

Salud de las mujeres lesbianas. Un camino por recorrer

Ada C. Alfonso Rodríguez [30-05-2014]

Es frecuente que, cuando un profesional de la salud --y es mi caso-- desee dedicar un tiempo a la reflexión sobre cuestiones de salud en un grupo poblacional específico, apele a la definición de salud aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera esta como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, ampliamente referenciada desde su formulación, aunque también cuestionada en su utilidad operacional.

Los movimientos de mujeres y el feminista, especialmente, desde hace algunos años utilizó la noción *malestar* para romper la lógica binaria a que alude el bipolo salud-enfermedad y, a través de este, designar el sufrimiento psíquico y emocional de las mujeres ligado al lugar históricamente construido para estas y los modelos asociados que se constituyen en factores de riesgo para su salud mental.[\[1\]](#) [\[2\]](#) Este acercamiento otorga significados a las dimensiones socio-históricas de producción de subjetividades.[\[3\]](#)

Malestar sirve, además, para comprender el sufrimiento que la heteronormatividad, la discriminación y el estigma producen en mujeres y hombres que se reconocen y autodefinen como *diferentes* en nuestras sociedades patriarcales. Asimismo, permite cuestionar los discursos biomédicos que sustentan lo *normal* y *anormal* y las lógicas que subyacen aún en algunas de las prácticas profesionales en salud.

Lo *normal* en el campo de la salud mental y sexual tiene sus raíces en los discursos hegemónicos y en cómo las disciplinas científicas han asimilado *lo deseado* social y culturalmente, sirve al desarrollo de modelos clasificatorios y de atención dirigidos a tratar los comportamientos humanos *no aceptables*, *peligrosos* y *riesgosos* para la sociedad y, por tanto, susceptibles de ser rotulados como síntomas de enfermedad.

La medicalización del cuerpo y del sufrimiento ha sido y es una de las estrategias de control social más eficaces construidas y desarrolladas por nuestras sociedades para preservarse de la "peligrosidad" de la sexualidad, la locura, las diferencias y la denuncia social. [\[4\]](#)

La sexualidad femenina y la salud sexual en términos de placer, disfrute y bienestar sexual son ámbitos poco explorados si se les compara con la producción teórica y las investigaciones acerca de la sexualidad masculina, menos aun se ha tratado la sexualidad de las mujeres lesbianas en el contexto de una vida saludable, digna en el ejercicio del derecho a la salud, por lo que sin pretender agotar la cuestión, enunciare algunos factores que mujeres lesbianas y profesionales de la salud consideran como generadores de malestar. [5]

El malestar de las mujeres lesbianas

Desde hace algunos años, el Centro Nacional de Educación Sexual ha venido trabajando en la identificación de la situación de salud de las mujeres lesbianas desde la perspectiva de los determinantes sociales, develando las desigualdades para el ejercicio del derecho a la salud si se les compara con las mujeres que se autodefinen heterosexuales, madres, esposas, hijas. [6] También se ha capacitado a profesionales para brindar atención a las necesidades de salud de las mujeres lesbianas.

A continuación se describen las cuestiones que mujeres y profesionales identifican como fuentes de malestar asociados a las condiciones materiales y sociales y los servicios de salud:

1. Condiciones materiales y sociales

Las mujeres reconocen la homofobia [lesbofobia], la discriminación y la violencia psicológica como constantes en sus vidas, lo que les exige un sobreesfuerzo emocional tanto si van a *enfrentar* las situaciones discriminatorias como si van a guardar silencio. Perciben que no importa la actitud que asuman --"en muchas ocasiones nos imponemos"--, siempre sienten malestar y algunas refirieren "baja estima [autoestima]".

Los testimonios de las mujeres lesbianas del interior del país permiten constatar que viven en mayor medida que sus pares de La Habana conflictos asociados a la no tenencia de vivienda, la dependencia económica, familiar o de pareja y que muchas, debido al rechazo de sus familias, se ven imposibilitadas de compartir una experiencia erótica gratificante, situación que se agudiza por la imposibilidad de compartir socialmente en espacios amigables de recreo, espacios de ocio de la vida cotidiana.

Los costos de casas de alquiler y de habitaciones que podrían garantizar la convivencia y permanencia no se corresponden con los

salarios que devengan, por lo que deben posponer la estabilidad en las relaciones de pareja y "mientras tanto, el tiempo pasa".

Las soluciones para el encuentro y el intercambio que encuentran las parejas heterosexuales en parques y otros espacios públicos, les están vedados.

"Estábamos conversando en el parque del pueblo y de la casa del frente nos gritaban palabras ofensivas; sin embargo, dos bancos más para allá había una pareja que solo le faltaba hacer el acto sexual y nadie decía nada. Su comportamiento no ofendía a nadie y el de nosotras sí".

"Todavía hay mucha incompreensión, mucho rechazo social y familiar".

Los profesionales de la salud observan la realidad de las mujeres lesbianas y consideran, en lo concerniente a este acápite, que las limitaciones de orden económico guardan relación con dificultades en la contratación laboral --ya sea estatal o por cuenta propia-- y esto influye decisivamente en sus dependencias con las familias y/o con las parejas, cuando son solventes económicamente.

Apuntan, desde sus experiencias, que entre las alternativas algunas mujeres lesbianas ejercen el sexo transaccional con parejas del mismo sexo y en ocasiones con hombres para "resolver" su situación económica; y que, aunque se ha avanzado socialmente, aún persiste la discriminación por el hecho de ser lesbiana, aunque consideran que la "lesbofobia internalizada" y la "autodiscriminación" cuentan tanto en el acceso al empleo como para lograr mantenerse una vez obtenida la inserción laboral.

Profesionales y mujeres coinciden en que, "en el interior del país, todo es más complejo, pues es menor la aceptación y el respeto a la diversidad".

2.Servicios de salud

En el ámbito de los servicios de salud, las mujeres consideraban que no siempre encontraban profesionales con apego a la ética médica, lo que les limitaba para, en un ambiente de confianza, realizarse la prueba citológica a pesar de que conocían, por las capacitaciones a las que habían acudido, la importancia del examen. Muchas coincidieron en que los profesionales que habían visitado se interesaban más por conocer los aspectos relacionados con sus experiencias sexuales que por la dolencia que les llevaba a solicitar la demanda, lo que las colocaba en posición de no acudir a los servicios de salud o de buscar una persona sensible que les recomendaba una amiga, o una profesional de la que conocían su orientación sexual.

“Por suerte nosotras contamos con la Dra. Odalys, del Centro de Promoción, que nos apoya y por eso ya cinco muchachas de Las Isabelas[7] se la han realizado [la prueba citológica].”
“Yo creo que no se atiende a las mujeres lesbianas con calidad. Yo fui a ver al médico, me preguntó cosas que no tenían que ver con el dolor que tenía, me inyectó y me mandó para la casa, casi sin poder caminar; me puse blanca, me tuvieron que volver a traer y terminé con esta operación [enseña al grupo una cicatriz abdominal]; por poco me muero”, “las mujeres con estereotipos masculinos no son bien vistas en el servicio de Ginecología.

Los profesionales agregaron que las mujeres acudían a los servicios de salud tardíamente, cuando no existía solución y reconocían poca tolerancia y hasta rechazo a las mujeres lesbianas, especialmente si eran mujeres las prestadoras de servicios y más aún en los pueblos pequeños.

“A mi consulta llegó una mujer que es conocida en el pueblo como lesbiana, era la última paciente y cuando salimos de consulta me invitó a tomar un helado. El puesto de venta estaba cerrado, así que nos despedimos; cuando comenté a mi mamá sobre el asunto, lo primero que me dijo fue que como me iba a estar exhibiendo con esa mujer, que iba a coger fama. Yo le expliqué que era mi trabajo, pero la verdad no quedó convencida”.

Las prestadoras de servicios sienten sobre sí las presiones de una sociedad-comunidad-familia-pareja-- que piensa que las mujeres lesbianas pueden contaminarlas con su orientación sexual, situación que se hace recíproca cuando las prestadoras de salud son reconocidas o parecen ser lesbianas y se desempeñan como ginecólogas, oncólogas y proctólogas. Resulta interesante que el hecho de ser lesbiana se obvia solamente cuando la profesional es reconocida por la comunidad como una autoridad en su especialidad:

“Ellas no eran de Ciego, eran de Camagüey, pero todo el mundo quería que ellas fueran quienes las atendieran; eran las mejores médicos, todo el mundo sintió mucho cuando se fueron del país”.

Para las profesionales lesbianas, la experticia es garante del respeto social. ¿Qué sucede cuando el estigma y la discriminación escamotean el reconocimiento de esta?

Mujeres y profesionales coinciden en que la baja demanda de servicios ginecológicos guarda relación con el miedo al espéculo y al tacto vaginal: “imagínese, yo nunca he tenido relaciones sexuales,

cómo voy a hacerme una prueba donde hay que meterme eso para adentro”, “esos dedos tan gordos...jamás”...

Comparten, además, el criterio de que entre las mujeres existe “poca percepción de riesgo y vulnerabilidad a contraer infecciones de transmisión sexual y VIH”, pues no siempre existe exclusividad sexual con una pareja del mismo sexo y, en muchos casos, la pareja tiene además relaciones heterosexuales.

Con lentes de desigualdad

La brecha entre mujeres lesbianas y mujeres heterosexuales en cuanto a posibilidades reales de disfrute de la sexualidad y la salud sexual contiene los subtextos lesbofóbicos que se esconden tras los discursos de carencias sociales y materiales. Estos últimos, aunque reales en la vida cotidiana, encuentran soluciones no exentas de conflictos y contradicciones cuando se trata de personas que se autodefinen como heterosexuales y van a formar pareja.

La necesidad de validarse como mujeres *morales*, según los códigos del imaginario social y familiar, se constituye en un obstáculo para la entrada de la pareja del mismo sexo en el espacio doméstico familiar y para el disfrute de la sexualidad en un ambiente de intimidad emocional, que se agrava por los costos de alquiler de los escenarios para el goce de la intimidad sexual.

Si salud es sinónimo de bienestar físico, mental, social y ejercicio de derechos, la contracción de las capacidades de las mujeres lesbianas en la vida cotidiana genera malestares psicológicos y sexuales. Estos no son iguales a los del resto de las mujeres, dado que en su causalidad se encuentran las tramas patriarcales que discriminan a las mujeres, al tiempo que las validan como agentes reproductivos - reproducción sexual y social -. Desde esa lógica, ¿qué lugar ocupan las mujeres lesbianas?

Tampoco tiene igual significado la caricia que se expresa, afirma, conmueve y autodefine como sujetos de deseo-deseante, a la que se pospone o disimula para el logro de la aceptación familiar y social que opaca, relega e imprime huellas en el “nos” de la diada deseo-deseante.

Ser y reconocerse como mujer lesbiana trae aparejado cuotas de malestar, desventajas y desigualdades que requieren visibilizarse en el campo de la salud.

En la actualidad, se reconoce que los servicios de salud son clave en el estado de salud de la población. Las acciones de promoción, prevención y atención son determinantes sociales que pueden contribuir a generar o eliminar inequidades en salud.

El sistema de salud cubano se caracteriza por su accesibilidad, universalidad, gratuidad y solidaridad y está integrado por profesionales a prueba de desastres, terremotos y epidemias, lo que queda demostrado en el actuar en las diferentes regiones del mundo donde se ha requerido de la solidaridad y la profesionalidad de la medicina cubana.

Sin embargo, la ideología patriarcal, la heteronormatividad y la lesbofobia menoscaban el actuar de los profesionales que no conocen cómo lidiar con la diferencia sexual y los malestares que generan las presiones sociales a las que están sometidas las mujeres lesbianas. Tampoco ayudan, en estas, la construcción de un imaginario colectivo que les permita transformar las realidades de opresión que les generan malestar en el entendido de que la salud mental alude a la capacidad de los sujetos a transformar, cuestionar, modificar...

Si miramos atrás, podemos afirmar que se han dado pasos en el camino de revertir la desigualdad en salud de las mujeres lesbianas, pero aún queda mucho por andar.

Una agenda comprometida con ello tendría, entre sus principales acciones, al menos, la:

1. Revisión de los programas y planes de estudios de las formaciones de pregrado de las tecnologías de salud y de las carreras de formación de las Universidades Médicas, y la inclusión en estos de los temas y contenidos que se requieran para abordar la salud sexual desde una perspectiva de género, diversidad y derechos humanos; pero, más importante aun, vigilar su transversalización a lo largo del programa.
2. Inclusión en la formación de postgrado, en todas las especialidades de la salud y con las cargas horarias que garanticen la formación de especialistas conscientes de las necesidades de salud de los diferentes grupos poblacionales. No es un asunto de patologización, medicalización o psiquiatrización de la diversidad, o de programar acciones afirmativas dirigidas a las "minorías". Es cuestión de movilizar a la comprensión de que lo social, lo cultural, lo sexual se expresa en las formas de organización social y que la movilidad entre estas formas de organización y sus estructuras tiene determinados impactos en la salud de los sujetos, las mujeres lesbianas.

3. Formación de formadores en capacidad de impartir los contenidos con academia, pero con la sensibilidad que se necesita para desmontar las ideologías patriarcales que hemos aprehendido en el decursar de nuestras vidas.
4. Facilitación de los procesos de empoderamiento de las mujeres lesbianas para la construcción de ciudadanía.

[1] Burín, M y cols. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires, Ed. Paidós.1992

[2] López A, Grela C. Mujeres, salud mental y Género. En Gómez A. ed. Mujeres y Salud mental. Los espejos de la desigualdad. Cuadernos Mujer Salud no. 6. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2001, p10.

[3] *Ibíd.*

[4] López A, Grela C. Mujeres, Salud mental y género. En Adriana Gómez ed. Mujeres y Salud mental. Los espejos de la desigualdad. Cuadernos Mujer Salud 6. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe, Santiago de Chile, 2001, p.10

[5] La sección *malestares de las mujeres lesbianas* describe un extracto del trabajo realizado en grupos de discusión con profesionales de la salud y mujeres lesbianas. El grupo de profesionales 14 en total de las provincias Granma, Las Tunas, Sancti Spiritus y La Habana; 6 hombres, dos de estos especialistas de Obstetricia y Ginecología y 6 grupos de mujeres de las provincias Cienfuegos, La Habana, Santiago de Cuba Granma, Ciego de Ávila y Sancti Spiritus.

[6] La investigación abordó los ejes: condiciones materiales, condiciones sociales, condiciones de vida servicios de salud, organizaciones políticas y de masas, familia y pareja.

[7] Grupo de mujeres lesbianas creado en la oriental provincia de Santiago de Cuba.