

**Invisibilidad en la consulta: narrativas de mujeres lesbianas y
bisexuales en torno a la atención ginecológica en centros de salud de
Barcelona**

Trabajo final del grado de Antropología social y cultural

Universidad de Barcelona

Candela Quiros Arévalo

cquiroar11@alumnes.ub.edu

Tutora: Dra. Olga Jubany Baucells

2019/2020

Resumen

Históricamente, el imaginario heteronormativo ha subordinado las sexualidades de las mujeres, ignorando los deseos de éstas y presentando la reproducción como único horizonte legítimo. El campo de la salud ginecológica continúa reproduciendo la hegemonía del heterosexismo, dejando de lado sexualidades no normativas, así como prácticas distintas al coito vaginal. Desde una aproximación etnográfica, el presente artículo aborda las percepciones de mujeres lesbianas y bisexuales sobre la atención ginecológica en los servicios de salud públicos de Barcelona. A través de testimonios de mujeres usuarias de los servicios sanitarios y de un análisis histórico-teórico, se cuestiona la efectividad del “derecho universal” al acceso a la atención a la salud. Los resultados sacan a flote elementos obstaculizadores de tal eficacia, permitiendo una revisión crítica del sistema sexo/género que enmarca el entorno social al que nos referimos y las distintas discriminaciones que se desprenden del mismo.

Palabras clave: sexualidad; salud sexual; género; lesbianas; ginecología; interseccionalidad.

Sumario

1. Introducción
2. Cuestiones metodológicas
3. Una mirada histórica a la lucha por la adquisición de derechos LGTBIQ+ en España y Cataluña
4. Invisibilización lesbiana
5. Presunción de heterosexualidad: la decisión de “salir del armario”
6. El sexo existe en tanto es heterosexual
7. Espacio hostil, frío, incómodo...
8. La salud sexual como cuestión política
9. Conclusiones

Referencias bibliográficas

1. Introducción

El alcance de lo que llamamos heterosexualidad no se agota como práctica sexual, más bien se erige como régimen político dominante (Wittig, 1992 en Preciado, 2005; Curiel, O., 2013). Tal régimen inunda todos los ámbitos de la vida, enalteciendo unos referentes e “instaurando una jerarquización de la sexualidad” (Rubin, 1989 en Navarro-Corona, C. I., et al., 2016: 45). El modelo biomédico, propuesto por Eduardo Menéndez (1988) como Modelo Médico Hegemónico (MMH), es un campo que ha sido, históricamente, muy influenciado por lógicas heteronormativas (Rivas Martín, R., 2012). Desde este “ordenamiento” de los cuerpos y de los géneros, cuyo baremo es el heterosexismo, se produce un criterio de inteligibilidad (Butler, 2001 en Navarro-Corona, C. I., et al., 2016) que se traduce en agencia por defecto, pues está dentro de la norma. Estos preceptos se hacen evidentes en el campo de la ginecología, poniéndose de manifiesto que mujeres que no se adhieren a la lógica hegemónica, perciben carencias en la atención recibida, puesto que sus sexualidades-prácticas no suelen estar contempladas en los protocolos gineco-obstétricos. El desconocimiento o ininteligibilidad percibidos por parte de los y las profesionales repercute directamente en la salud de las usuarias lesbianas, ya sea por la desinformación, invisibilización o prejuicios, entre otros tipos de discriminaciones que pueden desembocar en el abandono de las revisiones ginecológicas.

Partiendo de un desglose simple, pero que se erige como un paradigma sostenido por instituciones de calado mundial, se abrirá un abanico de problematizaciones que dialogue con las entrevistas realizadas, en torno al tema que sustenta el presente artículo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud sexual como “una serie de procesos encaminados a propiciar el bienestar físico, psicológico y sociocultural, relacionado con la sexualidad. Para su logro se establece que deben ser respetados, protegidos y cumplidos los derechos sexuales de todas las personas” (oms, 2006; ops & oms, 2000; was, 2014 en Navarro-Corona, C.I, et al., 2016: 45). Siguiendo esta línea, podemos fijarnos en qué se dice desde otras instituciones internacionales sobre los derechos de la mujer: “derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia...” (Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing

(China), 4 -15 septiembre de 1995, Párrafo 96 en Navarro-Corona, C.I, et al., 2016: Ídem). Omitiendo el carácter dicotomizado que sobrevuela estas determinaciones, optaremos por tomarlas como unos referentes mínimos de los que partir para reflexionar en torno a los casos a los que hemos tenido acceso.

Teniendo en cuenta el contexto en el que tiene lugar la investigación: Barcelona; siguiendo a Mas Grau y Jubany (2019), podemos decir que es frecuente una conexión cognitiva entre las grandes ciudades occidentales y la tolerancia a las diversidades sexogénéricas. Sin embargo, aunque los imaginarios urbanos occidentales han ido integrando progresivamente nuevas identidades, esto no se traduce en una aceptación o naturalización de las “multitudes queer” (Preciado, 2005). A pesar de esto, debemos tener en cuenta que desde los organismos institucionales de esta ciudad se emiten discursos en favor de la igualdad de derechos y la no discriminación de los colectivos y ciudadanxs LGTBIQ+, lo cual, por lógica extensión, contemplaría también el ámbito de los cuidados de la salud. En este sentido, la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril reconoce como un derecho del paciente el acceso a la información sanitaria y al consentimiento informado, aunque no profundiza en estos aspectos (Rivas Martín, R., 2012). Esto, nos conduce a la idea de que, en los diferentes centros de salud de Barcelona, se debería dar una atención ginecológica igualitaria y satisfactoria a todas las mujeres, independientemente de sus identidades y/o preferencias sexuales.

Desde un acercamiento etnográfico, podemos vislumbrar si se da un cumplimiento de las expectativas de las pacientes, así como una eficacia de la comunicación clínica. La no operatividad de la atención a la salud sexual, más allá de aspectos propios de prácticas consideradas heterosexuales y que tienden a ir ligadas a la cuestión reproductiva, sería un síntoma inequívoco de exclusión y discriminación directa o indirecta a colectivos lésbicos o bisexuales, así como también los de identidad trans entre otros, asunto que se escapa del presente análisis. Se desprende de esto que, a partir de la insatisfacción de las necesidades de mujeres lesbianas y bisexuales, producto de la presuposición de heterosexualidad se seguiría reproduciendo una fuerte invisibilización a estas identidades y a las prácticas homoeróticas¹. Esto acarrearía un vacío de conocimiento al respecto y,

¹ Utilizamos este término porque se desmarca de la estigmatización del concepto homosexual, históricamente patologizado, desviado...El homoerotismo resulta más adecuado para referirnos a la multiplicidad de prácticas y/o deseos entre mujeres, ya que no da por hecho el enlace de unas prácticas a una identidad determinada: “el término no posee una forma sustantivada que indique identidad, como en el caso del homosexualismo” (Cornejo Espejo, J., 2009: 143).

en consecuencia, un impedimento a la generación de medidas políticas, sociales y biomédicas acordes a la problemática.

Desde el presente enfoque, se intenta señalar al paradigma sexo-género imperante al que nos referimos; apelando a que los imaginarios sean capaces de transformar sus perspectivas-juicios y consigan por fin “digerir” la idea de que las distintas identidades-expresiones sexo-genéricas son manifestaciones, entre muchas otras, de la diversidad humana². A partir de la(s) lucha(s) de éstas, es posible re-pensar las cuestiones que constituyen el esqueleto del presente análisis, es decir, las dimensiones políticas que atraviesan la problemática de una posible insuficiencia, ya sea práctica o a nivel informativo, en la atención ginecológica a mujeres lesbianas y bisexuales. Este trabajo parte de la hipótesis de que las situaciones que se dan dentro de la consulta trascienden a la misma y viceversa. Por lo tanto, el objetivo último sería: analizar y evidenciar un sistema sexo-genérico que continúa jerarquizando identidades, alimentando construcciones cognitivas que continúan enlazando determinados cuerpos con determinadas identidades de género, legitimando ciertas prácticas e invisibilizando otras, etc.

2.Cuestiones metodológicas

Desde una aproximación etnográfica, se pone el acento en las narrativas de las experiencias de un grupo de informantes, usuarias de los servicios de salud ginecológica de algunos centros de Barcelona. Este acercamiento desde la antropología, en sus inicios, pretendía contar con un mayor número de entrevistadas; lo cual se vio condicionado por la pandemia de la Covid 19, que reconfiguró en cierta manera el trabajo. Estos condicionamientos se materializaron en un menor número de informantes disponibles, en una modalidad de entrevistas a través de video llamadas (con sus respectivas complicaciones) y en estados de concentración cambiantes, consecuencia de las problemáticas de diversa índole ligadas al nuevo paradigma.

² En esta línea existen investigaciones sobre la lucha por la despatologización de las personas trans, dándose importantes logros a nivel legislativo en España y en Cataluña (Mas Grau, J., y Jubany, O., 2019, Trujillo, 2008). El interés de esta lucha radica no sólo en situarse fuera del ámbito de la medicina, si no en poner en tela de juicio todos aquellos parámetros que sirven de guía al cuerpo social para continuar teniendo una visión universal binaria femenino-masculina, que exige que los cuerpos y las identidades se adapten a un modelo u otro, sin dejar espacio para las autonomías que vayan más allá de estos dos ejes.

Desde la adaptación a las nuevas circunstancias, se indagó en las experiencias de salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. Para esto, se han realizado entrevistas semiestructuradas en profundidad a ocho mujeres³, usuarias de servicios ginecológicos de diferentes centros sanitarios de la capital de Cataluña. Las informantes surgieron a partir del efecto de bola de nieve, por medio de contactos personales.

El perfil de éstas presenta ciertas similitudes y diferencias; las edades están comprendidas entre los 21 y los 40 años, la mayoría son de nacionalidad española (5), el resto de Perú (1), Chile (1) y Estados Unidos (1), aunque todas residen en Barcelona desde hace más de cinco años. Con el fin de preservar la privacidad se han utilizado seudónimos. Entre las entrevistadas, solo una de las migrantes se considera a sí misma “no blanca”⁴; esto destaca la importancia del “ser y no ser” (Jubany, O., 2020: 12) y el poder de las construcciones binarias como determinantes de “la condición y posición de cada uno y cada una de nosotras en una sociedad donde nos definimos a nosotras mismas en oposición a lo que no somos” (ídem).

El nivel educativo de las informantes es parecido, aunque las ocupaciones varían considerablemente, dándose una separación entre trabajos cualitativos y no cualitativos. En general, todas ellas se identifican como lesbianas o “bolleras”⁵, a pesar de que dos de ellas mencionaron haber mantenido relaciones sexuales con algún varón cis durante el último año. En cuanto a perfiles políticos, alguna de ellas pertenece actualmente a algún colectivo u organización feminista (3), otras han pertenecido (2), mientras que el resto nunca han formado parte (3). El análisis adopta un enfoque interseccional, valiéndose de las aportaciones de Davis, K. (2014), mediante un esfuerzo analítico más allá de las características fijas-comunes de las unidades de análisis. Así, problematiza cuestiones, más allá del prisma del género, que resultaron cruciales para enriquecer el trabajo.

Desde el análisis conjunto de las experiencias de la muestra en torno a los servicios recibidos, se aspira a un acercamiento que no se pretende exhaustivo, aunque sí representativo, puesto que las mujeres que participaron son usuarias de centros localizados en diferentes zonas de la urbe, por lo tanto, son asistidas por diferentes

³ Todas las entrevistas fueron grabadas y realizadas a través de Skype, a excepción de una de ellas, que fue presencial.

⁴ Alba, de origen peruano, escolarizada en Barcelona.

⁵ Bollera, al igual que queer, se trata de una categoría étic ofensiva, cargada de violencia y discriminación, que fue/es reapropiada en un ejercicio de subversión como respuesta política (García, D. C., 2005; Trujillo, 2005 en Grau i Muñoz, 2018).

profesionales de la salud. Esto puede permitirnos un sondeo aproximativo de cómo se percibe la atención en este sector, teniendo en cuenta las limitaciones, tales como la heterogeneidad entre los y las profesionales, la subjetividad de las experiencias percibidas por un grupo circunscrito de mujeres, la variedad de realidades y la intersección de factores de cada caso.

3.Una mirada histórica a la lucha por la adquisición de derechos LGTBIQ+ en España y Cataluña

Es innegable el contraste entre la represión explícita a las prácticas no heterosexuales durante la dictadura franquista (1939-1975) y el contexto actual, discursivamente permisivo con la diversidad sexual. Aun así, existe toda una gama de matices en este recorrido histórico, político y social, que es conveniente resaltar para abordar la complejidad de los procesos que desembocaron en relevantes cambios en los discursos, legislaciones e imaginarios. Dicha revisión resulta fundamental teniendo en cuenta que, a pesar de los contundentes cambios, no podemos dar por finalizado tal proceso, y tampoco podemos dar por sentado que éstos se traduzcan en la finalización de las discriminaciones, ni que permeen a todo el conjunto social. Además, sin menospreciar las mejoras en las condiciones de las personas LGBT+, es necesario señalar que éstas no siempre han pretendido poner en tela de juicio al sistema heterosexista y cisgénero prevaleciente (Mas Grau, J., y Jubany, O., 2019; Trujillo, 2008). En esta línea, varixs autorxs⁶ hablan de las tensiones entre diferentes sectores del movimiento homosexual, existente clandestinamente durante los últimos años de Franco y legalizado durante el periodo de la transición, tras su muerte. En un principio, a mediados de los setenta, surgieron organizaciones con una carga ideológica revolucionaria que buscaba ir más allá de la liberación homosexual, apuntando también al desmontaje del orden capitalista. Muchas lesbianas se inclinaron hacia el feminismo, puesto que éste incorporaba cuestiones de gran trascendencia para su identidad de género, aparte de su identidad sexual (Mas Grau, J., y Jubany, O., 2019; Pineda, E., 2008) aunque esta última quedaría supeditada a la agenda común feminista (Trujillo, 2009 en Grau y Muñoz, 2018). Más tarde, las tensiones se configurarían en torno a grupos de corte radical, influenciados por el activismo queer, que apostaban por la dislocación de la hegemonía heteronormativa y

⁶ Más Grau, J.; Jubany, O. (2019); Trujillo, G. (2008); entre otros.

cisgénerica. En el caso de las lesbianas queer en España, más precisamente en Madrid, su organización cogió forma en la primera mitad de la década de 1990. Desde estas organizaciones la denuncia pasaba por la acción directa, muchas veces en la calle, aunque el respaldo teórico constituía una parte sustancial de este posicionamiento político (Trujillo, 2008)⁷ de carácter no jerárquico, que incluía diferentes luchas como la antirracista y la anticlasista, entre otras. La perspectiva queer no busca legitimarse en lo heterosexual, sino que intenta crear una alternativa, con forma propia, al sistema sexo-générico imperante, es decir, más que una “aséptica preferencia sexual” se trata de una “opción política” (Trujillo, G., 2008: 109). Esto demuestra que tales objetivos van mucho más allá de la obtención de derechos igualitarios a los preceptos hegemónicos nombrados, los cuales supondrían el horizonte definitivo de la lucha de muchas organizaciones LGTB+ coordinadas con instituciones gubernamentales, lo que no se debe confundir con la obtención de poder político en sí. Esto se reflejaría en la pérdida de fuerzas de demandas más allá de aquellas de asimilación al sistema sexo-género prevaleciente, bajo el paraguas de derechos fundamentales, tales como el matrimonio o la adopción. Sin ánimos de simplificar, no podemos eludir el “mimetismo” al que conducen estas demandas de igualdad a nivel legal, que estarían dentro de los llamados *love rights* (Calvo, K., y Trujillo, G., 2011; Mas Grau, J., y Jubany, O., 2019), que imitan figuras avaladas por el régimen heterosexual, tales como el matrimonio y la “realización” de una familia nuclear. La adopción de este modelo deja entrever una adaptación exitosa y, por lo tanto, legitimadora de este, fortaleciéndolo y destiñendo las diferentes formas de violencia de las que es generador.

Durante este recorrido no podemos obviar las influencias de un legado que, en España, viene desde la Restauración (1874-1931) y que fue moldeador de los ideales de matrimonio, maternidad y domesticidad como fines últimos y únicos de la mujer (Juliano, D. y Osborne, R., 2008: 9). Además, no debemos perder de vista la relevancia de otros factores, a los que estas autoras aluden como “controles sociales informales” (Ibidem), tales como la fuerte influencia de la Iglesia, institución punitiva con cualquier forma de sexualidad no heterosexual y reproductiva, entre otros preceptos como la concepción de la homosexualidad como una suerte de ofensa pública que atenta contra la patria y la virilidad social (Mas Grau, J., y Jubany, O., 2019; Osborne, 1989 en Grau i Muñoz, 2018).

⁷ Influenciadas por teorías del llamado (post)feminismo (Trujillo, 2008).

4. Invisibilización lesbiana

En palabras de Juliano y Osborne el lesbianismo oficialmente no existía y “no se puede hablar de lo que no existe” (2008: 7). Si bien la homosexualidad era considerada una de las grandes ofensas al orden público (masculino)⁸, en el caso de las mujeres que transgredían esta norma no se daba un castigo patente, lo cual sí ocurría contra hombres homosexuales y personas transgénero (Rivas Martín, R., 2012; Platero, R. (L.), 2016). Mientras que la prostitución, el adulterio o el infanticidio sí que eran detonantes de condenas carcelarias, el lesbianismo no estaba tipificado como delito, por lo que las lesbianas vivían en una suerte de negación social. Por otro lado, puesto que representaban la posibilidad de una existencia autónoma al margen de la esfera masculina, no se daba ningún tipo de reconocimiento, a lo sumo, tenían cabida en el ámbito patológico y podían ser encerradas en psiquiátricos (Rivas Martín, R., 2012). Aquí, cabe reflexionar en torno a la patologización de todas aquellas conductas no heteronormativas, teniendo en cuenta que no fue hasta 1990 que la OMS desclasificó la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Rivas Martín, R., 2012). En cuanto a la transexualidad, esta no fue extraída de la CIE en su renovación del 2018, si no que fue trasladada del apartado “trastornos de la identidad de género” dentro del capítulo de “trastornos de la personalidad y el comportamiento” hacia otro llamado “condiciones relativas a la salud sexual” bajo la etiqueta de “incongruencia de género”⁹. A pesar de “mejorarse” la carátula con la que la OMS se refiere a este colectivo¹⁰, la patologización continúa latente, puesto que se le sitúa dentro de la medicalización mediante un diagnóstico. Esta incongruencia abstrae a la persona de un supuesto cuerpo social congruente para ofrecerle “tratamiento”, vaciando de contenido este posicionamiento político. Este modus operandi no hace más que acentuar la no pertenencia a una

⁸ Estos castigos estaban enmarcados en la “Ley de Vagos y Maleantes” (1933) que incluyó a los homosexuales en 1954, y posteriormente en la “Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (1979).

⁹ [https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-trastorno-condicion_0_607189929.html] (Consulta: 16/04/2020)

¹⁰ Cuando hablamos de colectivos, no se pretende aunar a todas las personas que tienen esta identidad en común, sin embargo, se hace necesario utilizar este concepto para referirnos a cuestiones que competen a un grupo que comparte una identidad global. Es imprescindible tener en cuenta la heterogeneidad de cada colectivo, así como las peculiaridades raciales, de clase, de capacidades, entre otras, que atraviesan a los mismos. Asimismo, es insoslayable que “la construcción de la identidad se convierte en un experimento que nunca termina” (Jubany, O., 2020: 15).

normalidad hegemónica, obstaculizando toda reflexión social al respecto y convirtiendo a las personas trans (o no normativas) en las responsables de “sus problemas”, totalmente ajenos a la sociedad “normal”.

Subvertir la invisibilidad del colectivo lésbico, ha sido y continúa siendo un objetivo principal en las luchas lesbianas, tanto en las organizaciones LGTBIQ+ como en colectivos de carácter alternativo, vinculados a la teoría queer. La omisión de esta identidad está relacionada estrechamente con la invisibilización de la sexualidad de las mujeres, alejada del placer e históricamente subordinada, siendo legitimada únicamente como vía de acceso a la reproducción. En este orden de ideas, la sexualidad lesbiana representa un quiebre radical a los imperativos de la heterosexualidad reproductiva, ya que la aceptación de esta reafirma que las mujeres tienen impulsos sexuales propios. Además, las sitúa fuera de la pasividad asignada, con unas iniciativas que excluyen a los hombres cis y que, por lo tanto, dejan a la vista que existen formas de sexualidad operativas y satisfactorias distintas al modelo heteronormativo (Juliano, D. y Osborne, R., 2008).

En el caso de estudio que nos ocupa, la cuestión de la invisibilización de la sexualidad de las mujeres, y aún más la de las lesbianas, coge especial relevancia. El modelo en el que pone el foco este trabajo, conocido como medicina occidental, ha sufrido variaciones en las últimas décadas¹¹. Sin embargo, continúa siendo jerárquico, dicotómico y gira en torno a una concepción heterosexual del cuerpo humano (Rivas Martín, R., 2012). Dentro de este modelo, la rama ginecológica tiene una visión coitocéntrica de la salud sexual de las mujeres. Esta perspectiva sesgada, que encuentra su razón de ser en el androcentrismo, descarta de antemano alternativas sexuales distintas al coito vaginal, por parte de pacientes lesbianas, bisexuales o heterosexuales; ya que la identidad sexual no tiene por qué ir encadenada inherentemente a ciertas prácticas en específico. Estas ideas son fruto de un complejo constructo ideológico hegemónico heterocentrado, que, aun de forma indirecta, perpetúa las discriminaciones hacia identidades y prácticas sexuales que se alejan del mismo. A su vez, la escasa teorización de este debate dentro del ámbito sanitario y de su vertiente obstétrico-ginecológica, más allá de los márgenes marcados

¹¹Rocío Rivas Martín (2012) atiende a transformaciones en las actuaciones sanitarias en concordancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Conferencia del Cairo (1994) sobre Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Esta autora se refiere a cambios tales como formación en la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual, etc. A pesar de esto, Rivas Martín recalca que aún prevalece la observación y planificación de la salud de la mujer desde un prisma heterosexual, poniendo especial énfasis en lo relacionado a lo reproductivo.

por la heteronormatividad (Brown, J. L. et al., 2014), aumentan la invisibilidad y subordinación de identidades alternativas a ésta. Como consecuencia de esta considerada, a priori, carencia formativa de los profesionales de la salud, como apunta Rivas Martín (2012), se percibe un desconocimiento que se materializa en la falta de satisfacción/información por parte de las usuarias de los servicios sanitarios ginecológicos.

5. Presunción de heterosexualidad: la decisión de “salir del armario”

La invisibilidad de la sexualidad lesbiana, como secuela inevitable de la invisibilidad de la sexualidad de las mujeres, encuentra variadas formas de manifestarse. Las consultas ginecológicas no son una excepción, de hecho, esta problemática ha sido tratada en diferentes zonas del mundo por diferentes autoras¹². El contexto de Barcelona está marcado fuertemente por unos antecedentes históricos de luchas LGTBI+ y de otros tipos de activismo situados en los márgenes de las instituciones oficiales: transfeminismo, queer, etc. Pese a esto y a otros discursos presentes desde las políticas públicas que convergen con la diversidad sexual, se hacen patentes las carencias en el ámbito de la salud sexual. Rocío Rivas Martín, desde dentro del ámbito de la salud gineco-obstétrica, hace referencia a la necesidad de aumentar las investigaciones relacionadas con la salud ginecológica, sexual y reproductiva de mujeres lesbianas¹³, así como una formación que integre la diversidad y prácticas sexuales distintas al coito vaginal (2012). En cuanto a las informantes, podemos decir que la mayor parte de ellas no cuentan con gran información respecto a métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual entre mujeres:

“bueno sé que hay como guantes y tipo un condón para mujeres o para comer coños...pero no lo he visto y no sé dónde los venden tampoco... los riesgos entre mujeres, o las enfermedades entre mujeres, eso no te lo dicen, como que no entra más allá de ah bueno, como hay que tener cuidado igual, y es como ok, pero no te dan más información, no entran en detalle...” (Mar, 33 años, CAP Adrià).

Por otro lado, las informantes que muestran ciertos conocimientos, estos no han sido obtenidos a través de consultas ginecológicas; repitiéndose el patrón de la obtención de

¹²Brown J.L. et al., (2014); Navarro-Corona, C.I. et al., (2016); Rivas Martín, R., (2012); Eiven, L., Sardá, A., & Villalba, V. (2007), entre otras.

¹³ Tanto esta autora como yo hablamos de mujeres. En mi caso, las entrevistadas se identifican con esta categoría. Esto no quiere decir que se desatienda la existencia de lesbianas que no se identifican con la categoría mujer, en palabras de Wittig: “las lesbianas no son mujeres” (2006: 36 en Curiel, O., 2013: 54).

información sobre enfermedades de transmisión sexual, por medio de talleres alternativos, de conversaciones con amigas lesbianas/bolleras, etc.:

“he sacado mucha info de fanzines, de talleres, de escuchar a mis amigas. Sí que hay algún fanzine específico para bolleras, siento que tengo bastante información, aunque no es médica occidental normativa” (Haru, 31 años, CAP Manso, CAP Roger de Flor).

Como hemos mencionado, a pesar de las consecuencias en materia de derechos de identidades distintas a la heterosexual, no cabe duda de que existe una jerarquización, que se hace explícita, y que sitúa en la cúspide a la heteronormatividad. De esta realidad, se desprende una atención ginecológica que presupone, no sólo que las pacientes son heterosexuales, sino que también se da una asociación de la heterosexualidad con unas prácticas limitadas al coito vaginal (Rivas Martín, 2012; Brown, J. L. et al., 2014), o al menos, son las tenidas en cuenta para la aplicación de protocolos de prevención de enfermedades de transmisión sexual:

“Cada vez que es alguien nuevo [...] me preguntan si tengo relaciones sexuales y asumen que es con hombres y soy yo que tengo que decir [...] la primera vez que fui, aquí [...] la tía estaba insistiendo, porque tenía cándidas, que yo estaba follando sin condón, con condón, y yo estaba esperando que me diga algo diferente, ¿sabes?... hasta que yo tuve que decir que no follo con tíos” (Anne, 35 años, CAP Pare Claret, ASSIR).

Estas presunciones, a las que han hecho referencia la mayoría de las informantes, llevan consigo unos métodos preestablecidos que condicionan el tipo de atención recibida (Navarro-Corona, C.I, et al., 2016). Lo cual puede resultar en una falta de respuestas efectivas a otro tipo de sexualidades-prácticas cuando las pacientes “salen del armario” en las consultas ginecológicas: “dejó de preguntarme si uso condones o algún tipo de protección [...] fue como ah vale, tú follas con mujeres entonces pasamos de este tema, no sé...” (Anne, 35 años, CAP Pare Claret, ASSIR).

Si bien no todas las entrevistadas (varias sí) han descrito las reacciones de los y las profesionales como una interrupción incómoda, todas han coincidido en que no es cómodo ni justo tener que comunicar esta cuestión cada vez que se visitan, en cierta manera se comparan con mujeres heterosexuales: “¿por qué tengo que ponerme a explicar que soy

lesbiana si vengo por otra cosa en este momento? [...] si eres hetero no lo tienes que explicar, ¡joder!” (Mar, 33 años, CAP Adrià).

Estas cuestiones hacen que las “salidas del armario” a veces se den como una acción necesaria para recibir una atención acorde a sus necesidades, otras como un acto reivindicativo, dándose incluso casos en los que no se desvela la orientación sexual: “¿en serio me dices que no te ha venido nunca una bollera? no, es que no has hecho sentir a gusto a esa persona para poder contarle tranquilamente” (Lea, 34 años, CAP Manso).

6. El sexo existe en tanto es heterosexual¹⁴

La omnipresencia del régimen heterosexual, y el enaltecimiento de la relación pene vagina como única forma de vivir la experiencia sexual (Rubin, 1989 en Navarro-Corona, C.I, et al., 2016) son tales, que incluso se utilizan como marcadores unívocos de la iniciación de la vida sexual de una mujer:

“me preguntó si había tenido relaciones sexuales y yo dije que sí y ella me preguntó, ¿con penetración? [...] yo había tenido penetración, pero no con un falo, no pude contestar, ella me dijo ¿pero es un hombre o una mujer? y dije una mujer... me preguntó para qué había ido entonces [...] dijo que volviera cuando hubiera tenido una relación de penetración con un hombre [...] me sentí muy avergonzada y culpable (Haru, 31 años, CAP Manso, CAP Roger de Flor).

Otra de las entrevistadas comentó que en su ficha médica consta como inicio de su vida sexual cuando fue penetrada por un hombre:

“mi primera relación con chicas fue a los 17 o así, pero no me lo contabilizaron hasta que no tuve una experiencia sexual con un hombre que fue más tarde [...] me dijo: *bueno, però quan has sigut penetrada?*” (María, 35 años, CAP Drassanes).

En otro caso, la profesional detecta riesgo de transmisión de ETS solo cuando un varón cis entra en la ecuación: “yo me acuesto con mujeres, algo así dije, y me dijo: ya, pero igual hay que cuidarse por si la otra persona se ha acostado con un hombre” (Mar, 33 años, CAP Adrià). Esta falta de orientación concreta, y a veces el no informar a las

¹⁴ Teoría recogida de Wittig que se refiere a que “el sexo es una categoría que existe en la sociedad en tanto es heterosexual y las mujeres en ella son heterosexualizadas” (1980 en Curiel, O.,2011: 30).

pacientes, puede desembocar en la falsa creencia de que el riesgo de contagio de enfermedades en las prácticas sexuales entre mujeres es bajo. En la presente muestra, la única precaución que es tomada es la higiene de manos, teniendo un fuerte peso el factor de la confianza: “bueno, si tengo candidas le aviso a la otra persona y ella decide si quiere tener hongos o no” (Desi, 40 años, CAP Sant Andreu). Sin embargo, no todas tienen claro cómo actuar. Una de las entrevistadas que tiene diagnosticado un tipo de papiloma, al hablar de un primer encuentro con otra mujer dice: “a un ligue no sé si contárselo o no, porque también está el derecho a mi privacidad” (Lea, 34 años, CAP Manso). Entre las enfermedades que más preocupan a las informantes están el papiloma (VPH), las candidas, el sida (VIH) y la clamidia, todas ellas “aparentemente podrían transmitirse entre mujeres, pero tampoco existen investigaciones al respecto” (Eiven, L., Sardá, A., & Villalba, V., 2007: 10). Pese a esto, la utilización de métodos de barrera entre las informantes es prácticamente nula.

A partir de las narrativas, se evidencia una sensación de vacío de conocimientos acerca de enfermedades de transmisión sexual de mujer a mujer, en gran parte se culpabiliza al patriarcado como algo abstracto en lo que no profundizan, pero también se da una asociación inherente entre este y las prácticas médicas: “la medicina general occidental es un lugar de reproducción de la norma no de cuestionamiento” (Haru, 31 años, CAP Manso, CAP Roger de Flor). Esta desinformación generalizada entabla una conexión con la sexualidad de las mujeres, en general, como campo poco estudiado, más allá de la conjugación con la sexualidad de los varones cis y las cuestiones reproductivas. Esto se plasma en una de las aportaciones:

“no investigan cosas que tengan que ver con el placer femenino, por ejemplo, el *squirt*^{15/16} no se investiga, saben que existe, pero como se supone que no transmite enfermedades, bueno, incluso hay quién duda de que exista...pero existe, ya te lo digo yo...” (Desi, 40 años, CAP Sant Andreu).

7. Espacio hostil, frío, incómodo...

Todas las informantes han manifestado sentirse incómodas en las consultas ginecológicas, haciendo alusión a un espacio frío, impersonal, hostil, etc. A menudo, estas

¹⁵ O *squirting*, nombres dados a la eyaculación femenina.

¹⁶ Tema tratado por Diana Torres, desde una perspectiva “feminista, radical y combativa” en “Coño potens” (2015).

concepciones negativas de los espacios donde tienen lugar las consultas, se hacen extensivas a los y las profesionales de la salud:

“esa frialdad, esa jerarquía entre doctora y paciente, es que parece que le debas la vida...y no...vengo aquí porque me encuentro mal, o por revisarme...es como un estatus, casi como un poco de policía, de te voy a decir lo que está bien y lo que está mal” (Lea, 34 años, CAP Manso).

Estas características, generalmente, las atribuyen a la medicina convencional en su conjunto, se trataría del ya mencionado MMH tratado por Menéndez, basado en la biología y la autoridad, el cual, aunque este autor no se fijó, se rige por “epistemologías sexopolíticas heterocentradas que dominan todavía la producción de la ciencia” (Preciado, 2005: 166).

En estas circunstancias, la forma de actuar de lxs sanitarixs dentro de este espacio resulta determinante en las experiencias de las usuarias. Para poner de relieve esta cuestión es útil fijarnos en dos informantes que no son adeptas de hacer uso de la biomedicina, y que han tenido malas experiencias en sus primeras visitas: Haru, su vida sexual no fue contemplada por no haber practicado el coito vaginal y Brenda, todas las preguntas estaban relacionadas con la heterosexualidad, lo que le impidió hablar de su orientación sexual. Pese a esto, ambas volvieron a visitarse con profesionales distintas, la primera por haber mantenido relaciones con alguien que tenía VPH y la segunda por dolores y períodos menstruales irregulares¹⁷. En ambos casos las valoraciones cambiaron rotundamente:

“no recuerdo cómo me lo preguntó, pero no fue nada traumático, sé que mi opción estaba totalmente contemplada dentro de las preguntas, era fácil porque creo que ella lo nombró y así era más fácil simplemente decir sí” (Haru, 31 años, CAP Manso, CAP Roger de Flor);

En este sentido, también Brenda comenta: “una ginecóloga estupenda... me preguntaron por qué iba, con quien tenía relaciones, si era hombre o mujer, o sea todo” (36 años, CAP Les Hortes). Un asunto muy presente en la etnografía fue la importancia del género de lxs médicxs, dándose en la muestra una preferencia unánime por ginecólogas, enfermeras,

¹⁷ En todos los casos, las visitas ginecológicas se realizan una vez percibidos riesgos de contagio o síntomas, siendo infrecuentes los controles rutinarios.

comadronas¹⁸. Esta predilección se da tanto por parte de las que no han tenido que visitarse con hombres: “ojalá no me toque nunca, eso lo tengo muy claro [...] yo no quiero que un señor me toque, no me fio” (Haru, 31 años, CAP Manso, CAP Roger de Flor); como de las que sí lo han hecho:

“los hombres no deberían ser ginecólogos, lo siento [...] no sirven, no tienen consciencia de lo que es nuestro cuerpo, nuestro sentir, nuestro tacto, nuestro todo [...] una vez fui con un tãmpax a urgencias porque tenía un herpes, y me lo empezó a estirar él, y yo, en plan ¿pero qué haces? nunca le puedes estirar de un tampón a una mujer, claro, es que no saben lo que es...” (Lea, 34 años, CAP Manso).

Si bien, se asume una menor incomodidad en la atención por parte de sanitarias, esta inclinación no reposa en la idea de que tal condición garantice una atención adecuada o cuidadosa.

La experiencia del dolor deja traslucir elementos que renuevan la idea de “mujer heterosexualizada” (Wittig, 2001 en Curiel, O.,2011: 30) y que oscurecen otro tipo de realidades:

“me hicieron una citología pero me dolía demasiado, tres veces intentó entrar...y yo chillaba de dolor... y la tía que me la hizo me dijo que eso era porque, como mantenía relaciones con mujeres, no estaba acostumbrada a la penetración y por eso me dolía tanto [...] es un doble prejuicio, por un lado, por hacerte sentir que te tienen que caber cosas en la vagina, o sea penes...y por otro, por considerar que las lesbianas no nos penetramos entre nosotras con cosas que pueden llegar a ser más grandes que un pene [...] te hacen sentir que tu forma de tener relaciones sexuales es errónea, aunque ni siquiera conocen esas formas [...]salí llorando de la consulta...no te acompañan en tu dolor” (Desi, 40 años, CAP Sant Andreu).

A los aspectos mencionados en relación con el MMH, y al comportamiento de algunxs sanitarixs, se añaden circunstancias como la incapacidad de la sanidad pública de ofrecer unas condiciones que trasciendan la dicotomía diagnóstico-medicalización, el tiempo de duración limitado de las consultas, entre otras cuestiones. La suma de factores que negativizan las experiencias de las usuarias entrevistadas ha desembocado en que algunas

¹⁸ El número de matronas hombres es bastante inferior al de mujeres [<https://www.publico.es/actualidad/comadrona-hombre.html>] (Consulta: 11/05/2020), no sucede lo mismo con los ginecólogos hombres, cuestión que merece atención, pero que abriría un nuevo enfoque.

de ellas dejen de acudir, aun padeciendo patologías como el VPH: “no he encontrado respuestas a mi inquietud en la seguridad social y he dejado de mirarme hace dos años, esto es fatalísimo, fatal...” (Lea, 34 años, CAP Manso). Mientras que otras deciden optar por una consulta meramente utilitaria:

“si tengo algún tipo de molestia, ellos me pueden hacer pruebas y mandarlas a un laboratorio y así yo puedo estar segura de que todo está yendo bien...si tú no te implicas... yo voy a lo que voy, que me hagan las pruebas, punto y pelota... (Alba, 21 años, CAP Sant Martí).

El tránsito desde la biomedicina hacia medicinas alternativas no es tan frecuente como la intermitencia entre éstas, dándose una dinámica de acudir al centro sanitario por cuestiones que no se pueden solventar de forma autogestionada o con métodos “naturales”¹⁹. En base a esto, se valoran muy positivamente aquellos tratamientos que, desde la ginecología biomédica, dan lugar a enfoques holísticos y sin medicalización:

“tenía ovario poliquístico [...] me dijo que me recomendaba tomar pastillas anticonceptivas y yo le dije que si podía haber otro remedio...dijo que lo podíamos intentar a través de la alimentación, entonces me dio como unas pautas, y así lo fuimos controlando” (Brenda, 36 años, CAP Les Hortes).

Destaca que, en este y otros casos, la primera opción (y muchas veces la única) es la medicación. Es a partir de aquí, y bajo previa sugerencia de las pacientes, que se puede generar una apertura o no, por parte del/la profesional.

8. La salud sexual como cuestión política

Como hemos comentado, el presente análisis adopta un enfoque interseccional, adhiriéndose a la coherencia de observar el cúmulo de relaciones y circunstancias que contornean las diferentes realidades (Platero, 2013). Un enfoque de género localiza fácilmente las disparidades e insuficiencias que han sido motivo de lucha del(os) feminismo(s) y que se ponen de relieve a simple vista en el tema tratado, pero resulta insuficiente para ahondar en otros aspectos. A finales de lo que se conoce como la

¹⁹ Algunas de las informantes han hecho alusión a remedios caseros, como la aplicación de yogur en la vagina para el tratamiento de candidas. El término natural, aquí, iría en la línea de desmarcarse de los fármacos.

segunda ola del feminismo²⁰, desde el feminismo español de las instituciones, se consiguió reclamar sobre los derechos sexuales de las mujeres: “el placer y la autonomía sexual son arropados como reclamos fundamentales de éste” (Posada, 2014 en Grau y Muñoz, 2018:54). Más tarde, las tensiones se hicieron visibles entre sectores institucionalistas y radicales. A finales de los ochenta, con la influencia de lo queer, el lesbianismo feminista y el activismo transexual, ponen sobre la mesa cuestiones espinosas que van más allá de las demandas de igualdad. Este trabajo pretende problematizar cuestiones alrededor de la sexualidad de algunas lesbianas, a partir de este aspecto de la vida de las informantes, un aspecto entre muchos que forman parte de la “maraña” (Platero, 2014:2) de relaciones y situaciones que (con)forman la(s) identidad(es). Las entrevistadas son leídas como mujeres²¹, de hecho, se identifican como tales, pero también se identifican como lesbianas o como bolleras. Además, algunas son inmigrantes, algunas han abortado, algunas son poliamorosas, algunas no llegan a final de mes, tienen personas a su cargo, están en un ERTE, y un largo etcétera. No pretendemos enfatizar en aspectos que pueden (y lo hacen) devenir en algún tipo de discriminación, ni tampoco caer en una enumeración de “opresiones”, si no poner de relieve que realidades diversas han hecho que estas mujeres se sientan discriminadas, violentadas, ignoradas... en mayor o menor grado, como una de las informantes migradas comenta:

“me tenían que controlar el tema del aborto, y yo había tenido problemas con la regla y malestares y tal [...] cuando le mencioné lo de las mujeres hizo un gesto como de ¡ah! y yo la quedé mirando, ¿sabes? cuando te intentan decir ¡ah encima! (Alba, 21 años, CAP Sant Martí).

En este caso, por medio del “juicio” que percibe la informante, podemos hablar de distintos tipos de discriminación: la profesional no se muestra cuidadosa con una paciente que ha abortado hace pocos meses; además, cuando la usuaria comenta que mantiene

²⁰ Utilizamos y entendemos el concepto “ola” como una forma de ordenación, aunque no somos ajenas a las discusiones al respecto. Este periodo está situado convencionalmente a finales de los 60 hasta la mitad o finales de los 70. La tercera ola se sitúa a partir de la década de los 90, principios del 2000 “dependiendo de la localización geográfica que se tome” (Evans, 2016 en Sales Gelabert, 2018:54).

²¹ Cabe hacerse las preguntas que se hace Platero para dar cuentas de que las categorías identitarias son construcciones sociales que incluyen o excluyen de per se: “tomando el ámbito de la sexualidad y las relaciones de género, ¿qué implica la categoría mujer?; ¿incluye a las mujeres transexuales o a las lesbianas?; ¿alude a quienes son aún niñas o son mayores de 65 años?; ¿la diversidad funcional desdibuja de alguna manera qué significa ser mujer? ... (2014: 57).

relaciones sexuales con mujeres, su tono de voz y su comentario generan una sensación de desaprobación. Tratamos con narrativas, y con lo que se desprende de estas, con lo cual, no pretendemos achacar tales actuaciones a una cuestión concreta, ni generalizarlas o caer en conjeturas. Pese a esto, podemos decir que, para la profesional, la combinación de ciertos elementos (aborto reciente, identidad racializada, edad, promiscuidad, identidad sexual...), hicieron que se desborde su capacidad de atención adecuada, haciendo que la paciente se sintiera muy incómoda. En esta línea, cabe reflexionar sobre las capacidades de resistencia de las usuarias, entre las que encontramos diferentes razones para “salir del armario” en las consultas. Entre aquellas que pertenecen o han pertenecido a alguna organización feminista o transfeminista, se hace hincapié en la necesidad de visibilizarse, haciéndose explícitos los cambios en esta concepción a lo largo de sus vidas:

“al principio me daba corte, no lo decía [...] ahora lo reivindico, en plan para que se den cuenta que existen otras realidades y otras prácticas, y que no soy una persona que está con una sola persona y que vivo mi sexualidad libremente...o sea, quiero que se den cuenta de que existen otras realidades para que espabilen un poco [...] las bolleras existen, que luego se vean o no se vean es porque tú haces que se vean o no se vean, ¿sabes? (Lea, 34 años, CAP Manso).

Estas posturas denotan, en cierta forma, lo que Grau y Muñoz llama “la radicalización de la sexualidad como arma política convertida en artefacto activista” (2018: 49), propuestas cercanas al transfeminismo que traen a la agenda la sexualidad, mucho más allá de “la cuestión de la mujer”.

Por otro lado, los orígenes de las integrantes de la muestra son diferentes, lo cual nos ha permitido algunas comparaciones y concepciones al respecto de la atención recibida:

“pienso que dónde te crías, qué tienes alrededor, te crías en una ciudad o te crías en un pueblo, varía la información en mi opinión, como que la información llega de otra manera, o sea no se habla tan directamente de sexo [...] cuando fui en Toledo [en un pueblo de]...las preguntas eran un poco diferentes a aquí, o sea, allí me dirigieron las preguntas [hacia la heterosexualidad]” (Brenda, 36 años, CAP Les Hortes).

Esta usuaria apreció una mejoría en su atención en Barcelona con una profesional de su agrado, sin embargo, cuando ésta fue trasladada de centro, la paciente dejó de visitarse, poniendo de manifiesto la individualización a la que es reducida la atención en varios casos. Cuando se preguntó acerca de ideas para una consulta adecuada, varias veces se apeló a la responsabilidad individual de lxs sanitarixs:

“Es como no estar aislada de la realidad, existen bolleras, existen bisexuales, existen poliamorosas, existen monógamas, todo tipo de situaciones y prácticas sexuales, incluso el sado, ¿no?...yo no lo practico, pero yo qué sé, puede haber gente que se haya hecho daño practicando sado y tenga que ir a ginecología, pues tienes que tener conocimientos de eso, ¿no? No es un mundo paralelo, hay gente que lo practica y puede pasar... (Lea, 34 años, CAP Manso).

En varios casos esta individualización es superada, apuntando a una estructura a nivel macro, el Estado como gestor central de políticas públicas, por ende, como responsable de no introducir los cambios necesarios en la formación, no solo médica, sino general de lxs ciudadanxs: “si te interesa te puedes formar aparte, pero no es una formación que esté dentro del currículo del Estado” (Haru, 31 años, CAP Manso, CAP Roger de Flor). Si bien, ninguno de los casos se muestra conforme con la atención ginecológica recibida, podemos decir que las informantes “militantes” dentro de organizaciones feministas, muestran un discurso sólido y una visión bastante más crítica que el resto:

“si no estuviera concienciada me creería todo lo que me dicen, y ya está...me sentiría culpable por mis deseos, me sentiría culpable por ser lesbiana, me sentiría culpable por que me duelan las citologías...por mis pelos... (Desi, 40 años, CAP Sant Andreu).

La ineficacia percibida no se agota en las experiencias de las informantes, éstas, se muestran preocupadas por la atención a jóvenes que comienzan a experimentar con su sexualidad:

“me imagino el caso de una chica que tiene 17 años o 16, y está empezando a liarse con chicas y de repente va a ginecología ...igual te hacen cuestionar lo que estás haciendo, depende de la familia de la que vengas, de la red... y si aparte vas a una consulta de ginecología y todo se trata de heterosexualidad, igual hace que te lo repienses...” (Brenda, 36 años, CAP Les Hortes).

Estos aspectos nos indican que se trata de una cuestión preocupante, en tanto que el sistema sanitario público se imbrica en tantas otras instituciones públicas de Barcelona, ciudad emisora de un discurso afín a la diversidad sexual. En este orden de ideas, observamos una fuerte contradicción con el mismo, por parte de los servicios de salud públicos. Éstos no logran plasmar efectivamente la asunción, naturalización y atención de las necesidades de las diferentes identidades y prácticas sexuales, lo cual se traduce en una atención inadecuada a perfiles no heteronormativos.

9. Conclusiones

Un acercamiento etnográfico a la salud sexual de mujeres y/o lesbianas, desde diferentes aportaciones teóricas y narrativas, ha permitido poner de relieve el fuerte impacto del régimen heterosexual en el campo de la biomedicina. Tal impregnación se hace operativa en la actualidad, si bien, algunas de las experiencias narradas fueron pasadas, todas las informantes acudieron a ginecología en los últimos dos años. Por lo tanto, aunque el análisis no sea una toma de pulso de la situación actual de los servicios ginecológicos, sí es sintomático de las percepciones actuales de las usuarias de estos.

Si bien, las políticas públicas en favor de la diversidad sexo-genérica han ido en incremento en los últimos años, éstas no se han hecho efectivas en todas las esferas sociales, quedando aún mucho recorrido por hacer en el campo biomédico. La atención ginecológica en Barcelona no solventa las necesidades de usuarias que se sitúan fuera de la heteronormatividad, ya sea por la ausencia de información sobre transmisión de enfermedades y/o de protocolos que contemplen una gama abierta de prácticas sexuales. La raíz de esta carencia formativa se conecta con unas instituciones estructurales médico-científicas que no han prestado suficiente interés al asunto.

La desestigmatización y naturalización de identidades-orientaciones y prácticas sexuales no heterosexuales debe trascender el ámbito de lo discursivo y materializarse en prácticas acordes. Esta suerte de anacronismo en el que se sitúan algunas consultas ginecológicas barcelonesas puede y debe reconvertirse con la suma de diferentes factores. En esta línea, el papel de las lesbianas y otras diversidades no hegemónicas resulta fundamental, como “sujetos de construcción de conocimiento” (Anzaldúa, 1987; 2001; Haraway, 1995 en Beleño Quimbayo, C., 2018: 107), y, por lo tanto, como sujetos con agencia para generar cambios. Como una suerte de respuesta a lo que dijo Gloria Anzaldúa “Si no creamos estas instituciones, seguramente las perpetuamos con nuestro apoyo inadvertido” (2001:

138); el ejercicio de visibilización está siendo llevado a cabo por las usuarias, quienes buscan estrategias para reivindicar sus identidades y generar resistencias al modelo de atención. En otras palabras, politizar las sexualidades se presenta como una respuesta viable a la subordinación reservada históricamente a realidades distintas a la heteronorma.

En definitiva, y en un marco más amplio, se hace imprescindible la deconstrucción gradual de los preceptos heterosexuales, que genere cambios estructurales reales que permeen a las diferentes esferas sociales, entre ellas, la de los cuidados sanitarios igualitarios; a partir de una formación que contemple la multiplicidad de las identidades sexuales. Asimismo, sólo un enfoque antropológico que adopte la interseccionalidad como “una herramienta metodológica hacia la investigación empírica” (Jubany, O., 2020: 20), superará la forma de pensar las discriminaciones y los privilegios como islas sin conexión, atendiendo a los procesos que resultan en estos entrecruzamientos (Ibidem: 21). Concluyendo, todo esto solo será posible a través de una severa revisión y reconfiguración de los habitus (Bourdieu, P., 2005) configuradores de las concepciones del sistema heteronormativo que continúa rigiendo el contexto al que nos referimos.

Referencias bibliográficas

ADIEGO, J. A. L., GRAU, J. M., JUBANY, O. (2019). “Geografías de la diversidad sexogenérica más allá de la gran ciudad: experiencias, discursos y prácticas en dos ciudades medianas de Cataluña”. *Documents d'anàlisi geogràfica*, 65(3), 473-492.

ANZALDÚA, G. (2001). “La prieta”. *Debate Feminista*, 24(12)129-141.

BELEÑO QUIMBAYO, C. (2018) *Creí que las lesbianas eran un mito: construcción de conocimientos por una reapropiación de la atención en salud sexual a mujeres lesbianas* (Tesis de Maestría en Estudios Culturales). Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. Facultad de Ciencias Sociales, Bogotá, Colombia.

BORDIEU, P. (2005). “Habitus”. *Habitus: A sense of place*, 2, 43-49.

BROWN, J. L. et al. (2014). “Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina”. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 673-684.

- CALVO, K., & TRUJILLO, G. (2011). "Fighting for love rights: Claims and strategies of the LGBT movement in Spain". *Sexualities*, 14(5), 562–579.
- CORNEJO ESPEJO, J. (2009) "Equívocos del lenguaje: homoerotismo en lugar de homosexualidad". *Alpha* [online], 29, 143-154
- CURIEL, O. (2011). "El régimen heterosexual y la nación. Aportes del lesbianismo feminista a la antropología". *La manzana de la discordia*, 6(1), 25-46.
- CURIEL, O. (2013). *La nación heterosexual. Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. 1era. Edición, Bogotá: Brecha Lésbica.
- DAVIS, K. (2014). "Intersectionality as critical methodology". *Writing academic texts differently: Intersectional feminist methodologies and the playful art of writing*, 17-29.
- EIVEN, L., SARDÁ, A., VILLALBA, V. (2007). "Lesbianas, salud y derechos humanos desde una perspectiva latinoamericana". *Revista Mujer Salud*, 2, 43-54.
- GARCÍA, D. C. (2005) "Teoría queer: reflexiones sobre sexo, sexualidad e identidad. Hacia una politización de la sexualidad". *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, 21-66
- GRAU I MUÑOZ, A. (2018) "Placeres políticos: el activismo transfeminista en el Estado español y la re-politización de la sexualidad como estrategia de disidencia". *Asparkia*, (32), 45-64
- JUBANY, O. (2020) "Intersecciones Encarnadas" En Jubany, O. ; Guasch, O. (eds.) *Intersecciones encarnadas. [Con]textos críticos en género, identidad y diversidad*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 11-30
- MAS GRAU, J., JUBANY, O. (2019) "De la révolution sexuelle à l'inclusion sociale des expressions LGBT+. Le processus d'obtention des droits LGBT en Espagne". *Droit et cultures. Revue internationale interdisciplinaire*, (77), 53-68.
- MENÉNDEZ, E. (1988) "Modelo médico hegemónico y atención primaria". *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

NAVARRO-CORONA, C. I. et al. (2016). “Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual”. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 44-52.

PLATERO, R. (coord.) (2008). *Lesbianas: discursos y representaciones*. 1era. Edición, España: Melusina

PLATERO MÉNDEZ, R. (Lucas) (2013) “Marañas con distintos acentos: género y sexualidad en la perspectiva interseccional”. *Encrucijadas-Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 5: 44-52.

PLATERO MÉNDEZ, R. (Lucas) (2018) “Por un chato de vino” En BORNSTEIN, S.; BERGMAN, B. (eds.) *Disidentes de género*. Madrid: Continta Me Tienes, 55-69

PRECIADO, P. B. (2019). “Procreación políticamente asistida y heterosexualismo de Estado”. *Un apartamento en Urano: Crónicas del cruce*. México: Anagrama, 67-75

PRECIADO, B. (2005). “Multitudes queer. Nota para una política de los ‘anormales’”. *Nombres*, (19), 157-166

RIVAS MARTÍN, R. (2012) “Lesbianas: mujeres iguales, mujeres diferentes. Aproximación a sus percepciones de salud ginecológica, sexual y reproductiva”. *NURE Investigación*. (58), 1-88

SALES GELABERT, T. (2018) “Una nueva luna de miel; teoría feminista, antropología feminista e interseccionalidad”. *Revista Andaluza de Antropología*, 14, 49-70

TORRES, D. (2015) *Coño potens*. País Vasco: Txalaparta