas en el activismo de varones profeministas en México: algunas provocaciones a propósito del “cambio” en los hombres. *Revista Conexiones*. vol. 2, núm. 1. Págs. 31-56.
- Flores-Domínguez, Carmina. (2012). Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educ Med*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac. México. Vol. 4. Núm. 15. Págs. 191-195.
- García Bravo, María de la Luz (2009). “Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México” en *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, vol. XV, núm. 1, Págs. 71–85.
- Grüner E. (2011) Las vicisitudes del pensamiento crítico hoy día. *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*. Vol. 4. Núm. 4. Págs.1-4.

- ILGA (2007). *La Salud de las Lesbianas y. Mujeres Bisexuales: Cuestiones. Locales, preocupaciones comunes. Luchando. Edición trimestral L. Bruselas, Bélgica, Págs.6-68.*
- Laurell C. (1994) *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. Lo biológico y lo social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Núm. 101, OPS/OMS, EUA. Págs. 1-19.*
- Liborio MM. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica de Rosario. Núm 79. Págs. 136-141.*
- Menéndez, E. L. (1982). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos médico sociales. Núm.21. Págs.1-13.*
- Menéndez, E. L. (1984). Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención. *Cuadernos de la Casa Chata. Núm. 86. Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.*
- Minna, Stern A. (2006) Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración y Control Reproductivo en California en el Siglo XX. *Salud Colectiva. Vol. 2. Núm. 2. Argentina. Págs. 173-189.*
- Moreno Altamirano (2008) L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México. Vol. 49. Núm 1. Págs: 63-70.*
- Moreno Gutiérrez, Nelly Irene (2007). Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales en Hospital María Auxiliadora, 2006. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. Vol. 3. Núm 1. Págs. 2-14.*
- Navarro, Cecilia (2000). “Razones para visitar al ginecólogo” *Las amantes de la luna. Núm. 1, Segunda Época. Págs. 15-17.*
- Olvera Barrea, Erika Liliana y Oviedo Texpan, Esmeralda del Rosario (2004). Mujeres bisexuales y lesbianas ¿Cómo viven su sexualidad?. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología. Vol. 10. Núm. 1. Págs. 105-130.*
- Ortiz Hernández Luis (2004). “Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales” en *Salud Problema, Año 9, Núm. 16, México, Págs.20-39.*
- Rich, A. (1985). La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana. *Revista Nosotras. Colectivo de feministas lesbianas de Madrid Núm. Págs. 1-36.*
- RMSLAC (2007). “Ser y reconocerse lesbiana, protegiendo la salud como un derecho” *Revista Mujer Salud, No. 2/2007, RSMLAC, Págs. 30-32.*
- Roberts, Dorothy (2007) “Killing the Black Body” en O’reilly Andrea (ed.) *Maternal Theory: Essential Readings, Toronto, Demeter Press, 482-499.*
- Rompiendo el Silencio (2010). La lesbofobia también mata. *Rompiendo el Silencio. Año 3. Núm. 9. Año. Págs. 27-29.*
- Ruiz-cantero, María T.y Verdu-delgado, María (2004). “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”. *Gaceta Sanitaria. Vol.18. núm.4. España. Págs.118-125.*

Vidal, Salvador (2013). Más allá de la nación: la sexualidad y el género como ejes de la migración. *Maguaré*, Vol.21, Núm. 1, Universidad Nacional de Colombia. Págs.195-213.

Wilkinson, Sue (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. *Anuario de Psicología*, Vol. 39, Núm. 1, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona. Págs.23-39.

Documentos electrónicos

- Aldunate Morales, Victoria (2010). "Una vida sin violencia: Sin despatriarcalización no hay solución". Disponible en:
<http://www.deigualaaigual.net/es/opinion/puntadas/4443-vida-sin-violencia-despatriarcalizacion>
(Consultado el 15 de junio de 2017)
- Amnistía Internacional (2011) Estado de los Derechos Humanos en el Mundo Personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT). Disponible en:
https://www.es.amnesty.org/uploads/media/EstadoLGBT2010_AI.pdf
(Consultado el 12 de marzo de 2018)
- Arzate N. (2009). "La mujer y el techo de Cristal en La Mujer en la Publicidad. *Ciencia y desarrollo, Conacyt*". Disponible en:
<http://www.cyd.conacyt.gob.mx/238/Articulos/Entrevista/Entrevista2.html>
(Consultado el 2 de febrero de 2018).
- BBC (2018). "Mujer, negra, lesbiana y pobre: quién era Marielle Franco, la concejala de Río de Janeiro cuyo brutal asesinato hizo que multitudes a salieran a protestar en Brasil". Disponible en:
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43469308>
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- Benavides, A. (2010). Vih y Sida en lesbianas: ¿Cuán cerca estamos de esta realidad?. Observatorio Mujer y VIH/SIDA. Grupo de Mujeres Diversas, Perú. Disponible en:
http://www.portalsida.org/News_Details.aspx?ID=10355
(Consultado en abril de 1918)
- Bustos R. Casailda (2004) Recuperando a la mujer prohibida. MUJERES PREOKUPANDO. Disponible en:
<http://disiciencia.blogspot.mx/2008/06/recuperando-la-mujer-prohibida.html>
(Consultado, 20 de marzo de 2018)
- Campione, D. (2005) "Hegemonía y contrahegemonía en la América Latina de hoy. Apuntes hacia una nueva época". Cuadernos del CISH, (17-18). Disponible en:
http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3595/pr.3595.p
(Consultado el 7 de noviembre de 2017)
- Carbajal, Mariana (2018). "El delito de besar en público". Disponible en:
<https://www.pagina12.com.ar/93406-el-delito-de-besar-en-publico>
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- Casallas Murillo, Ana Lucía. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud. Disponible en:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56253119009>>
(Consultado el 10 de diciembre de 2017)

- CIDH (2017). “No más violencia”. Disponible en:
<https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/RegistroViolencia-MMSS.pdf>
 (Consultado el 3 de mayo de 2018)
- Cosecha Roja (2017). “Piden apoyo para Higua, presa por defenderse de sus abusadores”. Disponible en:
<http://www.resumenlatinoamericano.org/2017/02/14/argentina-piden-apoyo-para-higua-presa-por-defenderse-de-sus-abusadores/>
 (Consultado el 3 de mayo de 2018)
- Curiel, Ochy (2010). Entrevista de la CLAM a Ochy Curiel sobre su investigación “La heterosexualidad como régimen político y la construcción de la nación colombiana”. Disponible en:
http://www.infogenero.net/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=163:entrevista-de-la-clam-a-ochy-curiel-sobre-su-investigacion-la-heterosexualidad-como-regimen-politico-y-la-construccion-de-la-nacion-colombiana&catid=3:newsflash
 (Consultado el 6 de mayo de 2018)
- Curiel, Ochy (2007) “El Lesbianismo Feminista: una propuesta política transformadora”. En: *América Latina en Movimiento*. Disponible en:
<https://www.alainet.org/es/active/17389>
 (Consultado el 6 de mayo de 2018)
- Corrales, Javier. (15 enero 2018). ¿Cómo están los derechos LGTB en América Latina y el Caribe? Esglobal. Disponible en:
<https://www.esglobal.org/estan-los-derechos-lgtb-america-latina-caribe/>
 (Consultado el 3 de marzo de 2018)
- EDITUM (2008). HIV: El Riesgo Silenciado Del Sexo Entre Mujeres. Disponible en:
www.editum.org/HIV-El-Riesgo-Silenciado-Del-Sexo-Entre-Mujeres
 (Consultado el 16 de agosto de 2016)
- Etienne, Carissa (2016). El estigma y la discriminación con la comunidad LGBT son obstáculos importantes para la salud: OPS. (Entrevista). Disponible en:
<http://www.cinu.mx/noticias/la/el-estigma-y-la-discriminacion/>
 (Consultado el 12 de marzo de 2018)
- EHGAM (Euskal herriko GLBT aktibismoaren gaur berri eta ekitaldiak) (2005). ¿Qué necesitan saber las mujeres que practican sexo con mujeres en la prevención del VIH? Disponible en:
<http://ehgamgipuzkoa.blogspot.com/2005/12/lesbianas-y-sidavih.html>
 (Consultado el 17 de abril de 2018)
- ELFLAC (2010). “VIII Encuentro Lésbico Feminista de América Latina y el Caribe”. Disponible en:
<http://elflacuate.blogspot.com/>
 (Consultado 7 de octubre de 2017)
- ESPARTILESS (2006). “Campaña Nacional Argentina Cambiemos las preguntas”. Disponible en:
<http://www.espartiles.org>.

(Consultado el 7 de noviembre de 2017)

Espectador (2016). “El trato indigno que recibió el cuerpo de una mujer lesbiana asesinada en Barranquilla”. Disponible en:

<https://www.elespectador.com/noticias/nacional/atlantico/el-trato-indigno-recibio-el-cuerpo-de-una-mujer-lesbian-articulo-667976>

(Consultado el 3 de mayo de 2018)

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

<https://journals.openedition.org/gss/705>

(Consultado el 12 de febrero de 2018)

Falquet, Jules (2000) “Breve reseña de algunas teorías lésbicas”. Disponible en:

<http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/pdfS/Mlesbgay/08010503.pdf>

(Consultado el 26 de junio de 2017)

Falquet, Jules (2006) “La pareja, este doloroso problema. Hacia un análisis materialista de los arreglos amorosos entre lesbianas”. Disponible en:

<http://www.caladona.org/grups/?p=441>

(Consultado el 26 de junio de 2017)

Fredriksen-Goldsen y (2012). “Lesbianas hispanas y mujeres bisexuales en mayor riesgo o disparidades de salud”. *Am J Public Health*. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490549/>

(Consultado el 17 de noviembre de 2017)

Fuskova, Ilse (1992). “La existencia lesbiana y el sistema opresor”. Disponible en:

<https://we.riseup.net/radfem+spanish/la-existencia-lesbiana-y-el-sistema-opreso>

(Consultado el 3 de marzo de 2018)

Federici (2012). “La cadena de montaje empieza en la cocina, en el lavabo, en nuestros cuerpos”. *La Hiedra (Entrevista)*. Disponible en:

<http://www.rebellion.org/noticia.php?id=159072>

(Consultado el 20 de noviembre de 2017)

FELGTB (2008). “Salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes”. Disponible en:

<http://www.saludfelgbt.com.es>

(Consultado el 13 de octubre de 2016)

Galarreta, María Elena (2006). “Salud de lesbianas en Lima: apuntes de la experiencia de atención”. Disponible en:

http://www.ciudadaniasesexual.org/boletin/b16/Art_MariaElena.pdf

(Consultado el 20 de noviembre de 2016)

García, JC. (1994) “Las ciencias sociales en medicina”. García, JC. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Capítulo 3. Interamericana/Mc Graw Hill y Organización Panamericana de la Salud. México. Págs. 19-31. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu18408.htm

(Consultado 3 de mayo de 2018)

- Gervás, Juan y Pérez Fernández. Mercedes (2016). "La salud de la mujer se ha convertido en un instrumento para controlar su sexualidad". El diario.es. (Entrevista) Disponible en:
https://www.eldiario.es/consumoclaro/cuidarse/encarnizamiento-medico-mujeres_0_509899604.html
 (Consultado el 3 de agosto de 2018)
- González Santiago, Aida Ivette. "La invisibilidad de las poblaciones marginadas en el proceso de planificación de los servicios de salud: Las lesbianas ¿Dónde están?". Disponible en:
<http://whcpr.rcm.upr.edu/boletin1fsp.htm>
 (Consultado el 13 de junio de 2017)
- Gómez, Lidia. (2018). Explotación reproductiva: libertad de elección y mercantilización de los cuerpos. Disponible en:
www.elsaltodiario.com/saltamos-extremadura/explotacion-reproductiva-libertad-eleccion-mercantilizacion-cuerpos-vientres-alquiler
 (Consultado el 13 de agosto de 2018)
- Granda, Edmundo (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública. Vól 30. Núm 2. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009
 (Consultado el 20 de marzo de 2018)
- Hasta los ovarios (2009). "atención ginecológica a lesbianas: Mi experiencia reciente". Disponible en:
<http://hastalosovarios.wordpress.com/2009/07/31/atencion-ginecologica-a-lesbianas-mi-experiencia-reciente/>
 (Consultado 17 de marzo de 2017)
- Hernández Miraño, Ana (2003). "Identidad sexual y Hábitos de Salud". Disponible en:
<http://www.felqtb.org/files/docs/b6e62ecf60f6.pdf>
 (Consultado el 21 de marzo de 2017)
- HRC (2004) en "Guía de Recursos Para Salir del Clóset" en *Proyecto Nacional Para Salir del Clóset de Human Rights Campaign*. Disponible en:
<http://www.hrc.org/documents/recursos.pdf>
 (Consultado el 17 de abril de 2017)
- Hess, Amanda (2014) Doctors are examining your genitals for no reason. *XX Factor*. Disponible en:
http://www.slate.com/blogs/xx_factor/2014/06/30/pelvic_exam_study_annual_well_woman_exams_have_no_medical_basis.html
 (Consultado el 12 de noviembre de 2017)
- ILGA (2007) "La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: Cuestiones locales, preocupaciones comunes". Disponible en:
http://america_latina_caribe.ilga.org/ilga/publications/publicaciones_en_espanol/otras_publicaciones/la_salud_de_las_lesbianas_y_mujeres_bisexuales
 (Consultado el 13 de octubre de 2017)

- INADI (2016). “Discriminación: dieron de baja a dos cadetes de la policía por besarse”. Disponible en:
https://www.diarioregistrado.com/sociedad/discriminacion-luego-de-que-suspendan-a-dos-policias-por-besarse_a58514ced159f19277a97e642
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- INFOBAE (2017). Atacan a una reina del Carnaval de Brasil por ser lesbiana. Disponible en:
<https://www.infobae.com/america/america-latina/2017/03/03/atacan-a-una-reina-del-carnaval-de-brasil-por-ser-lesbiana/>
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- IPS Noticias (2010) “Reclamo lésbico a los servicios de salud en la Habana” Disponible en:
<http://www.conexioncubana.net/index.php?st=content&sk=view&id=9684&sitd=313>
(Consultado el 13 de marzo de 2018)
- Jiménez, Paula (2016). “La sombra del odio”. Una mujer asesina a otra mujer. La que mata es la madre. La víctima ha sido asesinada por lesbiana. Disponible en:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-4813-2016-10-21.html>
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- La Nación (2008) Radiografía de los crímenes de odio en América latina. Disponible en:
<https://www.lanacion.com.ar/2101891-crimenes-de-odio-en-america-latina>
(Consultado el 12 de agosto de 2018)
- Más, Sara. (2018). “Prejuicios afectan salud de mujeres lesbianas”. SEMlac Cuba. Disponible en:
<http://www.redsemlac-cuba.net/diversidad-sexual/prejuicios-afectan-salud-de-mujeres-lesbianas.html>
(Consultado el 10 de febrero de 2018)
- MedlinePlus (2018). “Salud de los gays, lesbianas, bisexuales y trans”. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/gaylesbianbisexualandtransgenderhealth.html>
(Consultado el 13 de agosto de 2018)
- Menéndez, Eduardo L. (2005) “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos.” Revista de Antropología Social. Vol. 14 (Sin mes) Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>
(Consultado 16 de mayo de 2018)
- Menéndez, Eduardo L (1988) “Modelo médico hegemónico y atención primaria” Disponible en:
<http://hvn21.netfirms.com/indice/sevicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20Publica.htm>
(Consultado el 3 de marzo de 2018)
- Ministério da saúde (2010) “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”. Disponible en:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf
(Consultado el 6 de junio de 2016)

Ministerio de Salud Republica de Nicaragua (2007) “Modelo de atención integral para adolescentes”. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.ni/bns/adolescencia/doctec.html>

(Consultado el 17 de marzo de 2016)

Montecinos, Érika. “Marielle, la líder lesbiana feminista” Disponible en:

<http://www.eldesconcierto.cl/2018/03/19/marielle-la-lider-lesbiana-feminista/>

(Consultado el 3 de mayo de 2018)

PNUD (2018). “Día Internacional contra la Homofobia, la Transfobia y la Bifobia: Alianzas para la Solidaridad”. Declaración con ocasión del Día Internacional contra la Homofobia, la Transfobia y la Bifobia. Disponible en:

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/news-centre/speeches/2018/international-day-against-homophobia--transphobia-and-biphobia-a.html>

(Consultado el 3 de mayo de 2018)

O’Hanlan Katherine A (2002) “Diez cosas del cuidado de la salud que las lesbianas deberían discutir con sus médicos”. Disponible en:

http://www.hispanosnet.com/gays/lesbianas/salud_lesbica.html.

(Consultado el 20 de noviembre de 2017)

(Organización Internacional del Trabajo (OIT) & Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009), Informe Trabajo y Familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. ONU. Disponible en:

<http://www.adn.es/economia/20090611/NWS-1307-ONU-Latinoamericaremunerado-mujeres-trabajo.html>

(Consultado el 20 de noviembre de 2017)

Pessah, Marian (2005). “La Experiencia Lésbica, la Sexualidad y la Salud Gloria Careaga (México) y Mariana Pessah (Argentina) comparten visiones y reflexiones sobre estos temas”, *Ciudadanía Sexual*, (entrevista). Disponible en:

<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#4>

(Consultado el 13 de octubre de 2017)

Pisano, Margarita (2010). Lesbianismo: ¿Transgresión del mandato histórico o diversidad para discriminadas útiles?. Disponible en:

<http://samanthagonzalezccsasm.blogspot.com/2010/10/lesbianismo-transgresion-del-mandato.html>

(Consultado el 17 de junio de 2017)

Puleo, Alicia (2010). Lo personal es político, el surgimiento del feminismo radical. Publicado en Mujeres en Red. El periódico feminista. Disponible en:

<http://www.mujeresenred.net/spip.php?article2061>

(Consultado el 13 de abril de 2018)

Rohlf, Izabella (2007) “Género y salud: diferencias y desigualdades”. Disponible en:

<http://quark.prbb.org/27/027036.htm>

(Consultado el 17 de junio de 2017)

- Rovira, Aurora. (2018. 04 de abril). *La ciencia y la práctica médica, un reflejo de la sociedad patriarcal*. *Catalunyaplural.cat*. Disponible en:
<http://catalunyaplural.cat/es/la-ciencia-y-la-practica-medica-un-reflejo-de-la-sociedad-patriarcal/>
(Consultado el 15 de abril de 2018)
- Ramírez Rafael. “A dos años de la aprobación del matrimonio LGTBTTT”, *Milenio*, 23 de marzo de 2012, México, 2012. Disponible en:
<http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/9134202>
(Consultado el 13 de noviembre de 2016)
- Sánchez, Rocío (2011). “Salud sexual entre mujeres.” En *La Jornada*. Disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2011/02/03/ls-once.html>
(Consultado el junio de 2016)
- Silla Rota, (2018). “Asesinato de activista lesbiana”. Disponible en:
<https://lasillarota.com/guanajuato-lgbt-maria-guadalupe-hernandez/213336>
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- Suárez Briones Beatriz. “De cómo la teoría lesbiana modificó a la teoría feminista (y viceversa).” Disponible en:
http://webs.uvigo.es/pmayobre/pc/profesorado_11.htm#beatriz
(Consultado 16 de junio de 2017)
- Suárez Briones Beatriz. “Historia(s) lesbiana(s), teoría(s) lesbiana(s)”. Disponible en:
<http://webs.uvigo.es/pmayobre>
(Consultado el 16 de junio de 2017)
- Treibel, Guadalupe (2015). “Mi cuerpo es mío”. Disponible en
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10120-2015-10-23.html>
(Consultado el 15 de septiembre de 2018)
- Verdelie, Laura. (2018). “Te hace falta una buena pija”: las violaciones “correctivas”. *La primera piedra*. Disponible en:
<https://www.laprimera piedra.com.ar/2018/01/te-hace-falta-una-buena-pija/>
(Consultado el 13 de febrero de 2018)
- Vargas, Vanesa (2017). *La inoperancia mata: “El grito de la familia de Nicole Saavedra a un año y medio sin imputados por su asesinato y tortura”*. Disponible en:
<http://www.eldesconcierto.cl/2017/12/14/la-inoperancia-mata-el-grito-de-la-familia-de-nicole-saavedra-a-un-ano-y-medio-sin-imputados-por-su-asesinato-y-tortura/>
(Consultado el 6 de mayo de 2018)
- Vázquez, Wendy (2016). “Impune el crimen de joven lesbiana”. Disponible en:
http://www.zocalo.com.mx/new_site/articulo/impune-el-crimen-de-joven-lesbiana-1473142764
(Consultado el 3 de mayo de 2018)
- Vergara Sánchez, Patricia Karina (2006). “Salud sexual lésbica, una experiencia exitosa” Disponible en:

<http://anodis.com/nota/7376.asp?pag=6>
(Consultado: noviembre de 2010)

Wittig, Monique (1982). "La categoría de sexo".
<http://es.scribd.com/doc/94457052/Monique-Wittig-La-categoria-de-sexo-1>
(Consultado 6 de mayo de 2017)

Wittig, Monique (1981). "Nadie nace mujer".
http://www.4edu.info/LGBT/CSL_07.2_Nadienace.htm
(Consultado el 6 de mayo de 2017)

Tesis

- Binford, Michelle (2008). *La relación de las mujeres lesbianas con sus cuerpos, un estudio del protagonismo de lesbianas guatemaltecas*. Tesis de maestría. Programa de Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- Canevari, M.C. (2017). *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia*. Tesis de Doctorado. Orientación en Género. Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires.
- Curiel, Ochy (2010b). *El Régimen heterosexual de la nación. Un análisis antropológico lésbico-feminista de la Constitución Política de Colombia de 1991*. Tesis de maestría. Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Vergara Maldonado, Cynthia Belen (2007). *Percepción de las mujeres lesbianas sobre su sexualidad y la atención brindada en los servicios de salud ginecoobstétricos Valdivia*. Tesis de maestría. Facultad de Medicina Instituto de Enfermería Materna, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Vergara Sánchez Patricia Karina (2013). *El viaje de las invisibles, manifestaciones del régimen heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas*. Tesis de maestría. Estudios de la mujer, Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Vergara Sánchez Patricia Karina (2008). *Cuando la violencia en el consultorio se convierte en pesadilla*. Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Yañez, S. S. (2016) *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001 - 2013)*. (Tesis de doctorado- Inédita) Doctorado en antropología. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Otros

- Castro, Yaoyólotl. Y. 2004. *El movimiento lésbico feminista en México, su independencia respecto a los movimientos feminista heterosexual y gay y su misión histórica*. Ponencia presentada. VI Encuentro de Lesbianas Feministas de Latinoamérica y el Caribe, México.
- Gelabert, Aina (2017). "Medicalización del cuerpo de la mujer: menopausia y envejecimiento como dianas terapéuticas". Grado de Enfermería. España.

- Milena, Carneiro; Dias, María y Felipe, Suane (2017). "Dossiê sobre Lesbocidio no Brasil no 2014-2017. Aeditora. Brasil.
- Granda, E. (2005). *Globalización de los riesgos en salud*. Ponencia presentada en el IV Congreso Internacional de Salud Pública "Globalización, Estado y Salud". Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Colombia.
- Movilh Mujer (2016). *Guía de salud para mujeres Lesbianas y Bisexuales Producción: Movimiento de Integración y Liberación Homosexual y Movilh Mujer*. Chile.
- Patlatonalli A.C. (1998). *Todas las mujeres pueden vencer el cáncer cérvico uterino y mamario*, Guadalajara, Jalisco, México. (Tríptico).
- Safinas et all (2015). *Guía de acceso a la salud sexual y reproductiva de lesbianas y mujeres bisexuales*. Argentina.
- Villaverde, Mariana. (2018). Entrevista personal sobre feminismo autónomo. México.

Comunicaciones en redes

Claudia Castro (Comunicación personal el 11 de abril de 2018). “En Argentina no hay. Lesbianas y mujeres bisexuales cuidamos nuestra salud de forma precaria y desde la boca en boca, entre nosotras. En 2003 realizamos una encuesta...”. Recuperado de:

https://www.facebook.com/search/str/salud+lesbianas/keywords_blended_posts?fb_dtsg_ag=Ady2itJjLUE5UFTbNxp01XyxVNPDoGxi7b2sAFD-DeQUw%3AAdzwwRlxRvMhWrb2bfUTmujYamNjrjvxc6nyOfEfK0VXQ&filters_r_p_author=%7B%22name%22%3A%22author_me%22%2C%22args%22%3A%22%22%7D

Claudia de Honduras. (Comunicación personal el 11 de abril de 2018). “Comunicación personal. Nooooo, aquí hay una clínica VICITS específica para otras poblaciones, HSH (hombres que tienen sexo con hombres), gay, bisexuales, población...”. Recuperado de:

https://www.facebook.com/search/str/salud+lesbianas/keywords_blended_posts?fb_dtsg_ag=Ady2itJjLUE5UFTbNxp01XyxVNPDoGxi7b2sAFD-DeQUw%3AAdzwwRlxRvMhWrb2bfUTmujYamNjrjvxc6nyOfEfK0VXQ&filters_r_p_author=%7B%22name%22%3A%22author_me%22%2C%22args%22%3A%22%22%7D

Luce Redinini. (Comunicación personal el 11 de abril de 2018). “El climaterio y la menopausia... que alguien me las explique. La medicina patriarcal dice que a las lesbianas se les adelanta por no haber tenido hijos, ¿es cierto?, ¿ser lesbiana me pone en peligro de salud?”. Recuperado de:

https://www.facebook.com/search/str/salud+lesbianas/keywords_blended_posts?fb_dtsg_ag=Ady2itJjLUE5UFTbNxp01XyxVNPDoGxi7b2sAFD-DeQUw%3AAdzwwRlxRvMhWrb2bfUTmujYamNjrjvxc6nyOfEfK0VXQ&filters_r_p_author=%7B%22name%22%3A%22author_me%22%2C%22args%22%3A%22%22%7D

Luisa Velázquez (Comunicación personal el 17 de mayo de 2018). “Para mí las teorizaciones sobre la heterosexualidad como régimen político se radicalizaron en Latinoamérica...” Recuperado de:

http://menstruadora.tumblr.com/post/177641080027/17-de-mayo?fbclid=IwAR2BqdpvP3_VT1t2w-eh0oHMgE1ZDHbV3htsE7G5u7RCFOwpWGck_XNa_g