



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS

**Invisibilización de la sexualidad
lésbica, implicaciones en la salud
de mujeres universitarias en la
Ciudad de México.**

TESIS

Para obtener el título de

**Antropólogo(a) con especialidad en
Antropología Social**

P R E S E N T A (N)

Diana Bermejo López

DIRECTOR(A) DE TESIS

Frida Erika Jacobo Hernández



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen:

Esta investigación analiza cómo la biomedicina ha tenido una gran repercusión en la vida de mujeres lesbianas cisgénero en la Ciudad de México. Desde una perspectiva histórica y visibilizando la responsabilidad del sistema biomédico al fundamentar prácticas y creencias homofóbicas y lesbofóbicas que hasta el día de hoy han dejado estragos en la vida de mujeres lesbianas. Es también importante resaltar en esta tesis el contexto político y la movilización de mujeres lesbianas que ha permitido la elaboración de leyes, tratados, artículos y protocolos para respaldar la salud de mujeres lesbianas en la Ciudad de México. Del mismo modo se explora qué cambios deberían implementarse; la perspectiva contemporánea con respecto a la salud sexual y dar a conocer a partir de las entrevistas realizadas a dos ginecólogas y un cuestionario online a treinta mujeres lesbianas cisgénero, cómo es que se han invisibilizado las necesidades de las mujeres lesbianas que van desde los autocuidados hasta la atención médica, a partir de sus experiencias en chequeos y citas ginecológicas. Finalmente, evidenciando que las mujeres lesbianas son sujetas activas en la lucha por sus derechos, se prestará atención a las emociones como un eje de acción y categoría de análisis que nos permitirá entender a las mujeres lesbianas y las acciones que están realizando para contrarrestar esta invisibilización.

A manera de contraste y de obtener una perspectiva desde la biomedicina, se entrevistó a dos ginecólogas, la Dra. Palma que trabaja en el sector privado, y la Dra. Collin del sector público, ambas en la Ciudad de México. También se entrevistó a la directora de la organización Jóvenes por una Salud Integral, Fabiola Baleón y su ahora esposa Mariana, fundadora de dicha organización, quienes me compartieron un punto de vista muy enriquecedor sobre la situación política contemporánea que están viviendo las mujeres lesbianas y su salud en la Ciudad de México. Finalmente se llevó a cabo un proceso de observación participante durante la Formación Política “Políticas a la calle” gestionado por

Jóvenes por una Salud Integral del 15 al 18 de diciembre del 2022. Se trató de un espacio de reflexividad y co-construcción de perspectivas alrededor de temas como la salud sexual lésbica, la agenda política de las lencitudes y formas de incidencia política.

Agradecimientos

A mí mamá por amarme, cuidarme, procurar mi bienestar siempre y brindarme las facilidades para llegar a este momento tan especial de mi formación académica. Gracias por todo lo que trabajaste por darnos lo mejor a mi hermana y a mí.

A mí papá por amarme, protegerme, respaldarme, por este lazo de confianza que hemos construido, por ser el primero en impulsarme en mi tema de tesis y siempre darme las herramientas para crecer en diferentes ámbitos de mi vida.

A Zaza, por ser el mejor hermano del mundo, por escucharme, respaldarme, crecer conmigo. Jamás olvidaré los momentos de crisis donde me diste contención y apoyo incondicional. Eres un ser sumamente noble y soy muy afortunadx de ser tu hermanx.

A Sarah, por acompañarme en todo este camino, por no solo estar en los momentos especiales y dulces sino también en los momentos oscuros y dolorosos. Me siento muy afortunadx de tenerte en mi vida y aprender juntxs. Quiero vernos crecer aún más.

A la Dra. Frida Erika Jacobo Herrera, por mostrarme el lado amable y cálido de la academia, porque desde el primer momento aceptó ser mi asesora de tesis, me dedicó muchísimo tiempo en las revisiones, me dió contención y me impulsó demasiado en este camino. Siempre le estaré agradecidx por creer en mí.

A las mujeres lesbianas que confiaron en mí y respondieron el cuestionario para esta tesis, a las integrantes de Jóvenes por una Salud Integral, quienes me abrieron las puertas para conocerlas, tienen mi entera admiración, son el claro ejemplo de que las mujeres lesbianas son agentes de transformación en la sociedad.

A la Dra. Palma y la Dra. Collin, por su tiempo y atención durante las entrevistas pero sobre todo por deconstruir al sistema biomédico de su propia mano. El mundo necesita más doctoras como ustedes, con el propósito de ayudar y atender sensible y empáticamente.

A mis amistades Caloca, Uri, May, Pau, Romi, Odarys, Sarahí, Dam, Dani García, Dani Mendéz y Mon por todo el cariño, la calidez, por las risas, por escucharme, por la oportunidad de aprender juntxs no solo en la escuela sino también en la vida. Me siento muy afortunadx de tenerles.

Índice

Introducción	8
Metodología	13
CAPÍTULO 1. LA CONSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES LESBIANAS COMO SUJETAS A PARTIR DE LA BIOMEDICINA	16
• La biomedicina a través de los ojos de la antropología de la salud	17
• El cuerpo enfermo, cuestionamientos a la biomedicina desde la antropología de la salud	18
• La biomedicina y su papel en la construcción social de “la mujer lesbiana”, una sujeta	21
• Militancia Lésbico Gay en México	27
• Panorama en la actualidad	30
• Consideraciones finales	35
CAPÍTULO 2. SALUD LÉSBICA, TABÚES, DERECHOS Y POLÍTICA	39
• Salud y derechos	42
• Respuesta del gobierno mexicano a las necesidades de las mujeres lesbianas con respecto a su salud en Ciudad de México	44
• Jóvenes por una Salud Integral A.C. una organización de lesbianas con agencia en la salud sexual de las juventudes diversas	49
• Un proyecto que inició la renovación del trato biomédico a las disidencias	51
• Desafíos y nuevos comienzos	53
• Capacitación y aplicación del protocolo	57
• Campaña de salud sexual y prevención de infecciones de Jóvenes por una Salud Integral AC.	59
• Una pretensión ideal	62

• Consideraciones finales	63
CAPÍTULO 3. PRÁCTICAS SEXUALES, AUTOCUIDADOS Y	
ATENCIÓN MÉDICA EN MUJERES LESBIANAS	68
• Autocuidados	70
• Metodología: Cuestionario y entrevistas	74
• Perfil de la muestra	75
• Ser saludable y ser lesbiana	77
• Vida sexual, estereotipos y tabúes por romper	78
• Autocuidados, riesgos y recomendaciones	82
• Afectaciones en su salud	87
• El consultorio médico, terreno por deconstruir	89
• Hablemos de emociones	100
• Replanteemos la educación	106
• Algunas recomendaciones	107
• Consideraciones finales	109
Conclusión	116
Referencias	128
ANEXOS	137
GLOSARIO	160

Introducción

Como inicio de esta introducción, considero pertinente mencionar que la presente investigación fue realizada por una persona *queer*. Lo cual resulta importante porque influyó no sólo en un ejercicio de reflexividad constante, también en la manera de nombrar y de escribir este documento. Asumirse como una persona *queer* es producto de un proceso largo de autoconocimiento, reflexión y aceptación que la antropología me ha permitido vivir. Identificarme como *queer* significa ser una persona que reconoce la sexualidad, el género y la expresión de género como espectros fluidos, no fijos. Crecí siendo socializadx como una mujer, aprendí las normas e ideales de ser una mujer. Sin embargo, no me identifico con dicha categoría, tampoco con la de hombre. Considero que mi identidad va más allá de dicho binarismo.

Lo anterior ha provocado que me sienta con mayor comodidad y respeto a mi identidad utilizando el lenguaje inclusivo. Es parte de un posicionamiento personal pero también político escribir esta tesis sin invisibilizar ninguna identidad de género a través del uso del lenguaje antes mencionado, los pronombres neutros y añadiendo una “x” en palabras como médicx, sujetx, individux, entre otras. De esta manera, me es posible no sólo referirme a personas del género masculino o femenino, sean cisgénero o trans, sino también a personas *queer*, cuir, no binarias, de género fluido, género neutro, agénero, pangénero, entre otrxs.

Hacer una investigación sobre mujeres lesbianas siendo una persona *queer*, no es gratuito. Por algún tiempo me identifiqué como mujer lesbiana y aún hasta la actualidad, muchas personas me perciben como una. Sumado a esto, además de ser una persona *queer* también soy perteneciente a la comunidad lencha, o a las *lenchitudes*¹ por lo que comparto experiencias y sentires con algunas mujeres lesbianas. En el mismo sentido, no podemos homogeneizar o

¹ Personas a quienes nos atraviesa el estigma dirigido a “las lenchas” en toda nuestra diversidad: somos personas trans, no binaries y cis; lesbianxs, bisexuales, pansexuales, asexuales, travestis, intersex, *queer*; xadres, madres y padres de familias diversas creando lazos en un sistema que constantemente nos invisibiliza a su conveniencia. (Marcha Lencha [@marchalencha][fotografía] Instagram. <https://www.instagram.com/p/CezKqp0OdvA/>

generalizar experiencias entre las disidencias sexo-genéricas, ya que se trata de un universo diverso, por ello elegí como muestra a jóvenes lesbianas cisgénero.

Este proyecto nace de la preocupación por un problema estructural o mejor dicho, una invisibilización estructural, que desde varias aristas afecta la salud sexual de las mujeres lesbianas. Inicialmente las hipótesis fueron que: 1) Las mujeres lesbianas cisgénero únicamente han recibido información para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) en caso de tener relaciones sexuales con hombres cisgénero. Es decir, sobre los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos e ITS, reitero, únicamente enfocados a las relaciones heterosexuales cis. 2) No existen programas o campañas gubernamentales que atiendan las necesidades específicas de la salud de mujeres lesbianas como un trato digno, información sobre cuidados sexuales integrales o métodos de protección adecuados. 3) Al no existir programas gubernamentales que atiendan realmente la situación de este sector poblacional se invisibiliza también sus necesidades en el sector salud, específicamente en el área ginecológica, donde muchas mujeres lesbianas son discriminadas o no reciben un trato digno y de calidad por su orientación sexual, reflejando que la biomedicina es heteronormada y repercute en que muchas mujeres lesbianas no acuden al ginecólogx por miedo a sufrir malos tratos. 4) La accesibilidad a métodos de protección para lesbianas es limitada. Aunado a esto, muchas de ellas desconocen la existencia de métodos para sexo seguro. Finalmente, en consecuencia a esta serie de situaciones se cree que las mujeres lesbianas podrían estar contrayendo ITS y/o desarrollando patologías aún más peligrosas como cáncer cérvico uterino por VPH y no saberlo pues no se realizan chequeos ni acuden con algunx profesional de la salud.

En este sentido, surgieron una serie de objetivos:

1. Conocer experiencias de mujeres lesbianas en lo que concierne a su salud sexual y reproductiva y visibilizar de qué manera se ven afectadas física y emocionalmente para evaluar sus necesidades en materia de educación sexual, acceso a métodos de protección y atención médica ginecológica.
2. Reconocer y analizar programas gubernamentales y no gubernamentales que atiendan la salud sexual de mujeres lesbianas en México.
3. Determinar el grado de accesibilidad que tienen las mujeres lesbianas a información sobre autocuidado, salud sexual y métodos de protección adecuados para sus prácticas sexuales.
4. Estudiar la relación ginecóloga - paciente lesbiana desde la perspectiva de las mujeres lesbianas y ginecólogxs.
5. Identificar las emociones que se suscitan en las lesbianas respecto a sus formas de autocuidado y afectaciones a su salud, así como con respecto a sus experiencias con profesionales de la salud como ginecólogxs.

El tema principal de esta investigación es la invisibilización estructural que viven mujeres cisgénero² lesbianas en la Ciudad de México con respecto a su salud sexual. La biomedicina ha tenido un papel fundamental, no solo en el estado de salud de las mujeres lesbianas sino en su forma de ser percibidas por la sociedad, su estatus y las discriminaciones que hasta el día de hoy sufren. Teniendo, incluso, una fuerte influencia en la construcción social de *la lesbiana*. Por ello se escogió como enfoque la antropología de la salud para desarrollar el tema, ya que nos brinda una visión social de las acciones que ha ejecutado la biomedicina y que inciden en la sociedad.

² Término para describir a una persona cuya identidad de género y sexo asignado al nacer coinciden con las normas sociales. (Adetunji J. Septiembre 18, 2018 The Conversation <https://theconversation.com/explainer-what-does-it-mean-to-be-cisgender-103159>)

En el primer capítulo titulado “LA CONSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES LESBIANAS COMO SUJETAS A PARTIR DE LA BIOMEDICINA”, se realizará un recorrido histórico desde el siglo XX hasta la actualidad sobre la incidencia que tuvo la biomedicina en la percepción social de las relaciones lésbicas. Al ser considerada una institución fiable y objetiva en sus juicios, fundamentó la patologización y estigma a las mujeres lesbianas a nivel global.

Michel Foucault (1988) será un autor importante a abordar en este capítulo, ya que a través de su teoría del sujeto y el biopoder, entenderemos las relaciones y tecnologías de poder del cuerpo empleadas por la biomedicina hacia las disidencias sexuales y de género³. En este sentido abordaremos el término “sujeta⁴” para referirme a las mujeres lesbianas principalmente, ya que producto de dichos mecanismos de sujeción es que considero necesario abordar a las mujeres lesbianas como sujetas que no solo han sido oprimidas e invisibilizadas estructuralmente, sino como sujetas políticas en la lucha por sus derechos desde los años setentas del siglo pasado, entendiendo cuáles han sido y son sus exigencias políticas hoy.

Posteriormente en el segundo capítulo “SALUD LÉSBICA, TABÚES, DERECHOS Y POLÍTICA”, se llevará a cabo una breve contextualización de la condición política de todas las personas en México con respecto a su salud y profundizaremos en los derechos, leyes y

³ Término para nombrar y reivindicar identidades y movimientos políticos que no coinciden con la heteronorma o al cis binarismo de género. A diferencia del término “diversidad sexual” o los acrónimos “LGBTTTIQA” (MODII, revisado el 26 de febrero del 2023 [https://modii.org/disidencia-sexual/#:~:text=\(Sexual%20dissidence\).heterosexualidad%20como%20norma%20social%20hegem%C3%B3nica.](https://modii.org/disidencia-sexual/#:~:text=(Sexual%20dissidence).heterosexualidad%20como%20norma%20social%20hegem%C3%B3nica.)) A modo de aclaración, el término **disidencia** es con el que yo prefiero referirme justamente a esta población como parte de un posicionamiento político, sin embargo, suelen confundirse con los ya mencionados. En este sentido, existen documentos oficiales citados o mencionados en esta tesis que utilizan la terminología LGBT, LGBT+, diversidad sexual, entre otros por ello se mencionan o citan, sin embargo no coincide con mi visión y postura al usarlos. Reitero, solo es con base en los documentos citados o entrevistas referidas pero yo prefiero el posicionamiento del término **disidencia**.

⁴ Término utilizado para referirme a la figura clásica del sujeto, desde una perspectiva de género enfocada en las mujeres que en este caso son mujeres lesbianas. Principalmente refiriéndonos a la sujeta como una persona que ha sido atada a su identidad, que se le ha impuesto una verdad aprendida, un rol en la sociedad y en la estructura social.

reglamentaciones que respaldan a las disidencias y sobre todo a las mujeres lesbianas en la Ciudad de México. Del mismo modo conoceremos a la directora de Jóvenes por una Salud Integral, Fabiola Baleón y su ahora esposa Mariana, fundadora de la misma organización, quienes junto a su equipo de mujeres lesbianas y bisexuales, han incidido políticamente y han desarrollado acciones en favor de la salud sexual lésbica.

Finalmente el tercer capítulo, “PRÁCTICAS SEXUALES, AUTOCUIDADOS Y ATENCIÓN MÉDICA EN MUJERES LESBIANAS”, ahondaremos en los resultados de una investigación cualitativa que tuvo como principal eje el concepto de *autocuidado* desde la antropología médica y a partir de este, propició una discusión con las formas de autocuidado de mujeres lesbianas. Así mismo se profundizó en otro par de ejes, la *relación médicx-paciente y emociones*.

Es muy importante mencionar que en este capítulo se parte de las mujeres lesbianas para mostrar la invisibilización de sus necesidades en materia de salud sexual pero detona otras invisibilizaciones que del mismo modo podrían estar viviendo otras personas como las mujeres bisexuales, pansexuales, personas queer, cuir, no binarias, hombres trans, entre otrxs que específicamente sean personas vulvoportantes que tienen relaciones sexuales con otras personas vulvoportantes. En este sentido, para no excluir y cerrarnos en la categoría de mujer lesbiana cis y considerando que estamos hablando de un tema de salud sexual únicamente en personas con vulva, ocasionalmente utilizaré el término *vulvoportante* para referirme a la invisibilización por el sexo y no por el sexo y género de la persona como es el caso de las mujeres lesbianas quienes interseccionalmente viven violencias específicas atravesadas por su género y su sexo⁵.

⁵ La presente aclaración nos permite problematizar la visión biomédica que únicamente toma en cuenta un dimorfismo sexual, es decir, el sexo masculino y el sexo femenino (Ciccia: 2022:17). Aunado a la invisibilización de los factores sociales como el género o la identidad sexual que del mismo modo influyen en las vivencias y padecimientos a los que se es vulnerable. En este caso este estudio se sustentó en mujeres lesbianas cis, pero no quiere decir que no se pueda dar cuenta de problemáticas en salud sexual y reproductiva que viven otras personas vulvoportantes.

Metodología

Este proyecto está basado en un cuestionario en línea, el cual fungió como una herramienta para conocer las emociones, vivencias y las perspectivas de las participantes, y de este modo darle sentido a nuestras preguntas antropológicas. El medio digital y el anonimato de las participantes me permitió contactar a personas que pudieran hablar de temas personales de un modo que no fuera tan intrusivo y que en una entrevista cara a cara no hubieran sido posibles abordar con la misma libertad. El cuestionario se realizó a treinta mujeres lesbianas cisgénero que residen en la Ciudad de México y la periferia de esta, que estudian y/o trabajan, tienen de 16 a 34 años. En un inicio se buscaba delimitar la muestra a mujeres lesbianas universitarias, por eso el título de la tesis, sin embargo, por el contexto temporal y espacial en el que se llevó a cabo la investigación, que fue en el pico de la pandemia por COVID-19, no fue posible. Cabe resaltar que la mayoría de las participantes son universitarias o cuentan con una formación universitaria. Aunque igualmente participaron mujeres jóvenes con otros niveles de estudio. El cuestionario se llevó a cabo en línea, a través de la plataforma *Google Forms*, y se distribuyó a través de la red social Instagram provocando una bola de nieve.

Con respecto a la ética de investigación y dado que se abordaron temas bastante íntimos en la vida de las participantes, en la introducción al cuestionario se dió aviso de que no era necesario brindar datos personales y que la información brindada sería confidencial. Asimismo, se les comentó el uso que se les darían, es decir para esta investigación de la cual se les dió el título y una breve descripción del tema, les adjunté mi nombre, licenciatura, universidad y contacto por cualquier duda o aclaración. Del mismo modo se les brindó la opción de adjuntar su correo electrónico para recibir la tesis una vez concluida.

A la par, se llevaron a cabo entrevistas por medio de la plataforma *Zoom* a dos ginecólogas que residen en la Ciudad de México. Ambas doctoras egresadas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La Dra. Palma trabaja en el sector privado y la Dra. Collin

en el público. Así mismo, se realizó una entrevista a Fabiola Baleón, directora de la Asociación Civil Jóvenes por una Salud Integral para conocer su perspectiva y la de su organización sobre el acceso a educación sexual y a métodos de protección adecuados para mujeres lesbianas. Posteriormente en diciembre del 2022 fui beneficiarix de una formación política para mujeres lesbianas, bisexuales y personas no binarias gestionada por esta misma organización donde a través de la escucha, co-discusión y co-teorización con mujeres lesbianas y bisexuales se logró llegar a puntos y a diversas conclusiones abordadas en esta investigación. Del mismo modo, logré entablar una conversación con la fundadora de Jóvenes por una Salud Integral, Mariana Cruz, sobre la difícil gestión y limitadas oportunidades que han tenido como organización para crear proyectos como este. Considero muy pertinente mencionar que sin el tiempo y espacio para la co-discusión, intercambio de ideas y confianza brindada, los puntos abordados, descubrimientos y conclusiones no se hubieran logrado, esta tesis es producto del apoyo de la colectividad lencha.

Esta investigación propone una visión lo más integral posible, donde no solo se analiza a la mujer lesbiana como una sujeta oprimida y categorizada por la biomedicina y la sociedad, sino también como una sujeta activa en la lucha por sus derechos. A través de un recorrido histórico, una revisión sobre los instrumentos que las respaldan y una investigación cualitativa en la que se identifiquen las experiencias, emociones y perspectivas de las mujeres lesbianas y médicas ginecólogas. Para finalmente poder tener una visión más certera de la situación que viven las mujeres lesbianas en la Ciudad de México y poder incentivar a la creación de más estudios alrededor del tema.

CAPÍTULO 1 .

**LA CONSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES LESBIANAS COMO SUJETAS A
PARTIR DE LA BIOMEDICINA.**

Introducción:

El presente capítulo tiene como objetivo visibilizar, desde la antropología de la salud, la importancia que ha tenido la biomedicina en la construcción socio-cultural de la mujer lesbiana y su cuerpo a través de un breve recorrido histórico. El recorrido del capítulo se sitúa principalmente en la Ciudad de México durante el siglo XX, visibilizando también la constante lucha de las mujeres lesbianas por un lugar digno en la sociedad mexicana.

Sumado a esto, se hará uso de la teoría de Michel Foucault (1988) sobre el sujeto y las relaciones de poder. Abordando conceptos como *biopoder*, el *dispositivo* de la sexualidad como medio de control, hasta las *tecnologías de poder del cuerpo* que ha utilizado la biomedicina. Este autor cobra relevancia puesto que analiza a la biomedicina como un mecanismo que ejerce poder sobre el cuerpo y que, adquiere importancia al centrar la mirada en el cuerpo de la mujer lesbiana como sujeta.

En el mismo sentido, desde el término *prácticas de libertad* establecido por Foucault (1988), se abordará la reivindicación política y social por la cual luchan las mujeres lesbianas desde la década de los setenta y que actualmente en el país es un movimiento colectivo con otras disidencias recibiendo el nombre de *lenchitudes*⁶.

México ha atravesado avances políticos lentos en favor de las mujeres lesbianas. Este es un breve recorrido histórico sobre: ¿Por qué han sido necesarios dichos cambios? ¿Qué relación ha tenido la biomedicina con dichas causas? y ¿Qué exigencias políticas y sociales han tenido y tienen *las lenchitudes* en la actualidad?

⁶ Término con el cual se autonomban las personas que son atravesadas por el estigma de “lenchas” en toda su diversidad: desde trans, no binaries, lesbianas, bisexuales, pansexuales, asexuales, intersexuales, queers, cuirs, travestis. (Marcha Lencha [@marchalenchita][fotografía] Instagram. <https://www.instagram.com/p/CezKqp0OdvA/>)

El papel de la mirada interseccional⁷ es importante en este capítulo, ya que abordaremos la lucha Lésbico Gay u Homosexual, proximately nombrada Diversidad Sexual o Movimiento LGBT+ o Movimiento LGBTTTIQA que hoy hay quienes preferimos nombrarnos como Disidencias sexuales y de género. Lo anterior cobra relevancia ya que nos habla del contexto político e histórico de sus necesidades de ser visibilizadxs, de sus alianzas entre identidades, la manera de nombrarse abre un panorama de desigualdades que han atravesado las disidencias y que podemos notar con dicha mirada.

La biomedicina a través de los ojos de la antropología de la salud

La antropología de la salud es una rama de la antropología dedicada al estudio de los procesos sociales, políticos, económicos e históricos de salud, enfermedad, cuidados o prácticas de atención y prevención de la salud. Uno de los objetos de estudio de la antropología de la salud es la biomedicina.

A partir de un análisis histórico y crítico se ha revisado la conformación de la biomedicina como una ciencia de gran relevancia por su papel en la atención a la salud y la enfermedad. La biomedicina se ha colocado en el mundo social como un campo al que se recurre para atender problemáticas de salud al considerarse como el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez 1992) , utilizado por comunidades occidentales o bien, urbanizadas, pero que se ha extendido hasta zonas de difícil acceso. Se basa principalmente en principios fisiológicos y biológicos del ser humano bajo la supuesta línea de la objetividad. A diferencia de otros modelos alternativos para entender y atender la enfermedad como la medicina tradicional china, alternativa, new age, espiritista, que cuentan con otros criterios de los procesos salud-enfermedad y atención, algunos más apegados a la espiritualidad o a la conexión con la naturaleza.

⁷ Concepto creado ante la necesidad de entender como diferentes ejes como la etnicidad, género, orientación sexual, edad, entre otros se configuran en formas concretas de desigualdad y discriminación, su creadora fue Kimberlé Crenshaw (1989), (Rodó-Zarate M. 2021: 21).

Es innegable el éxito y la eficacia de la biomedicina en su desarrollo tecnológico. Sin embargo, la antropología de la salud ha logrado problematizar la falta de atención a otros factores que también influyen en la salud y que la biomedicina ha dejado de lado como la desigualdad o las condiciones materiales, económicas, sociales y políticas de los grupos humanos. En este sentido la antropología de la salud a través de estos análisis y críticas ha brindando una visión holística que podría neutralizar el determinismo biológico que suele darle la biomedicina a los procesos de salud y enfermedad. El determinismo biológico o biologicismo (Menéndez E. 1992), se refiere a adjudicar mayor valor a los factores biológicos que a los sociales sobre los acontecimientos humanos como la vida, la enfermedad y la muerte. De esta manera, pareciera que la biomedicina niega las afectaciones psicológicas y sociales que también repercute en lo biológico.

Para la biomedicina las enfermedades son anomalías biológicas que afectan el organismo humano y se evidencian a partir de signos y síntomas (Martínez Hernández 2007:14-16). Por otro lado, la antropología de la salud es una disciplina antideterminista que aporta una visión de carácter socio-cultural. Es decir, da importancia a factores como la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos económico-políticos (Martínez Hernández 2007: 26). Los factores mencionados se relacionan con variables como la dieta, procesos migratorios, clase social, temporalidad, conductas sexuales, edad, género. Dichas variables podrían determinar el acceso a ciertos tratamientos y a la resolución de padecimientos. Sin olvidar la importancia del cuerpo biológico y el entendimiento de la enfermedad como parte de un proceso fisiológico en el que influyen condicionantes ambientales, que afectan al cuerpo.

El cuerpo enfermo, cuestionamientos a la biomedicina desde la antropología de la salud.

Una referencia interesante para la antropología médica es Antonio Gramsci, quien a través de notas autobiográficas, realizó reflexiones bastante pertinentes para toda época. Principalmente quisiera retomar su idea sobre la oposición salud-enfermedad, como un proceso sociopolítico, una construcción histórica e ideológica (Pizza 2005:26-27) la cual responde a los intereses del poder.

Ideas que conectan con Mari Luz Esteban (2001), antropóloga vasca, quien cuestiona hasta qué punto las definiciones sobre salud están relacionadas con nuestro contexto cultural. Sobre todo menciona cómo las categorías de enfermedad son creadas sin tomar en cuenta al sujeto y sus necesidades, o qué significa estar enfermo y sano para el sujeto (Esteban 2001:6-12). En este sentido ¿quién decide qué es estar enfermo?, ¿quiénes están enfermos o sanos? y ¿qué significado cobra el estar enfermo?

Es necesario considerar los componentes sociales para entender las incidencias o mayor frecuencia de la aparición de enfermedades en uno u otro grupo social. O bien, quiénes tienen acceso a la salud y a qué tipo de atención como un factor que ayuda a prevenir y tratar enfermedades y quiénes no. También es importante mencionar que la enfermedad no solo se vive como un malestar físico o mental sino también social y responde a los significados culturales que cada sociedad les atribuye.

El estigma es un fenómeno social que ocurre a partir de la categorización de lo normal y lo anormal (Goffman, 1961). Hemos presenciado cómo el estigma ha sido atribuido a enfermedades como el VIH, el VPH o a la homosexualidad (cuando era considerada una enfermedad), al ser asociadas con una sexualidad "desenfrenada" o a la depravación y por tanto provocan sanciones sociales, estigmatización y discriminación. Lo que nos permite ver la importancia de la cultura y su apego con los discursos biomédicos que contribuyen y fundamentan la estigmatización y refuerzan dichos discursos culturales.

En este sentido, considero que los estigmas culturales también influyen en los discursos biomédicos, no olvidemos que cada profesional de la salud tiene su propio sistema de creencias y valores. El estigma surge ante enfermedades con connotaciones importantes a nivel social y nos permite identificar construcciones ideológicas como el racismo, el clasismo, la homofobia o la xenofobia. Estas construcciones han llegado a ser nutridas y fundamentadas por el discurso biomédico.

En ese sentido es necesario diferenciar entre los padecimientos⁸ y qué provocan a nivel social. Lo cual nos lleva a una interesante reflexión de Arachu Castro y Paul Farmer (2005) sobre la relación entre el estigma y la salud. Es importante conocer sus definiciones de estigma y cómo operan para comprender mejor la problemática.

Goffman definió el estigma como la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo y de la subsiguiente descalificación al hecho de ser miembro del grupo en cuestión. (Goffman, 1961, 1963 en Castro y Farmer 2005:2-6). [...] el estigma existe cuando convergen los siguientes componentes interrelacionados. En el primer componente, la gente identifica y etiqueta las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes relacionan a las personas etiquetadas con características indeseables y estereotipos negativos. En el tercero, las personas etiquetadas son ubicadas en categorías distintas a fin de establecer algún grado de separación entre “nosotros” y “ellos”. En el cuarto, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación que conduce a resultados de inequidad. Por último, la estigmatización es totalmente contingente al acceso al poder social, económico y político que permite la identificación de lo diferente, la construcción de estereotipos, la separación de personas etiquetadas en categorías diferentes y la práctica total de desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación (Link y Phelan 2001:367 en Castro y Farmer 2005:126-130).

Las fuerzas sociales a gran escala, como el racismo, el sexismo, la violencia política, la pobreza y otras formas de desigualdad, son violencias estructurales. Estas determinan quién

⁸ Padecimiento o *illness* según Allan Young (1982:265) se refiere a las percepciones y experiencias de una persona al vivir una enfermedad. Lo interpretó como el carácter social y vivencial de la enfermedad que afecta al individuo y a la sociedad a la que pertenece.

es lx enfermxx, por qué, quienes tienen acceso al diagnóstico, a un tratamiento eficaz, y sobre todo quien sufre de estigma (Castro y Farmer 2005:132). El estigma genera transformaciones en la vida y cuerpo de lxs sujetxs.

Antonio Gramsci al hablar sobre la relación entre el cuerpo y el poder, explica que *el cuerpo es el terreno de un conflicto de hegemonías* (Pizza G. 2005: 26). Se refiere principalmente a que el cuerpo de lxs sujetxs históricxs se transforma a través de mecanismos a los que el cuerpo es sometido a la fuerza. Estas transformaciones, explica Gramsci, no tienen una connotación psicológica sino política (Ibidem).

Las anteriores referencias nos ayudan a reflexionar sobre el poder que tiene la biomedicina sobre el cuerpo a nivel político. Sobre todo en cuanto a porqué el cuerpo es categorizado como enfermo o saludable y cómo a partir de estas dicotomías el cuerpo sufre estigmas, imposiciones y es terreno de disputas de poder.

Podemos afirmar que los conceptos de salud y enfermedad son productos históricos con una carga ideológica. Lo cual demerita el determinismo biológico y la objetividad que presume tener la biomedicina.

La biomedicina y su papel en la construcción social de “la mujer lesbiana”, una sujeta.

Las relaciones afectivas y sexuales entre mujeres han cobrado diversos significados ante la sociedad. Con el paso del tiempo, varios factores influyeron en hacer de las relaciones entre personas del mismo género, un tabú condicionado por las circunstancias espacio-temporales, el contexto político, económico y cultural. Lo cual nos permite entender que la sexualidad es un constructo sociocultural (Foucault en Granados 2006:295).

Michel Foucault habla sobre los modos de sujeción que convierten al ser humano en sujeto. Desde su visión, una de las formas en las que esto sucede es a través de tecnologías del poder como las prácticas divisorias, entre lo que es llamado sano y enfermo; loco y cuerdo, por

mencionar algunos ejemplos. Los cuales claramente posicionan a cada sujeto en una sucesión de poder y control (Foucault 1988:3).

La teoría de Michel Foucault está situada en la Edad Moderna (siglo XV al siglo XIX). Por lo que vale la pena rescatar que el Estado Moderno es un proceso histórico antecedido por la Edad Media en donde las sociedades occidentales transitan por diferentes cambios en la organización social, económica, política y religiosa. Se distingue por un avance muy importante en las ciencias y en la ciencia médica en particular. Esto llevó a diferentes tipos de procesos entre ellos la individualización que, dio paso, siguiendo a Foucault, a la construcción del sujeto. Un sujeto histórico que adquirió un papel fundamental en el desarrollo de occidente. Michel Foucault introdujo la noción de sujeto para referirse a un individuo sometido por medio de algún tipo de control y dependencia sobre su cuerpo. Un sujeto puede ser clasificado por una forma de poder, la cual lo ata a su identidad y a través de esta se le impone una verdad aprendida (Foucault 1988:7), un lugar jerárquico en la sociedad. Para Foucault (1995), un *dispositivo* es caracterizado por englobar prácticas discursivas y no discursivas, es heterogéneo, unifica el poder y el saber. Ayuda a comprender prácticas que organizan la realidad social, que establecen lo que es aceptable, normal y lo que no y cómo a partir de ello se genera un orden.

La sexualidad es un ejemplo clave del término foucaultiano de *dispositivo*, aplicado inicialmente al cuerpo, al placer, la moral, a las relaciones entre individuos y al sexo. En este sentido, la sexualidad ha sufrido una represión generalizada de imposiciones, desde tiempos anteriores a la modernidad mediante la religión, ideas políticas y tabúes que continúan permeando sobre todo en lo que respecta a la moral y ciertas conductas.

En este sentido, a partir de la Edad Moderna, el desarrollo de la biomedicina se relacionó con el uso de la sexualidad como un *dispositivo*, creando una polarización entre las prácticas sexuales “normales y anormales” en consecuencia llamadas “sanas y enfermas” dependiendo

de ello la inclusión o exclusión de lxs sujetxs. (Granados 2006:294). La homosexualidad fue categorizada como algo enfermo o anormal por parte de la biomedicina y el Estado. Patologizada desde finales del siglo XIX y criminalizada a inicios del siglo XX, respondiendo a la heteronorma y a los prejuicios morales anteriormente mencionados.

Otro factor que es relevante rescatar de Foucault es el cuestionamiento del poder en relación al saber. Para dicho autor, el saber es un factor esencial en la transformación histórica de los regímenes de poder y de la verdad. Pues la verdad es subjetiva, aprendida y favorece a unos sobre otros. Esta idea abre una puerta a cuestionar la historia y la verdad aprendida e impuesta a lxs sujetxs por su género u orientación sexual.

A finales del siglo XIX nació la sexología como una rama de la biomedicina, específicamente como una subrama de la psicología encargada del estudio de la sexualidad humana. Hay escritos de la época donde se clasificaron y definieron las que en ese entonces eran vistas como patologías sexuales, que básicamente eran impulsos sexuales considerados anormales. Como la homosexualidad o como la llamaban “inversión sexual”, la zoofilia, urofilia, fetichismo, el exhibicionismo, el sadomasoquismo y claro, el lesbianismo no podía faltar (Ureta 2003:8).

La confesión, un ritual de poder antiguo, una tecnología del poder que ha sido la principal fuente a través de la cual se han dado a conocer las prácticas sexuales de lxs sujetxs, inicialmente por figuras de poder en la religión cristiana y católica, actualmente también es utilizada como un método de escucha clínica. “Los sujetos a través de la confesión hacen que sus deseos se sometan al discurso” (Pórtoles 2009:138-139).

Havelock Ellis, un reconocido y polémico sexólogo británico del siglo XIX, definió el lesbianismo del siguiente modo:

El carácter principal de una mujer invertida sexualmente es un cierto grado de masculinidad, los movimientos bruscos y enérgicos, la actitud y el andar, la mirada directa, las inflexiones de voz y, sobre todo, la manera de estar con un hombre, sin timidez ni audacia, son signos

para un observador prevenido, de que ahí existe una anormalidad psíquica subyacente (Araujo 2007 en Briones 2014:30).

Como es evidente, la expresión de género más parecida a las actitudes asociadas a los hombres, era confundida o relacionada con el lesbianismo. El hecho de no cumplir con las expectativas de lo que la sociedad esperaba de una mujer como ser madre, esposa, sumisa, provocaba que les catalogaran como *lesbiana*. Al percibir la homosexualidad y lesbianismo como desviaciones, o bien, enfermedades, estxs sujetxs han sido sometidxs a mecanismos para acabar con dichas “desviaciones” sexuales. Lo que hoy conocemos como Esfuerzos por Corregir la Sexualidad e Identidad de Género (ECOSIG⁹), que son terapias o intentos violentos que consisten en discursos, tratamientos o abusos. Históricamente los ECOSIG’s han sido practicados por entidades religiosas, familias o profesionales de la salud.

Foucault pretende aislar los mecanismos por los que el poder opera, como la *tecnología política del cuerpo*. Un ejemplo es el panóptico en una prisión, el cual convierte a los individuos en sujetos productivos y vigilados. Sin embargo, se puede llevar a ejemplos cotidianos como las visitas médicas o ir a la escuela, se observa, se vigila, se diagnostica, se corrige y transforma a lxs individuxs, ahora sujetxs (Portolés 2009:131).

El intermediario al cual se le impone este poder es el cuerpo y quienes oprimen son personajes como vigilantes, médicxs, educadores, psicólogxs, psiquiatras pero también autoridades de familia, sacerdotes, personas con autoridad en comunidades. Por el simple hecho de protagonizar una relación de poder asimétrica y poseer el saber y adjudicarse la

⁹ Los ECOSIG, o Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género, son prácticas de diferente tipo (sesiones psicologías, psiquiatría, religiosas, pláticas académicas, etc.) que tiene la intención de cambiar la orientación sexual, la identidad o expresión de género de las personas homosexuales, bisexuales y trans a lo que se ha establecido como lo normativo “una heterosexualidad binaria cisgénero”. [...] En México, existen iniciativas de ley a nivel local y federal para reformar los Códigos penales respectivos y la Ley General de Salud para penalizar los ECOSIG’s . (Aguilera Marquina Adriana, 2020 https://trabajosocial.unam.mx/copred/doc/4infografia_4_ecosig_1.pdf)

superioridad moral que lx sujetx oprimidx no posee poniéndolx en una posición vulnerable y de objeto.

A inicios del siglo XX el lesbianismo era visto con el mismo repudio que se le ha adjudicado a la prostitución, tratando a lesbianas y homosexuales como criminales. En los años setentas, las mujeres lesbianas sufrían de extorsión por los policías y eran encarceladas (Briones J. y Valdés Y. 2014:30) Además de ello, las hacían pasar por terapias de conversión como electroshock, golpes, abuso sexual y diversas formas de agresión que hasta el año 2018 no estaban penalizados en la Ciudad de México¹⁰ y aún no lo están en varios estados del país.

La sexología por décadas categorizó a dos tipos de lesbianas, marcando la diferencia por el rol de género al que más se acercaran. Unas eran las *lesbianas congénitas*, es decir, las masculinas y las otras eran llamadas *pseudolesbianas* que eran femeninas, quienes “seguramente eran sonsacadas por las masculinas”. De igual manera, se utilizaron los términos *butch y femme* para explicar los mismos roles, sociales y sexuales de las mujeres lesbianas. Términos que, según registros, permanecieron hasta los años 70's (Sanamdari Jensen 1974 en Galindo 2018).

Durante el siglo XX el lesbianismo cobró un tinte de perversión en el imaginario social, mayoritariamente gracias al papel de la comunidad científica. *En cada sociedad la jerarquía de los objetos de estudio y las estrategias del prestigio científico pueden ser cómplices del orden social* [García Canclini, 1990:10 citado en Granados J. 2006:301). Por parte del área médica, la homosexualidad se convirtió en enfermedad y según el área jurídica, un delito.

El prestigio científico como base de la Modernidad, al que se le ha atribuido objetividad y verdad, permitió que la biomedicina se volviese relevante en la normatividad social desde un discurso determinista de lo biológico. En esa misma dinámica, las percepciones culturales han influido en las afirmaciones sustentadas por la biomedicina. El estigma a la

¹⁰ Congreso de la Unión, 2021. accedido el 26 de febrero del 2022 en <https://www.congresocdmx.gob.mx/comsoc-congreso-cdmx-aprueba-reformas-al-codigo-penal-que-tipifican-como-delito-las-terapias-conversion-1619-1.html>)

homosexualidad con el argumento biomédico mediante tecnicismos científicos, simplemente ha funcionado para legitimar y hegemonizar dicho discurso de penalización a las prácticas sexuales no heteronormadas o monógamas (Granados 2006 :298).

Desde inicios del siglo XX la biomedicina patologizó y convirtió en una perversión a la homosexualidad y otras prácticas sobretodo desde la psicología y psiquiatría. A pesar de que en 1973 la American Psychiatric Association reconoció que la homosexualidad no era una enfermedad mental (Hernández R. 2018:44), no fue hasta el 17 de mayo de 1990, que la OMS¹¹ resolvió eliminar a la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales y la reconoció como una una variación de la sexualidad. A partir de ese momento el 17 de mayo es el día conmemorativo contra la homofobia, desafortunadamente aún queda mucha homofobia por desaprender.

La biomedicina y la psiquiatría como mencionan Nancy Scheper Hughes y Margaret M. Lock (1987:27) *tienen un rol hegemónico en moldear y dar respuesta a peligros humanos*. Es en ese sentido que la mirada biomédica controla aspectos como la sexualidad en las poblaciones. Regula y construye discursos hegemónicos sobre la heterosexualidad como la única vía posible o aceptable de relaciones sexuales. Lo cual es justificado a partir de fundamentos biologicistas como la reproducción (Sheper N., Lock M.:1987).

La sexualidad como *dispositivo* está relacionada con el concepto de *biopoder*, el cual es el poder sobre la vida y la muerte. A través de una genealogía del placer que realiza Foucault (1995) y a la vez genealogía de la moral se evidencia que la moral es contraria al placer, aún más a la homosexualidad y que la moral es, más bien, un sinonimo de heterosexualidad, fidelidad y monogamia. Así es la moral cristiana que ha intensificado las formas de prohibición dándole un fuerte poder a la sexualidad como dispositivo. Lo cual se aprende, memoriza y aplica progresivamente a lxs sujetxs occidentales (Pórtoles 2009:143-148).

¹¹ Organización Mundial de la Salud.

Coincidió con la idea de Nancy Scheper Huges y Margaret Lock (1987:29), quienes mencionan que las culturas son disciplinas que proveen de códigos, y parámetros para domesticar los cuerpos individuales en conformidad con el orden social y político. En este sentido el papel de la biomedicina y la salud son claves pues proveen de códigos y parámetros en la regulación de la sexualidad en acuerdo con la sociedad y las normas culturales.

Podemos afirmar que la biomedicina se ha adherido a un orden social determinado, en gran parte atravesado por la conducta sexual de las personas, brindando fundamentos científicos y biologicistas para prohibir y estigmatizar ciertas formas de vivir la sexualidad. Lo anterior ha contribuido a la obligatoriedad de la heterosexualidad y dominio de lo masculino sobre lo femenino (Granados 2006:301).

Militancia Lésbico Gay en México¹²

Es relevante resaltar que toda relación de poder es intencional y tiene el fin de conseguir algo. Lx sujetx si bien es oprimidx, también es estrategia para ejercer poder y realizar lo que Foucault (1988) llama *prácticas de libertad* como un contrapeso ante el poder hegemónico. Algo que Foucault deja muy claro es que el poder es proporcional a la resistencia, pues *no puede haber poder más que en la medida en que los sujetos son libres* (162-163).

Considero importante resaltar algunas características de las luchas y resistencias contra el poder. En palabras más generales, Foucault explica que suelen caracterizarse por pelear contra los efectos del poder, luchan por el derecho a la diferencia pero al mismo tiempo están en contra de todo lo que pueda aislar al individuo y obligarle a vincularse a su propia identidad, se oponen a los privilegios del poder (Portolés 2009:133-135). Lo anterior se

¹² Es parte de una decisión no nombrarles como *disidencias* en el título, ya que en los textos consultados, se explicita continuamente que era un movimiento de personas gays y lesbianas lo cual en el mismo sentido nos brinda una mirada *interseccional* de dichxs sujetxs y luchas.

puede traducir en la búsqueda de cambios: Movimientos sociales que logran transformaciones constitucionales, reconocimiento, reparación de daños.

Tras las guerras mundiales hubo una evidente represión a toda expresión contrahegemónica en México¹³. Hasta la década de los setenta, más específicamente en 1971 las mujeres lesbianas y hombres gays e comenzarían a reunir en grupos como el *Movimiento de Liberación Homosexual* para discutir y compartir ideas y experiencias de como era vivir siendo homosexual dentro del país. Sus reuniones fueron de manera discreta y privada hasta años próximos. Sin embargo, fueron clave para la concientización sobre las problemáticas y para el establecimiento de una identidad colectiva.

Lesbos fundada en 1977 y posteriormente nombrada *OIKABETH* formada en 1978, fueron un grupo muy importante de mujeres lesbianas integrado por mujeres como Patria Jiménez y Gloria Careaga, quienes hasta el día de hoy luchan por los derechos de las mujeres lesbianas y bisexuales a través de la Asociación *El clóset de Sor Juana*, que desde 1991 ha incidido en políticas públicas para el bienestar de la comunidad lésbica y bisexual (Chinos A. y Valencia J. 2021).

En el documental *Y es así. Una mirada al movimiento lésbico feminista en México* (Chinos Salgado y Valencia J. 2021), Patria Jiménez, Beatriz Gonzalez, Gloria Careaga, Carmen Herrera, Gabo Serralde y otras mujeres militantes lesbianas nos cuentan la historia del movimiento lésbico feminista en México. El cual tiene su propia complejidad, puesto que como se comenta en el documental, dentro del mismo movimiento feminista ha habido contingentes lesbofóbicos, lo cual nos habla de los matices que han existido en el movimiento feminista. Creían que apoyar al movimiento lésbico les restaba credibilidad.

¹³En 1968 el Estado realizó una matanza a estudiantes en la Plaza de las tres culturas en Tlatelolco, CDMX y a pesar del miedo, había un hartazgo hacia los representantes del gobierno. Los grupos subalternos se rebelaron en contra de estas opresiones, sobre todo las disidencias sexuales. (Edgar Ulises, 2021)

Respecto a esto, conviene hacer un paréntesis y decir que hasta el día de hoy hay un repudio por parte de ciertos grupos feministas hacia las disidencias sexuales y de género. Sobre todo existen discursos de odio hacia las personas queer, cuir, o trans. Un hecho que podría reflejar lo anteriormente mencionado, y sobre todo que las necesidades de las mujeres disidentes son vistas como cuestiones ajenas al movimiento feminista.

Retomando, era un estigma y peligro expresarse abiertamente como mujer lesbiana debido al riesgo de arresto o las extorsiones frecuentes por parte de la policía, aunque no hubiera denunciante. Durante toda la década de los setentas salieron manifiestos de grupos homosexuales y lésbicos donde se reclamaba una liberación de estigmas, de opresión y homofobia. *OIKABETH* realizaba reuniones y talleres donde las mujeres lesbianas reflexionaban sobre sus experiencias y cómo se diferenciaban de los hombres homosexuales (Chinos Salgado y Valencia J. 2021).

El 26 de Julio de 1978 fue el primer pronunciamiento oficial de hombres homosexuales y mujeres lesbianas en la Ciudad de México, era el aniversario de la Revolución Cubana y había una marcha contra la represión política, a la cual se incluyó el contingente lésbico-gay. Estos grupos en su mayoría apoyaban el movimiento socialista en México y en el mundo. Su principal demanda fue contra la represión social y sexual (López 2015). De igual modo fue en contra de las *razzias*, abusos injustificados de las autoridades policiacas contra la comunidad lésbico gay, principalmente en bares o antros donde se reunían (Diez 2011:693).

En 1982 año electoral, el Movimiento de Liberación Homosexual (MLH) en acuerdo con el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) impulsaron a tres candidatos homosexuales. Además, se formó el Comité Lésbico-Homosexual de Apoyo a la Candidatura de Rosario Ibarra (CLHARI). Tanto el PRT como el Partido Comunista Mexicano (PCM) incorporaron en sus intereses la no exclusión a la comunidad homosexual (Martínez 2018).

En la Ciudad de México *OIKABETH* comienza el *Clóset de Sor Juana* en 1991 reuniéndose en un café, posteriormente rentando una casa, donde realizaban actividades culturales. Sin embargo, recibieron agresiones de los vecinos, hasta finalmente instalarse en Xola en un piso del edificio del Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT). Asistían mujeres de todas las edades, desde los 14 años y de todas las clases sociales. También se creó el *Café Las Virreinas*, un centro de reunión exclusivo para mujeres en Avenida México y Eje 8. Se crearon vínculos con lesbianas de otros países como Argentina, Perú, Costa Rica, con mujeres chicanas y se realizaron proyectos artísticos como la *LesbianBanda*, que hizo de la música una herramienta de activismo y cohesión entre la comunidad lésbica (Chinos Salgado 2021).

A partir de este breve recorrido histórico podemos afirmar que las mujeres lesbianas a través del tiempo han sido sujetas oprimidas por las creencias hegemónicas en contra de la homosexualidad. Sin duda la sexualidad ha sido un dispositivo de control clave en el orden de la sociedad. Sin embargo, estas mujeres desde los años setenta del siglo XX cobraron fuerza y cuestionaron a la sociedad, reclamando por la no discriminación. Fruto de ello son los avances políticos que las disidencias sexuales y de género estamos presenciando.

En este sentido las mujeres lesbianas sufren una opresión sistemática pero también son sujetas activas en la lucha por sus derechos, resisten en colectividad desde hace más de cincuenta años y no solo militando, sino a través de instituciones no gubernamentales como el Closet de Sor Juana o Jóvenes por una Salud Integral e incluso como participantes en la toma de decisiones del gobierno como Patria Jiménez quien fue diputada.

Panorama en la actualidad

Durante 1997 y 2010 el movimiento lésbico en México se reivindica, logra una gran visibilidad y establece demandas políticas. Esto gracias al contexto político de ese entonces.

Se estaba viviendo una transición democrática, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) que llevaba décadas en el poder, comenzó a perder fuerza y credibilidad, lo que provocó que el Partido de Acción Nacional (PAN)¹⁴ entrara en el poder (Diez 2011).

La identidad del movimiento evolucionó, se unificó con otras identidades no hegemónicas y adoptaron el concepto de “diversidad sexual”. La apertura política que se comenzó a vivir facilitó un avance y reivindicación de suma importancia.

En 1997, Patria Jiménez fue electa como diputada (Mogrovejo, 1998:64). Fue un hecho histórico, era la primera mujer abiertamente lesbiana en la Cámara de Diputados. El contexto ideológico de la época también ayudó al reconocimiento de las minorías culturales. Recordemos que comenzó a tomar fuerza a nivel mundial un discurso en pro del multiculturalismo y la diversidad social, producto de la globalización.

Durante su gestión como diputada federal, **Patria logró despenalizar la homosexualidad como agravante en el Código Penal.** (El Tololoche, 2021).

Actualmente Ana Francis Mor es una activista y diputada de la Ciudad de México, abiertamente lesbiana. Participa en los mítines y marchas de la comunidad a través del arte y haciendo difusión de información sobre cómo denunciar discriminación siendo una mujer lesbiana. Lol Kin Castañeda es otra diputada abiertamente lesbiana y feminista que participa en la comunidad y ha sido promotora del matrimonio igualitario en México.

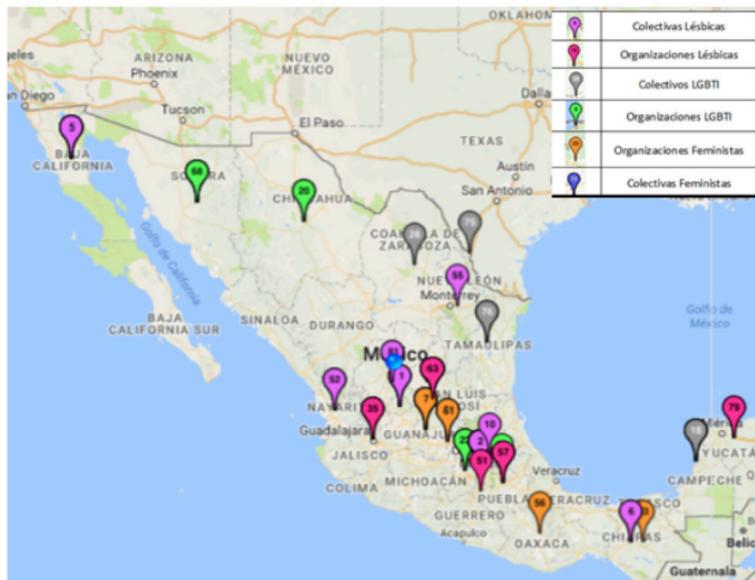
Hay colectivas y Asociaciones Civiles como *Queereme Mucho*, *Jóvenes por una Salud Integral* (a quienes entreviste para los siguientes capítulos), *La Comuna Lencha Trans*,

¹⁴ El Partido de Acción Nacional (PAN) logró en el año 2000, que Vicente Fox entrara en el poder como presidente de México. Pese a ser un partido conservador, con bases religiosas, realizó cambios importantes, sobre todo en favor de las mujeres, evidenciando la diferencia de poderes en el país. Un aspecto que parece para muchos insignificante pero refleja lo anteriormente dicho fue que Fox fue el primer presidente en hablar con lenguaje incluyente. Edgar Ulises. (2021).

En 2003 se creó el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), un gran logro y arma para la comunidad LGBT+, un poco contradictorio es que Fox llegó a realizar comentarios homofóbicos y transfóbicos antes y durante su presidencia, tachando de actos en contra de la naturaleza (Edgar Ulises, 2021).

etcétera, quienes organizan talleres, formaciones, fiestas, actividades culturales y además, promueven información relevante para la comunidad lésbica, que tiene que ver sobre todo con la exigencia de derechos.

En esta imagen podemos ver un mapeo de organizaciones lésbicas y aliadas por los derechos de las lesbianas y bisexuales



Comal de Incidencia (2016:9).

El 18 de junio del 2022 se conmemoró la segunda Marcha Lencha en la Ciudad de México, un evento hecho para las *lenchitudes*. La lucha y el pronunciamiento político de este 2022 fue por la impunidad contra los recientes lesbofemicidios de Yulizsa Ramírez y Noohemí Medina en Chihuahua este enero del 2022, por la violencia infringida ese mismo mes a una pareja de *lenchitudes* en Ciudad de México y la agresión a dos mujeres lesbianas por parte de la policía en Tabasco en Febrero. Se reiteró que la mayoría de los acontecimientos violentos son cotidianos, invisibilizados y poco documentados.

En el mismo sentido, exigen la garantía de todos sus derechos humanos y en particular aquellos que son negados a las personas que viven en condiciones que las niegan una vida digna; que las políticas públicas integrales contemplen a las personas no binarias y trans; que

cesen los discursos de odio que últimamente se han dirigido a mujeres trans por parte de espacios feministas transfobicos; que las autoridades competentes tengan protocolos especializados para atender a víctimas de violencia que sean lencxhs; que las lenchitudes gocen de salud integral; que se reconozcan sus lazos familiares con las personas con las que eligen compartir su vida; la implementación efectiva y completa de la Educación Integral en Sexualidad para toda la población que habita en México (Ibidem).

En materia legislativa la Dra. Luz Galindo Vilchis realizó una reflexión sobre cómo se abordan la diversidad sexual y la discriminación en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) (2013-2018) y en el Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación (PRONAIND) (2014-2018). Parece que en los presentes documentos consideran parcialmente la perspectiva de género y los objetivos, estrategias y líneas de acción son de reconocimiento tanto de la diversidad sexual como de la discriminación. Galindo (2018) menciona que se han centrado en “impulsar y promover”, pero no en concretar. No hay evidencia de qué están haciendo las dependencias sobre las líneas de acción en las que son responsables y al menos, hasta el momento de su investigación, no había documentos al respecto (28-58).

Pese a los avances en materia legislativa sobre inclusión de la diversidad sexual, México sigue siendo uno de los principales países con una alta tasa en crímenes de odio e impunidad. “Tal y como se discute en diferentes foros, esto se debe en primer lugar a que las transformaciones culturales no necesariamente siguen el ritmo de los avances en materia legislativa” (Miguel Corral 2018:58).

Otro reflejo de la anterior cita es que en la mayoría de los Estados no sólo existen fuertes resistencias para mejorar sus legislaciones locales en materia de derechos para las sexualidades no hegemónicas sino que muchas veces obstruyen y retroceden en la consecución (Ibidem).

Este es el panorama de México en materia de no discriminación a las disidencias sexuales y de género. Socialmente y legislativamente hay mucha resistencia, aún mayor en las zonas rurales y lejanas a las ciudades más grandes como Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey en validar las identidades no heteronormadas o que no cumplen con la idea binaria de género. Tan sólo en respetar su existencia. Hay una enorme impunidad con respecto a los crímenes de odio cometidos en contra de mujeres lesbianas y otras disidencias sexuales y de género.

[...]el estado tiene la responsabilidad de asignar los recursos necesarios y suficientes para mejorar las condiciones de vida de las personas de la diversidad sexual, especialmente las y los más jóvenes. Asimismo, dadas sus condiciones de mayor vulnerabilidad, es indispensable generar adecuaciones y diferenciar los programas y políticas públicas destinados a proteger el libre y pleno ejercicio de sus derechos. Sin embargo, será poco eficiente la creación de dichos programas y políticas si, en primera instancia, no se desarrollan investigaciones ni se genera información basada en evidencia que permita una mayor comprensión de sus condiciones de vida y cómo se ven afectadas por la violencia sistemática que atraviesan, (Miguel Corral 2018).

Ante este panorama, hablar de temas aún más específicos como la salud y sobre todo la salud sexual de mujeres lesbianas es complejo, como veremos en los siguientes capítulos. Se trata más de las asociaciones civiles como *Jóvenes por una Salud Integral*, *Clóset de Sor Juana* y colectivos de mujeres que de forma autogestiva han abordado la problemática, han realizado investigaciones, creado espacios para la reflexión y están esforzándose, para incidir en las políticas públicas y hacer un cambio.

Los siguientes capítulos de esta tesis tienen el propósito de contribuir de alguna manera con esta causa, visibilizar que las mujeres lesbianas son sujetas que sufren opresiones y al mismo tiempo son activas en la lucha de sus derechos. Esto, en su vida en general por ser mujeres y

por ser lesbianas y también porque su salud y su salud sexual, son derechos humanos que les son vulnerados con frecuencia.

Consideraciones finales

En este capítulo, recuperando ideas básicas y generales desde la antropología de la salud, se hizo una revisión crítica del poder de la biomedicina en el orden social. Se visibilizó la homofobia gestada y fundamentada en discursos científicos que se transmiten y reproducen en lo social.

La sexualidad es un dispositivo a través del cual la biomedicina ha establecido una verdad única sobre las prácticas sexuales consideradas sanas y las catalogadas como enfermas, dotando ambos espectros de una clara carga moral. Esto contribuye a la creación de la mujer lesbiana como sujeta, una sujeta por décadas nombrada como enferma.

Los profesionales de la salud y la comunidad científica han hecho uso de tecnología política del cuerpo a través de los llamados ECOSIG a mujeres lesbianas para supuestamente curarlas. Ejerciendo un biopoder impuesto a las mujeres lesbianas, reflejado en su imposibilidad para tener una calidad de vida óptima por ser vistas como enfermas.

En este sentido, el sistema biomédico le dió al resto de la sociedad argumentos para rechazar y penalizar a las disidencias sexuales. Gracias a su supuesta objetividad, prestigio y lenguaje técnico y formal lograron un siglo de estigma institucional que provocó estragos en el sistema biomédico y en la sociedad. La biomedicina, si bien institucionalmente ha reconocido sus errores al patologizar a las disidencias sexuales y de género, en la actualidad invisibiliza las necesidades de estas y las discrimina.

Respecto a las mujeres lesbianas, como he demostrado, han sido sujetas vulneradas, patologizadas y criminalizadas, han sufrido una doble vulneración por ser mujeres y por ser lesbianas. Sin embargo, son más que lo que el Estado y las instituciones científicas y

biomédicas les han hecho. Son sujetas políticas activas que se organizan, juntan y exigen el libre ejercicio de sus derechos colectivamente desde la década de los setenta del siglo XX.

Estas sujetas le han cobrado las cuentas al sistema. Desde la década de los setentas hasta la actualidad, la militancia lésbica, la participación política a través de organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, la realización de investigaciones autónomas y programas culturales en favor de su comunidad han contrarrestado el tabú con el que eran percibidas y han incidido en diversas aristas de la sociedad.

A modo de paréntesis, es importante mencionar que a través de este breve recorrido histórico, se logró visibilizar cambios en las maneras de nombrarse entre los movimientos donde han estado involucradas mujeres lesbianas, lo cual nos habla de los discursos y necesidades de cada época, así como del tema de la interseccionalidad ya que no es lo mismo nombrarse como Movimiento Homosexual, Movimiento Lésbico Gay, Movimiento de la Diversidad Sexual, Movimiento LGBT+ o Lenchitudes.

Actualmente el movimiento de las *lenchitudes* ha crecido y está viviendo cambios y cuestionamientos. Como comentaba con anterioridad, los efectos del poder vinculan a los y las sujetas a su propia identidad, imponiéndoles una verdad. Sin embargo las mujeres lesbianas como sujetas también son estrategias y realizan lo que Foucault llamaba *prácticas de libertad*, es decir, una clase de contrapeso ante el poder hegemónico como la heteronormatividad, el machismo y la misoginia.

En este sentido las mujeres lesbianas luchan por el derecho a ser diferentes y al mismo tiempo por que se reconozca su mismo valor como mujeres. Desafortunadamente, a pesar de ello, dentro del propio movimiento feminista han vivido exclusión también.

Los impulsos políticos han tenido sus frutos estas últimas décadas. Ha sido lento pero motivo de festejo. Para el 2022, hoy en 26 estados de México es legal el matrimonio igualitario, contamos con la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y en la Ciudad de*

México contamos con la *Ley para el reconocimiento y la atención de las personas LGTBTTI de la Ciudad de México*. Sin embargo, queda mucho por hacer a nivel social y legislativo. Es necesario revisar y trabajar en las exigencias del pronunciamiento político de la Marcha Lencha, que son las necesidades contemporáneas de las colectividades de *lenchitudes*.

Continúa siendo alarmante que nuestro país sea uno de los principales en tasas de crímenes de odio e impunidad. Aún más cuando hay una enorme resistencia cultural por parte de las autoridades y la sociedad al respecto de los derechos de las disidencias sexuales y de género, pese a los avances legislativos.

Por lo anterior, hablar de una salud y educación integral suena complejo, pero es un tema urgente, puesto que se está condicionando la calidad de vida de las mujeres lesbianas y el resto de las disidencias sexuales y de género. El sistema biomédico y el Estado están en deuda con la comunidad lésbica y este es un buen momento para enmendar prácticas opresivas o de invisibilización.

Hasta ahora podemos afirmar que la biomedicina ha tenido un papel muy importante en la construcción de las mujeres lesbianas como sujetas. Del mismo modo el movimiento social lésbico de reivindicación política ha hecho un contrapeso. Así mismo es una manera de observar y comprobar cómo se van convirtiendo en sujetas políticas de un Estado que no atiende sus necesidades, ya que su organización ha hecho posible que logren tener un lugar en la sociedad y en el ámbito político.

Las acciones políticas que tanto el Estado como las mujeres lesbianas están realizando en pro de la salud y atención a las mujeres lesbianas serán profundizados en el siguiente capítulo. Lo cual se abordará de manera crítica para del mismo modo identificar las necesidades y cambios que hacen falta para garantizar una salud y atención óptima a las mujeres lesbianas.

CAPÍTULO 2

SALUD LÉSBICA, TABÚES, DERECHOS Y POLÍTICA.

Introducción

Como hemos leído en el primer capítulo, el sistema biomédico ha tenido un papel muy importante en la construcción social de lo que son las relaciones lésbicas, patologizando a las mujeres lesbianas y sometiéndolas a terapias y tratos médicos violentos. Dichos actos homofóbicos por parte de profesionales de la salud, comunidades religiosas o personas con autoridad en instituciones educativas o familiares, son llamados en términos legales Esfuerzos por Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género (ECOSIG) y dicho término es producto de un avance en materia legal a favor de las disidencias sexuales, de género y su seguridad¹⁵.

Gracias a la lucha que han encabezado las ahora llamadas disidencias sexuales desde los años setentas, se ha impulsado su visibilización a través de medios de comunicación, la injerencia de organizaciones no gubernamentales que apoyan su causa y las iniciativas privadas que han hecho a una parte de la sociedad cambiar su percepción de lo que son las relaciones lésbicas y de las disidencias sexuales y de género. Se ha logrado concientizar en mayor grado a las personas sobre la lucha contra la homofobia.

Lenta pero progresivamente se vive un reconocimiento de las disidencias como sujetos de derechos al grado de que sus movimientos han tenido impacto en las políticas públicas. Propiciando modificaciones en artículos de la *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos* nuevas leyes y normativas que les respaldan. En este capítulo nos enfocaremos en las políticas públicas de salud que inciden en el sistema biomédico.

¹⁵ Los ECOSIG, o Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género, son prácticas de diferente tipo (sesiones psicologías, psiquiatría, religiosas, pláticas académicas, etc.) que tiene la intención de cambiar la orientación sexual, la identidad o expresión de género de las personas homosexuales, bisexuales y trans a lo que se ha establecido como lo normativo “una heterosexualidad binaria cisgénero”. [...] En México, existen iniciativas de ley a nivel local y federal para reformar los Códigos penales respectivos y la Ley General de Salud para penalizar los ECOSIG's. (Aguilera Marquina Adriana, 2020 https://trabajosocial.unam.mx/copred/doc/4infografia_4_ecosig_1.pdf)

En la sección anterior pudimos identificar que la biomedicina ha sido influenciada por discursos heteronormados, binarios y patriarcales y al mismo tiempo los ha difundido y respaldado. A pesar de que la homosexualidad ya no sea oficialmente reconocida como una enfermedad, no existe una garantía que las disidencias sexuales y de género estén gozando de un trato digno y buena atención por parte del personal de salud.

Por lo anterior este capítulo tiene como fin realizar una breve contextualización de la condición política de todas las personas en México en relación a su salud y profundizaremos en los derechos y leyes que respaldan a las disidencias y sobre todo de las mujeres lesbianas en la Ciudad de México. Haciendo énfasis en las acciones que el gobierno ha realizado y que debería de realizar para garantizarles el derecho a una salud integral.

En este sentido se llevará un recorrido sobre los derechos, leyes, tratados e iniciativas que respaldan la salud de todas las personas de forma nacional y específicamente en la Ciudad de México. Así como leyes y protocolos correspondientes únicamente a la población disidente.

Abordaremos los artículos 1° y 4° de la *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos*¹⁶; el artículo 25° de la *Declaración de los Derechos Humanos*¹⁷; la *Ley General de Víctimas*¹⁸; *Los Principios de Yogyakarta*¹⁹. Profundizando en las leyes al interior de la Ciudad de México que respaldan la salud de las mujeres lesbianas abordaremos; el artículo 23° de la *Ley para el reconocimiento y la atención de las personas LGBTTTI de la Ciudad de México*²⁰, así como el *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención*

¹⁶ Art 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf

¹⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

¹⁸ Ley General de Víctimas, 2013. Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013.

¹⁹ Comisión Internacional de Juristas (ICJ), *Principios de Yogyakarta : Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*, Marzo 2007, <https://www.refworld.org/es/docid/48244e9f2.html> [Accesado el 22 diciembre 2022]

²⁰ LEY PARA EL RECONOCIMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS LGBTTTI DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2021. Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 07 de septiembre de 2021. (http://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2021/Ley_reconocimiento_atencion_LGBTTTI_CDMX.pdf)

médica de las personas LGBTTTI y Guías de atención específicas, el cual será clave en el desarrollo de este capítulo pues es una iniciativa muy acertada. Sin embargo, averiguaremos si el personal de salud en la Ciudad de México ya fue capacitado e informado de este protocolo, si está siendo aplicado y si es obligatorio legalmente.

Respecto a este protocolo en específico, realicé una entrevista a Fabiola Baleón, la directora de Jóvenes por una Salud Integral, asociación civil que promueve la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. Se trata de un proyecto que representa bastante bien la premisa presentada en la primera división de mi texto, sobre que las mujeres lesbianas son sujetas activas en la lucha por sus derechos.

En el mismo sentido, entrevisté a Mariana Cruz, esposa de Fabiola y mano derecha en la organización, con quien pude hablar sobre los proyectos gubernamentales donde han buscado financiamiento, las complicaciones con las que se han topado. Es importante mencionar que también varios de los puntos tratados en este capítulo provienen de reflexiones y co-discusiones con otras lencitudes que como yo fuimos beneficiarixs del programa “Políticas a la Calle” de Jóvenes por una Salud Integral, del cual hablaré más adelante.

En este capítulo me detengo en Fabiola, una breve descripción sobre su vida, una mujer lesbiana interesada en generar un cambio social para colocar a las mujeres lesbianas en la discusión tanto política como de derechos sociales, llegando a convertirse en directora de Jóvenes por una Salud Integral. Del mismo modo se conocerán los programas y campañas que ha realizado esta organización, sus desafíos actuales y sobre todo hablaremos sobre la aplicación del Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI y Guías de atención específicas, pues fue en este documento que Fabiola vió una oportunidad de cambiar las narrativas biomédicas respecto a las mujeres lesbianas y el resto de las disidencias.

A partir de lo anterior se realizará una breve reflexión sobre las disidencias sexuales como sujetos políticos apoyándome de Cardona Luz (2018) y una reflexión de Fabiola Baleon durante nuestra entrevista. Teniendo como eje la no segregación de la población disidente en las leyes, sino la integración a todas las leyes existentes.

Salud y derechos

Según lo visto en el capítulo primero, podemos afirmar que tanto el Estado como el sistema biomédico, tienen una deuda con las disidencias sexuales y de género por la patologización, criminalización y en consecuencia el actual estigma e invisibilización inherente que se han vivido por tantas décadas.

Por ello es importante contextualizar la condición política de los derechos de las personas en México con relación a su salud en la actualidad, pues estas son herramientas que respaldan a todos los sujetos políticos y pueden pasar desapercibidas, pero en realidad son producto de una lucha constante por parte de estas comunidades. En el caso de las mujeres lesbianas en la Ciudad de México, están respaldadas por diversos instrumentos políticos que es necesario identificar, analizar y verificar si están puestos o no en práctica y si son tomados en cuenta por la sociedad mexicana.

Como menciona el artículo 1° de la *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos*,

[...]toda persona que se encuentre en México gozará de los derechos humanos reconocidos en dicha Constitución y en los tratados internacionales de los cuales México sea parte. [...]

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el **género**, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las **preferencias sexuales**, el estado civil **o cualquier otra que atente contra la**

dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

El artículo 4° Constitucional menciona que,

[...] todas las personas tienen derecho a la protección de su salud. [...] La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la **atención integral y gratuita** de las personas que no cuenten con seguridad social.

Así mismo, el artículo 25° de la *Declaración de los Derechos Humanos* (1948) establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure junto a su familia, un estado de salud y bienestar adecuado”. Así mismo es relevante mencionar la *Ley General de Víctimas* (2013). Establece que “toda población en situación de vulnerabilidad por su variación en la diferenciación sexual, orientación sexual e identidad y/o expresión de género requiere una atención especializada que responda a sus necesidades particulares y grado de vulnerabilidad”.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la cual México forma parte, ha solicitado a los Estados miembros diseñar políticas públicas que posibiliten **el derecho a la salud sin discriminación o restricción** (10 de diciembre, 2022 Organización Mundial de la Salud). Del mismo modo las lenchitudes exigen al Estado mexicano una atención digna sin discriminación.

Sobre esa misma línea, los *Principios de Yogyakarta* (2007) son una serie de postulados sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género, son vinculantes y los Estados deben de cumplirlos.

El Principio 17 de los *Principios de Yogyakarta* es el “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, por lo que todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. También menciona que los Estados adoptarán las políticas y los

programas de educación y capacitación que sean necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención a su salud, con pleno respeto por la orientación sexual e identidad de género de cada una. Ante lo mencionado, a continuación conoceremos la respuesta del gobierno mexicano a dichas exigencias en materia legal.

Respuesta del gobierno mexicano a las necesidades de las mujeres lesbianas con respecto a su salud en Ciudad de México

Resulta imprescindible mencionar la *Ley para el reconocimiento y la atención de las personas LGBTTTI de la Ciudad de México* (2021), específicamente su artículo 23°, que es correspondiente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Dentro de sus ocho puntos, tres que resaltan son

- I. Brindar el acceso y la prestación de los servicios de salud, **programas de detección oportuna y tratamientos libres de estereotipos y sin discriminación**, otorgando el más amplio estándar en la salud;
- II. **Capacitar y sensibilizar al personal médico en materia de diversidad sexual y de género de la Red de Hospitales de la Ciudad de México;**
- III. Realizar **programas de atención integral y especializada** para la salud sexual de las personas LGBTTTI, mediante acciones preventivas [...]²¹

Es pertinente añadir que existen diversas opiniones con respecto a la *Ley para el reconocimiento y la atención de las personas LGBTTTI de la Ciudad de México*. Hay quienes consideran que es innecesaria, pues las disidencias sexuales y de género ya están respaldadas por los artículos de la *Constitución Política de los Estados Mexicanos* y los Derechos

²¹ Art. 23 del DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY PARA EL RECONOCIMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS LGBTTTI DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2021), Gaceta Oficial de la Ciudad de México, p.8.

Humanos. Y por otro lado, quienes se sienten más respaldados al existir leyes tan específicas que detalladamente protejan y exijan.

En cuanto al *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGTBTTI y Guías de Atención Específicas*²², la última versión encontrada fue del año 2020 y está respaldada por el Gobierno de México, la Secretaría de Salud y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (INSAHE). Es una propuesta de política pública. Para el 2020 se reportó que no había sido implementado como lo planeado por la pandemia por COVID-19, situación sanitaria que ha acentuado las discriminaciones en el sector salud por lo que son necesarias nuevas revisiones.

Este protocolo está acompañado de cuatro guías; *Guía de Recomendaciones para la Atención Médica de Intersexualidad y Variación en la Diferenciación Sexual*, ***Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas y Bisexuales***, *Guía Protocolizada para la Atención de los Hombres Gay y Bisexuales* y *Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero*. Tiene como objetivo establecer las bases para generar un cambio en la actuación de los profesionales de salud que laboran en el Sistema Nacional de Salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias públicas y privadas. Se trata de un catálogo de políticas para ser observadas por los titulares, personal sustantivo y operativo de los establecimientos de atención médica²³.

Este protocolo se conforma por veintinueve políticas generales y diez específicamente para la atención a infancias y adolescentes. Dada la temática de esta investigación, me enfocaré principalmente en el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de*

²² Anexo 1 véase en página 131.

²³ PROTOCOLO PARA EL ACCESO SIN DISCRIMINACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS LGTBTTI Y GUÍAS DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS, 2020 p.31. (<https://www.gob.mx/insalud/documentos/protocolo-comunidad-lgbtiti>)

Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI²⁴ y en la Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas y Bisexuales²⁵.

A continuación, desgloso seis puntos relevantes a esta investigación. Comenzando por el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI*.

3. Ninguna actividad vinculada a la prestación de servicios en salud, deberá considerar como patología la orientación sexual, identidad y/o expresión de género y las variaciones intersexuales.

5. Los titulares de los establecimientos, deberán instaurar procedimientos internos para garantizar la aplicación de los criterios orientadores, con base al principio de no discriminación y los derechos que reconoce la Constitución.

8. En la atención médica se deberá tomar en cuenta que los estudios de diagnóstico y complementarios deberán estar basados en los antecedentes médicos personales y familiares, su orientación o preferencia sexual, las variaciones intersexuales y su condición clínica actual

18. Los titulares de los establecimientos promoverán una política institucional basada en cero tolerancia a cualquier acto de discriminación.

25. Los titulares de los establecimientos deberán promover campañas permanentes de promoción de la salud sexual y reproductiva, así como de prevención de enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y de transmisión sexual con perspectiva dirigida a las personas LGBTTTI.

27. El establecimiento deberá conformar programas de capacitación y sensibilización sobre los temas inherentes a la atención de las personas LGBTTTI, que incluyan

²⁴ Anexo 1, véase en la página 132

²⁵ Anexo 2, véase en la página 137

temáticas sobre la no discriminación, igualdad de oportunidades, atención a personas en situación de vulnerabilidad y protección de los derechos en salud entre otros temas relevantes.

Abordando la *Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas* estos son los seis puntos de mayor relevancia para el análisis.

III. Los prestadores de servicios en los establecimientos deben sensibilizarse en el uso de un lenguaje no sexista, evitar emitir juicios de valor sobre la orientación sexual, procurar utilizar un discurso de género neutral, así como asumir que existen diferentes maneras de vivir la sexualidad y que algunas mujeres tienen actividad sexual con otras mujeres.

VI. Los establecimientos, de acuerdo a su capacidad resolutoria, deberán promover mecanismos de atención ginecológica orientada a las mujeres lesbianas y bisexuales, que incluya información sobre profilaxis e incorporen el derecho a las maternidades lésbicas. Asimismo deberán promover un enfoque de salud sexual y reproductiva que incluya las particularidades de la atención de las mujeres lesbianas y bisexuales.

VII. Lx profesional de la salud deberá ser sensible en las formas de preguntar acerca de la orientación sexual durante la consulta, con abordajes que permitan explicitar dicha orientación en el caso de que las personas así lo decidan.

X. Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión que contemple la diversidad sexual, la perspectiva de derechos sobre las personas lesbianas y bisexuales y el cuidado de la salud.

XIII. Es importante que los establecimientos cuenten con espacios adecuados para la entrevista, los cuales deben permitir la comunicación sobre prácticas y

comportamientos sexuales y la compilación de información útil en la prestación de los servicios.

XIX. Las instituciones deberán promover investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales incorporando líneas de trabajo como la promoción de servicios de salud efectivos, esquemas para favorecer la detección de cáncer de mama y cervicouterino, modelos de intervención en el consumo de nicotina y alcohol, así como programas de monitoreo de enfermedades cardiovasculares y prevención de obesidad en mujeres lesbianas y bisexuales entre otros tópicos.

Este Protocolo y Guías podrían llegar a representar un antes y un después en la historia de la biomedicina en México. Un cambio en el discurso que ha representado al sistema biomédico, pues contrarresta el determinismo biológico y aporta valor a factores sociales, como lo son las sexualidades no heteronormativas. Representa un verdadero intento por realizar una capacitación y atención a la salud de forma integral e incluyente respetando la identidad sexual o de género de toda persona, sin patologizar, juzgar o invisibilizar.

Recordemos que cada profesional de la salud cuenta con un sistema de valores y construcciones ideológicas que pueden condicionar negativamente el trato a una paciente lesbiana, por el estigma. Podría argumentarse que el cuerpo de la paciente es el terreno del poder ejercido por el médico. Sin embargo, el Protocolo reglamenta y condiciona a los profesionales de la salud a respetar y seguir las guías a pesar de sus nociones preconcebidas e ideológicas sobre las disidencias sexuales y de género.

Este documento es pionero e innovador en la biomedicina mexicana, sin embargo, al ser tan reciente, no pude evitar cuestionarme si en los establecimientos de salud de la Ciudad de

México el personal estaba enterado de su existencia. También quedaba la interrogante sobre el grado de reglamentación del Protocolo y Guía Protocolizada.

Por lo anterior consideré necesario entrevistar a alguien especializada en el tema, Fabiola Baleón. Ella es directora de Jóvenes Por una Salud Integral, organización formada por mujeres lesbianas y bisexuales²⁶ feministas que promueven un ejercicio de la sexualidad libre e informada y una vida libre de violencia para las mujeres lesbianas, bisexuales, personas trans jóvenes y adolescentes.

A continuación no solo conoceremos del Protocolo, también conoceremos de las acciones que están realizando las *lenchitudes* de Jóvenes Por una Salud Integral a través de este y otras herramientas. Del mismo modo, haremos notar los obstáculos con los que se han topado para poder crecer como organización y disminuir la invisibilización lésbica en la Ciudad de México.

Jóvenes por una Salud Integral A.C. una organización de lesbianas con agencia en la salud sexual de las juventudes diversas.

Es importante conocer a las personas detrás de Jóvenes por una Salud Integral. Fabiola y Mariana, quienes desde hace cinco años son pareja, notaron que la sociedad mexicana, nunca se había preocupado por su salud como mujeres lesbianas, invisibilizando sus necesidades de información sobre autocuidados y viviendo violencias en el sector médico. Así que en el año 2016, Mariana, quien tiene formación en psicología, fundó Jóvenes por una Salud Integral y recientemente Fabiola quien tiene formación en sociología política tomó la dirección general de dicha organización.

²⁶ Bisexuales es el término a través del cual muchas mujeres prefieren diferenciarse de los hombres bisexuales, marcando que se vive de maneras distintas dicha orientación sexual a partir del género (Término aprendido durante la Formación Política “*Políticas a la Calle*” de Jóvenes por una Salud Integral en Diciembre del 2022).

La lesbofobia y la presión social con la que creció Fabiola dejó estragos en su vida. Gracias a la formación que tuvo en feminismo y teoría de género es que pudo vivir su lesbianismo y aceptarlo. Después de superar este proceso, se convirtió en activista por los Derechos *LGBTIQA+* en Puebla, su ciudad natal y próximamente se mudaría a Ciudad de México donde seguiría con esta causa. Ha sido activista de los derechos *LGBTQIA+* en Puebla desde el año 2015 cuando tenía 19 años, misma edad en la que decidió *salir del clóset*²⁷ con su familia, quienes desde el punto de vista de Fabiola son muy conservadores y de creencia católica.

Pese a las pocas referencias que existían en su contexto sobre las mujeres lesbianas y la gran cantidad de estigma y repudio hacia las disidencias sexuales, la familia de Fabiola reaccionó de forma asertiva y respetuosa ante su declaración. Algunxs de ellxs, incluso, ya la habían visto en televisión marchando por el matrimonio igualitario.

Mariana, quién como menciona Fabiola, se desarrolló en una cultura más extrovertida respecto a la homosexualidad en Ciudad de México, complementó su vida. Haciendo un equipo y relación no sólo afectiva sino laboral y activista en la lucha por los derechos de las mujeres lesbianas y bisexuales.

Junto a un grupo conformado por Lors, quien es socióloga; Geo, abogada, y Andy que es politóloga, han constituido Jóvenes por una Salud Integral. Divididas en cinco áreas, la administrativa, la de comunicación, la de incidencia política, la dirección de proyectos y la dirección general, han desarrollado tres programas de manera autogestiva: *Lesbianas Visibles*, *Juventudes* y *Formación*. *Lesbianas Visibles* se trata de acciones para divulgar y visibilizar proyectos de mujeres lesbianas a través de ferias, talleres, cineclub, investigaciones, encuentros, entre otros; *Juventudes* se compone de acciones para reconocer las juventudes diversas, que favorezcan al ejercicio pleno de su sexualidad; *Formación* abarca la promoción

²⁷ Expresión para referirse a una declaración a las personas sobre tu orientación sexual no heterosexual.

de los derechos, el derecho a la no discriminación y a una vida libre de violencia en razón de género y por LBTIfobia por medio de talleres y capacitaciones a personal de salud, de educación y a mujeres lesbianas y bisexuales. Recientemente llevaron a cabo el proceso de formación “Políticas a la calle, participación e incidencia política de mujeres y personas no binarias: Lesbianas y bisexuales”, el cual se llevó a cabo del 15 al 18 de diciembre de 2022, con una duración de 28 horas en las instalaciones del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED). Yo asistí a dicha formación y mucho de lo aprendido, es producto de dicho proyecto donde no solo conviví con Fabiola y Mariana sino con más de treinta *lenchitudes* con quienes hubo una co-discusión, co-teorización y apoyo plasmado en esta tesis.

Si bien, Jóvenes por una Salud Sexual Integral ha tenido un enfoque prioritario a la salud sexual, reconocen la sexualidad como el ente central de las personas. A partir del cual se desprenden otras vertientes en la vida de las personas que reflejan sus experiencias cotidianas y que pueden ser de índole social, psicológica, política, etcétera. Desde su punto de vista es necesario brindar las herramientas y conocimientos para incidir políticamente como *lenchitudes*, crear una agenda política común y poner manos a la obra.

Un proyecto que inició la renovación del trato biomédico a las disidencias

Es importante mencionar que la realización de proyectos no ha sido fácil, se necesitan recursos y el gobierno no suele destinar recursos a asociaciones para *lenchitudes*. Por lo que Jóvenes por una Salud Integral constantemente está buscando convocatorias de Secretarías o Institutos que les permitan cumplir con sus metas. Por ejemplo el proceso de formación “Políticas a la Calle, Participación e incidencia política de mujeres y personas no binarias: Lesbianas y bisexuales” que recientemente se llevó a cabo, fue financiado por el Instituto

Nacional Electoral, que realiza cada año una convocatoria para impulsar la participación política de las mujeres. Sin embargo, esto después de que por varios años las habían rechazado.

En materia de salud, a inicios del 2019 lograron conseguir un financiamiento de coinversión con la Secretaría de las Mujeres. El proyecto fue acudir a clínicas en todas las alcaldías de la Ciudad de México, de manera descentralizada para capacitar a personal de salud en todos sus niveles con base en el *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI* y *Guías de atención específicas*. Este documento ha sido la base de su proyecto *Salud Sexual*, pues cuenta con los argumentos y herramientas teóricos, prácticos y legales para defender la salud de las *lenchitudes* en México.

Del mismo modo realizaron un proceso formativo de promoción de la salud sexual para mujeres lesbianas y bisexuales. Dicha formación y capacitaciones las realizan entre las integrantes de Jóvenes por una Salud Integral con el fin de que las mujeres conozcan sus derechos y cuenten con el conocimiento para defenderlos ante instituciones de salud, confirmando nuevamente la agencia que tienen las mujeres lesbianas como sujetas políticas y de derechos. Esta actividad fue parte de un programa de coinversión con sociedad civil, donde básicamente la sociedad civil pone una parte y la Secretaría de Mujeres pone otra para que la asociación, que en este caso es Jóvenes por una Salud Integral, realice un proyecto en beneficio de la población de mujeres lesbianas y bisexuales.

Esta financiación fue únicamente para la operación, no cubrió salarios. Lo cual fue una gran limitante. Lo anterior refleja que las tareas y propuestas que realiza Jóvenes por una Salud Integral se llevan a cabo gracias a sus integrantes. Se hace evidente que estos esfuerzos son de la comunidad lésbica para la comunidad lésbica, por buscar un cambio positivo para las *lenchitudes*. También demuestra que las aportaciones del gobierno son mínimas e

insuficientes, ya que si asociaciones como Jóvenes por una Salud Integral recibieran regularmente financiamientos que contemplaran una remuneración para las participantes, más profesionales de la salud contarían con las herramientas para mejorar el trato a sus pacientes y las *lenchitudes* conocerían sus derechos como pacientes, lo cual desencadenaría en una mejor calidad de vida y salud sexual.

Profundizando en las características y logística de las capacitaciones, estas duraban cuatro horas. La participación de Fabiola consistió en la capacitación al personal de salud con respecto al marco jurídico de los Derechos Humanos, las responsabilidades que tiene el personal de salud, la obligatoriedad del Protocolo y las implicaciones legales de no respetarlo.

Mariana, por su parte, desarrolló la segunda mitad de la capacitación hablando de las implicaciones sociales que había sobre las lesbianas con respecto a su salud. Algunas de las temáticas eran *¿por qué las lesbianas no van a los servicios de salud? ¿por qué no es un tema tan discutido?* Complementando con el fin de sensibilizar al personal de salud.

Es relevante que su enseñanza no sólo tenga un carácter legal sino también de concientización social, donde los médicos reconozcan que son sujetos en una relación de poder asimétrica constante. Específicamente el biopoder, concepto abordado en el capítulo anterior, es el poder del que gozan los profesionales de la salud, ya que en gran medida la calidad de vida de las personas depende de ellxs, de sus diagnósticos y decisiones.

Desafíos y nuevos comienzos

Intentaron replicar el proyecto en el año 2020 pero la pandemia por COVID-19 lo imposibilitó. Del mismo modo, la emergencia sanitaria impidió la implementación del Protocolo en instituciones hospitalarias y educativas (Gómez 2020).

Este mismo obstáculo llevó a Jóvenes por una Salud Integral a desarrollar una nueva vertiente de programas, más enfocada en las violencias que viven mujeres lesbianas y bisexuales. El argumento de este nuevo proyecto fue que la orientación sexual es un factor que cambia los modos de experimentar las violencias. Así como la violencia de género, que incrementó con la pandemia. Por ello abrieron una línea de acompañamiento donde brindan información y un directorio para acudir a la institución que mejor te convenga según el estado de la República donde te encuentres.

Fabiola me explicó que ha sido muy complejo lograrlo por la carencia de recursos y financiamiento. Le pregunté si había otras organizaciones enfocadas a la salud sexual de las disidencias sexuales y de género en México, y me comentó que sí, aunque por lo regular las que están mayormente consolidadas están enfocadas en temas de VIH/SIDA. A continuación, algunas asociaciones:

Organización	Acciones	Antigüedad
Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana	Difusión de información de los temas relacionados con el trinomio Salud, Sexualidad y Sociedad, así como a la defensa de los derechos humanos de las personas <i>LGBTI</i> y de quienes viven con VIH.	Desde 1994
El Clóset de Sor Juana	Defensa y promoción de los derechos humanos de las	Desde 1991

	<p>mujeres, especialmente de aquellas que viven discriminación por su orientación sexual e identidad de género.</p>	
El armario abierto	<p>Una educación sexual y reproductiva al alcance de todos. Ofrece información y cursos para conocer sobre sexualidad.</p>	Desde 1998
Yaaj	<p>Promoción y fortalecimiento de la participación, colaboración y desarrollo de propuestas de intervención comunitaria en los ámbitos de salud, educación, empleo, tecnología y ambiente, desde una perspectiva de los derechos humanos, género y diversidad.</p>	Desde 2007
Inspira Cambio	<p>Buscando mejorar la calidad de vida de las personas en contexto de vulnerabilidad</p>	Desde 2013

	<p>en cuanto a su salud sexual y en pleno ejercicio de sus derechos.</p>	
--	--	--

Si tu haces una evaluación de cuánto se le ha invertido en política pública a la salud sexual de población LGBT, los primeros que van a aparecer son hombres gays, hombres que tienen sexo con otros hombres, temas de VIH. Parece que todo el recurso se les va en ellos. Por eso hay cero pesos de inversión en temas de lesbianas, porque además es como un tema de invisibilidad, de “¿a ustedes que les puede pasar?” porque no hay ni varo (sic) para hacer una investigación seria. O sea nosotras tenemos la hipótesis de que el principal problema de salud sexual que enfrentamos es el VPH por como es el tema de transmisión (Fabiola Baleón, 2022).

El comentario anterior representa el sentir de Fabiola, concuerdo en el hecho de que las mujeres lesbianas y las *lenchitudes* en general sufren una doble invisibilización por ser leídas como mujeres y como lesbianas. Son oprimidas por estructuras y violencias como la lesbofobia, el patriarcado, la heteronormatividad y la misoginia. Por ello no es de extrañar la falta de interés que gran parte de la academia ha tenido en el estudio de su salud, o la falta de recursos que el gobierno ha invertido en investigación y campañas de promoción de la salud enfocadas a ellxs.

Un fenómeno que ocurre a menudo es que las Secretarías y organismos correspondientes al bienestar de las mujeres lesbianas, invisibilizan sus deberes y le destinan las responsabilidades a otros organismos. El claro ejemplo fue cuando el 2 de julio del 2022 dos mujeres lesbianas en la Alcaldía Coyoacán fueron atacadas con un ladrillo por un hombre. Varias organizaciones como Jóvenes por una Salud Integral acudieron a la Secretaría de la Mujer a exigir soluciones. Tristemente les dijeron prepotentemente que eso le correspondía a la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social, como si por el hecho de ser lesbianas no fueran

mujeres y por ello no fuera responsabilidad de la Secretaría de Mujeres ejercer acciones que protejan a las mujeres lesbianas.

Capacitación y aplicación del protocolo.

Como mencionaba con anterioridad, parte del programa de *Salud Sexual* de Jóvenes por una Salud Integral consiste en dar talleres a los profesionales de la salud y profesores con base en el Protocolo. Este año 2022, fueron invitadas a impartir este taller a personal del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), donde participan de forma voluntaria desde la recepcionista hasta el médico cirujano. Fabiola me explica que debería conocerse y ponerse en práctica este protocolo pero casi no lo difunden, por lo que hay muy pocas personas que lo conocen.

Por eso nuestra estrategia en el 2019 sí era difundir el protocolo, a través de capacitaciones. Entonces nosotras si les decíamos de “neta omitan esos comentarios o chistes” por eso nos fue bien, porque si salían varias personas sobre todo médicas, médicos que eran los más shockeados. De pronto las trabajadoras sociales si nos decían “pues es que se les está diciendo a los médicos, pero en su posición de yo sé”. Tuvimos de todo pero creo que fueron más las respuestas positivas, apertura de muchas y muchos médicos cuando les decíamos “es que las mujeres lesbianas no vamos al centro de salud porque sabemos que nos van a discriminar, perse”. Y respondían “es que yo trato a todos los pacientes por igual”. No es cierto, hay actitudes bien discriminatorias y que se hacen del común, entonces como que varios entendían. (F. Baleón, entrevista, 17 de Agosto del 2022).

Pese a las respuestas positivas y buena apertura en general por parte del personal de servicios médicos, no faltaba la persona que desaprobaba o rechazaba la información. Por lo anterior Fabiola decidió siempre iniciar las capacitaciones hablando del marco jurídico.

La capacitación iniciaba con “no es pregunta, no es una opción, esta es su obligación, quiero que quede claro esto, o sea, hay todo un marco jurídico internacional, un estándar de atención que prioriza nuestros derechos y esto no es pregunta, ustedes tienen la obligación de llevar a cabo el protocolo. Sí no lo conocen lo siento mucho pero el protocolo está a nivel Constitución, es vinculante.[...] Cuando un instrumento normativo es vinculante quiere decir que aunque no sea ley el hecho de que esté aprobado por ciertas autoridades lo hace obligatorio en funcionalidad.

[...] El protocolo de atención sin discriminación a la población *LGBT* es un instrumento vinculante basándose en este marco normativo, el marco de Derechos Humanos, el artículo 1° Constitucional, o sea de una serie de normativas nacionales e internacionales que obligan a los funcionarios públicos a tomar margen de acción. Cuando no es vinculante un documento difícilmente se ejerce y lo toman en cuenta pero cuando tu les dices que es obligatorio y no es una opción, ahí toman una actitud completamente distinta. Cuando les dices, te pueden levantar una denuncia o te pueden hasta quitar tu cédula profesional por tus malas prácticas, porque esto conduce a un mal diagnóstico. (F. Baleón, entrevista, 17 de agosto del 2022).

Por los comentarios de Fabiola podríamos asumir la obligatoriedad del protocolo, sin embargo, sólo se trata de una Guía, una clase de recomendación. Aunque cuenta con el respaldo legal y político necesario, principalmente el artículo 1° y artículo 4° de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y la *Ley para el reconocimiento y la atención de las personas LGBT de la Ciudad de México*, a nivel federal en la capital del país. En este sentido, en México ningún ECOSIG realizado por un profesional de la salud está permitido, pues a pesar de no estar legislado en todos los Estados de la República, el Protocolo se aplica de manera nacional.

[...] Un ECOSIG puede ser que tú remitas a tu paciente a psiquiatría solo porque es lesbiana, la puedes remitir a psiquiatría si presenta un cuadro severo que afecte su salud mental, si, que este deprimida pero porque vive un contexto de violencia, pero no porque sea lesbiana, eso si es un delito, entonces ahí si como que cambian. Lamentablemente este país es así, si no es ley no hago caso pero como ahora si es ley ahora si hago caso. Es como el matrimonio igualitario, como ahora ya es ley en casi todo el país ya nadie se queja. (F. Baleón, entrevista, 17 de agosto del 2022).

En este mismo sentido, sabemos que no todo el personal de salud en la Ciudad de México cuenta con esta información, ya que la organización Jóvenes por una Salud Integral es invitada por la Secretaría de Salud anualmente a capacitar sólo algunas clínicas o centros de salud. Aunado a esto, para el personal de salud es opcional acudir a dichas capacitaciones lo cual dificulta que en su mayoría acudan.

Con la información obtenida en la entrevista, se fortalece una de las premisas realizadas desde el primer capítulo de esta investigación: Las mujeres lesbianas son sujetas con agencia en la lucha por el ejercicio libre de sus derechos. Las integrantes de Jóvenes por una Salud Integral son el mejor ejemplo de ello.

Las problemáticas que ellas perciben y viven a diario con respecto a su salud las ha incitado a cambiarlo de su propia mano, capacitando y educando al personal de salud sobre sus obligaciones. Obligaciones de las que muchxs no tenían idea y por ello, comprometen también su trabajo. Del mismo modo, imparten distintos tipos de formación para que las mujeres lesbianas conozcan de los derechos y leyes que las respaldan y sepan cómo incidir políticamente.

Las labores de Jóvenes por una Salud Integral son acciones de lesbianas y bisexuales para el resto de las *lenchitudes*. Sin embargo, al no ser una organización consolidada, sin financiamiento seguro ni salarios, es muy difícil que realicen sus tareas de forma continua.

No hay duda en que el Estado debería prestar atención a la población lencha. Se necesita urgentemente mayor apoyo monetario a proyectos de salud sexual como el de Jóvenes por una Salud Integral, así como a investigaciones sobre la salud de las *lenchitudes* para conocer con profundidad los principales riesgos de las prácticas sexuales lésbicas y cómo prevenirlos.

Campaña de salud sexual y prevención de infecciones de Jóvenes por una Salud Integral

A través de una serie de infografías, Jóvenes por una Salud Integral ha buscado informar y sensibilizar a lesbianas y mujeres bisexuales sobre la importancia del autocuidado, el uso de métodos de barrera para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y los mecanismos de exigibilidad para el acceso a la salud libre de discriminación. Adjunto a continuación sus infografías.

Campaña de salud sexual y prevención de Infecciones. Jóvenes por una Salud Integral (revisado en Agosto del 2022) en <https://jsaludintegral.org/lesbianas-visibles/>).

5 fluidos que transmiten ITS incluido el VIH

Semen
Líquido preeyaculatorio

Sangre
incluida la menstruación

Flujos vaginales

Leche materna

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa ante la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

ITS y formas de transmisión entre lesbianas

Penetración con juguetes
Hepatitis B, VPH Vaginal y en un bajo riesgo, Hepatitis C*, Herpes*, Sifilis* y Gonorrea*.

Boca - Ano
Hepatitis B, Gonorrea, VPH Genital*, Herpes*, Sifilis*.

Boca - Boca
Hepatitis B, VPH*, Herpes*, Sifilis*.

Manos - Vulva
Gonorrea, VPH Genital*, Herpes*, Sifilis*.

Boca - Vagina
Hepatitis B, Gonorrea, Herpes*, VPH Genital*, Sifilis*.

Vulva - Vulva
VPH Genital y herpes. ¡OJO! No hay estudios suficientes que permitan facilitar más información. **Es posible si existen lesiones.**

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

La Salud Sexual es un servicio que el Estado debe garantizar.

El protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTI está basado en los más altos estándares de protección a los DDHH; homologados en las siguientes normas.

NOM 014
Factores de riesgo para VPH y cáncer cervicouterino.

NOM 046
ILE y Profilaxis para víctimas de violencia sexual.

NOM 039
Vías y mecanismos de transmisión de ITS.

NOM 010
Prácticas de riesgo y atención al VIH.

Y a todas ellas tenemos derecho lesbianas y mujeres bisexuales.

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

Métodos de barrera #SexoEntreMujeres

Guantes de latex sin talco, evita el contacto directo mano - fluidos vaginales.

Diques dentales o sabanas de latex evita el contacto directo boca - ano boca - vulva.

Usar mucho lubricante disminuye el intercambio de fluidos.

#PorMiSaludYoMeCuido

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

Mitos comunes sobre el SEXO LÉSBICO

"Las lesbianas no tienen sexo"
El sexo no solo es penetración pene-vagina. #NosotrasDisfrutamos

"Sólo tienen sexo oral"
Existe el cunnilingus, la masturbación, el tribadismo, la penetración vaginal y/o anal. Y muchas más. #NosotrasExperimentamos

"No hay riesgos"
Hay ITS que se transmiten por fluidos y por contacto directo. #NosotrasTambiénNosCuidamos

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

Factores de riesgo que exponen a lesbianas y mujeres bisexuales a una Infección de Transmisión Sexual.

Compartir artículos de higiene personal y/o juguetes sexuales.

Uso de sustancias y alcohol.

Múltiples prácticas sexuales sin protección.

Evitar revisiones ginecológicas periódicas.

Violación sexual.

Conocer nuestro estado de salud, es una buena forma de comenzar a cuidarnos.

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

Identificar un servicio de Salud ginecológica Integral e Incluyente para lesbianas y mujeres bisexuales.

- ✓ No asume mi orientación sexual
- ✓ Preguntar sobre mis prácticas sexuales.
- ✓ Mantiene una actitud abierta y libre de prejuicios.
- ✓ Me pregunta sobre el uso de métodos anticonceptivos y barreras de latex.
- ✓ Nunca sugiere que la razón de algún problema médico, podría ser mi Orientación Sexual.
- ✓ Escucha lo que digo atentamente y atiende mis inquietudes.
- ✓ Su trato no es indiferente ni grosero tras saber mi Orientación Sexual.

Si cumple con estas características, el trato no es discriminatorio.

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

¿Dónde puedo acudir cuando el servicio de salud no me ofrece un trato digno por ser lesbiana o una mujer bisexual?

COPRED
-Órgano descentralizado que da atención a la ciudadanía en casos de discriminación.
-Sólo en las instancias de la Ciudad de México.
-Para habitantes y transeúntes.

CONAMED
-Órgano federal que recibe quejas por la irregularidad o negativa en la prestación de los servicios de salud.
-Cualquier instancia pública o privada.

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

Como presentar una Queja en el CONAMED:

- Datos de la paciente, de quien la represente y del prestador/a del servicio médico.
- Una breve descripción de los hechos.
- Número de afiliación o de registro del usuario (sólo cuando el servicios es público).
- Tu petición a través de la cual propones la resolución de la queja.
- Tu firma ó tu huella digital.
- Identificación Oficial Vigente.
- Documentos que acrediten la relación médico-paciente.

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.
Proyecto financiado por el Programa Conavim para la Igualdad de la Ciudad de México 2015, con recursos públicos de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México.

Una pretensión ideal

Es entonces que resulta sumamente importante rescatar las discusiones y críticas que se están dando al respecto del sistema legal mexicano, en especial en relación con el desarrollo de leyes que sólo respaldan a ciertos grupos poblacionales y las implicaciones que tienen. En este caso, hablamos principalmente de las leyes dirigidas a las disidencias sexuales.

Con base en la visibilidad que las disidencias sexuales están cobrando como agentes de consumo y sujetos políticos en América Latina, la socióloga Cardona Luz (2018), quien es especialista en Estudios de Género y Feminismo realizó una teoría con el concepto de *ciudadanía* como eje central. El cual tiene una connotación civil²⁸, política²⁹ y social³⁰, puesto que la *ciudadanía heteronormativa* se transformaría en una *ciudadanía sexual*.

Uno de los alcances de dicha pretensión sería reconocer que la sexualidad está atravesada por una lucha de poderes entre sujetos para erradicar los factores de exclusión hacia las que Cardona (2018) llama las “minorías sexuales” (yo prefiero llamarlas disidencias sexuales). Este argumento resuena con una reflexión de Fabiola Baleón, en la que argumenta que no está de acuerdo con que existan leyes específicas para la población *LGBT*, sino que deberían incluir a la población *LGBT*³¹ a todas las leyes y artículos, cambiando las narrativas.

¿Qué tanto las leyes que se inventan como positivas cambian las narrativas? Desconozco de qué va la ley de las poblaciones *LGBT* en la Ciudad de México pero no queremos que nos segreguen, queremos que nos incluyan en la narrativa de todo lo que existe. Y no como

²⁸ Referencia a libertades individuales. (Cardona Luz, 2018: p. 17).

²⁹ Derecho a la participación política. (Ibidem).

³⁰ Se asocia a las condiciones económicas, servicios sociales, tener calidad de vida. (Ibidem).

³¹ Como una breve aclaración, quisiera decir que coincido con Fabiola, sin embargo sugeriría el uso del término disidencias sexuales y de género con el fin de no excluir a cualquier identidad no cis o heteronormada.

“ustedes como son población LGBT necesitan su ley” y no sé qué tan de acuerdo estoy con eso. (F. Baleón, entrevista, 17 de agosto del 2022)

En este sentido, se tendría que expandir la garantía de vivir con plenitud y autodeterminación toda forma de expresión sexual y el libre ejercicio de todos los derechos que también gozan las personas heterosexuales. De este modo, se aceptaría y se haría visible la existencia de las disidencias sexuales.

Por lo anterior es importante el componente político, la apertura de espacios para la discusión y formulación de leyes que legitimen la vivencia de toda disidencia sexual y de género. El objetivo sería vincular la sexualidad al aspecto público, político y económico. Lo cual supondría dejar atrás la noción que se tiene de estos grupos como “minorías” y darles a todxs el lugar de ciudadanxs con capacidad de agencia y acción que les corresponde.

Podría resultar contradictorio sugerir no implementar leyes únicamente para las disidencias y en su lugar, exigir que se les integre a todas las leyes ya existentes mientras se apoya el uso de un Protocolo que contempla exclusivamente las disidencias. Sin embargo, este último es una guía únicamente para el sector salud, que ha sido indispensable puesto que la biomedicina se rige por principios heteronormados y binarios y con herramientas como ésta, se contrarresta el determinismo biológico y concientiza socialmente sobre las vivencias de las mujeres lesbianas y bisexuales.

Consideraciones finales

En este capítulo se comprobó que toda persona en México tiene derecho a la protección de su salud y bienestar sin discriminación o restricción alguna y se verificó que existen leyes, tratados internacionales, organizaciones, protocolos y guías, que defienden y respaldan a las disidencias sexuales y de género al momento de requerir servicios de salud. Considero que el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención*

Médica de las Personas LGTBTTI y las guías que lo acompañan, son un acierto. Representan el impulso a un nuevo discurso biomédico con mayor conciencia social contra la erradicación de violencias, discriminaciones o ECOSIG's.

A pesar de estos avances en materia legal y de derechos, se registró que no hay suficientes acciones por parte del gobierno para capacitar a todo el personal de salud de la Ciudad de México e informarles sobre el Protocolo y todo el marco legal que protege a las disidencias y que les compete a lxs profesionales de la salud y compromete su trabajo. Claramente hay una invisibilización, o bien una falta de interés, en la agenda política del gobierno por apoyar a mujeres lesbianas.

Organizaciones como Jóvenes por una Salud Integral buscan financiamientos para promover la salud libre de violencia para las disidencias sexuales y de género, sobre todo para las mujeres lesbianas y bisexuales. Por lo anterior están constantemente aplicando a convocatorias de Institutos o Secretarías para llevar a cabo sus proyectos, sin embargo, hay mucha demanda y no siempre hay recursos.

En cuanto al Protocolo, su fin principal era ser convertido en política pública. El siguiente paso, posterior a la última revisión del 2020, era implementarlo en las instituciones hospitalarias y realizarle más revisiones. Pero la situación sanitaria derivada del virus SARS-CoV-2 también lo imposibilitó y no se ha reanudado hasta ahora ni ha tenido revisiones, las cuales considero pertinentes.

Podemos afirmar que el gobierno ha creado y escrito buenas herramientas para la defensa de las disidencias sexuales y de género al recibir un servicio de salud. Sin embargo, no ha implementado acciones concretas e integrales para difundir dicha información a todos los profesionales de salud de la Ciudad de México y el resto del país y a las disidencias sexuales y de género para defender sus derechos.

Jóvenes por una Salud Integral son un ejemplo claro de que las mujeres lesbianas son sujetas activas en la lucha por sus derechos. Sobre todo con el fin de hacer de los espacios públicos, espacios más seguros para ellas. La invisibilización de la sexualidad lésbica ha suscitado desafíos, como que las organizaciones de mujeres lesbianas no cuenten con apoyos institucionales suficientes que les permitan establecerse. Lo anterior es en gran parte, gracias a la nula investigación sobre los riesgos en la salud de las prácticas sexuales entre personas vulvoportantes.

Dichas investigaciones no han sido posibles por la misma falta de financiamiento y de interés. Un caso muy distinto al del tema de VIH, que recibe mayor cobertura en las organizaciones mexicanas correspondientes. Esto ha sido innegablemente necesario, pero igualmente refleja la invisibilización de la sexualidad lésbica, sus riesgos y sus requerimientos para una salud sexual plena y también, contribuye a notables los mitos atribuidos a las personas penoportantes como únicos posibles portadores y transmisores de ITS.

En cuanto a campañas de salud, Jóvenes por una Salud Integral cuentan con una sobre salud sexual y prevención de infecciones bastante completa. Es la clase de información que deben tener las mujeres lesbianas. Esto, a pesar de estar respaldado por la Secretaría de las Mujeres, debería ser difundido a mayor escala, pues se trata de datos útiles, seguros y con peso institucional detrás de ellos, que son de gran ayuda para mejorar los autocuidados y los servicios impartidos por parte del personal de salud.

A partir de estas reflexiones considero que existen varias urgencias: a) La reanudación del plan para implementar el protocolo a instituciones hospitalarias. b) Las revisiones a dicho protocolo. c) Más financiamientos para que las organizaciones promuevan el Protocolo y Guías para la atención sin discriminación a las disidencias sexuales y de género. d) El desarrollo de más investigaciones sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y sus

necesidades. e) Mayor apoyo monetario a organizaciones que buscan la promoción de la salud de mujeres lesbianas en México. f) La capacitación obligatoria en universidades que forman a profesionales de la salud con respecto al trato digno de pacientes pertenecientes a las disidencias sexuales y de género.

Finalmente, es pertinente añadir lo relevante que es el hecho de que se incluya a las disidencias sexuales y de género en cada una de las leyes. No necesariamente realizar una ley para estas, ya que toda ciudadanía está atravesada por la sexualidad y esta genera diferencias y discriminación de diversas maneras que deben ser reconocidas en cada ley como lo han sido para las personas heterosexuales y cis género.

Ahora que conocemos los instrumentos o herramientas que respaldan la salud de las mujeres lesbianas en México, podemos pasar a la siguiente sección, en la cual se presenta una investigación cualitativa que estuvo destinada a descifrar las perspectivas y experiencias de jóvenes lesbianas de la Ciudad de México con respecto a su salud sexual y la atención que reciben por parte de profesionales de la salud, contrastándola con las perspectivas de dos ginecólogas.

CAPÍTULO 3

PRÁCTICAS SEXUALES, AUTOCUIDADOS Y ATENCIÓN MÉDICA EN MUJERES LESBIANAS.

Introducción

A partir de lo discutido en el primer capítulo podemos afirmar que el papel de la biomedicina fue clave para sustentar argumentos homofóbicos y estigmatizantes hacia las mujeres lesbianas. La patologización de su orientación sexual ha dejado estragos en la sociedad y en la propia práctica médica que invisibiliza otras identidades no heteronormadas o binarias. Esta circunstancia ha provocado que las mujeres lesbianas vivan violencias³² y discriminaciones³³ particulares.

Aunado a la reciente afirmación, se comprobó que la mujer lesbiana como sujeta también tiene agencia y es activa en la lucha por sus derechos. Un claro ejemplo de ello son Fabiola, Mariana y el resto de participantes en Jóvenes por una Salud Integral, mujeres que han visto una problemática en la atención a la salud sexual lésbica y se han encargado de promover sus derechos y capacitar a personal de salud de manera integral.

Del mismo modo, durante el segundo capítulo se visibilizó la existencia de herramientas y aparatos legales que respaldan a toda persona independientemente de su orientación sexual o identidad de género. Particularmente las disidencias sexuales y de género cuentan con el respaldo de leyes en la Ciudad de México y a nivel nacional se cuenta con el *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI* y *Guías de atención específicas*. Pese a la existencia de dichos aparatos legales, se

³² Las violencias surgen de una relación de poder donde una persona, grupo de personas o institución daña la integridad o dignidad humana de otra, psicológicamente, físicamente, verbalmente, institucionalmente, o estructuralmente.

³³ Trato diferente y perjudicial o privación de derechos que se le da a una persona por motivos de sexo, género, etnicidad, orientación sexual, expresión de género, edad, ideas políticas, religión, entre otras razones.

evidenció que el Estado no ha tenido interés en dar difusión del protocolo ni capacitar al personal de salud.

Teniendo en mente el contexto social, histórico y político de las mujeres lesbianas en México y la influencia del sistema biomédico en sus vidas, es posible pasar a la explicación de la siguiente parte de este proyecto. Se trata de una investigación cualitativa que principalmente indaga bajo tres ejes, el de *autocuidado*, *relación medicx-paciente* desde la antropología de la salud y el de *emociones* a partir de estos se genera una amplia discusión sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas.

Este capítulo se basa sobre todo en datos de una investigación cualitativa la cual se realizó mediante un cuestionario online a treinta mujeres lesbianas que residen en la Ciudad de México y la periferia de esta, que estudian y/o trabajan y tienen de 16 a 34 años. Dicho cuestionario se llevó a cabo a través de la plataforma *Google Forms*. Se distribuyó a través de la red social Instagram, donde publiqué una *Instagram Story* con el link del cuestionario y una invitación a jóvenes lesbianas para que lo respondieran. A partir de ello, se generó la técnica *bola de nieve*³⁴, ya que entre amistades mías y participantes se compartió la historia de instagram y se logró llegar a personas que inicialmente yo no conocía. Estuvo disponible del 29 de junio al 5 de julio del 2022.

Como ya se mencionó en la introducción a la tesis, se siguieron diversas estrategias éticas para la realización de esta investigación, por ejemplo, en el cuestionario se dió aviso de que no era necesario brindarnos sus datos personales pues la información brindada sería confidencial y también, se les comentó el uso que se les darían, es decir para esta investigación. Me introduje como estudiante de licenciatura, les proporcioné el título de la investigación y una breve descripción del tema, les adjunté mi nombre, licenciatura,

³⁴ Técnica para encontrar a la muestra de investigación donde un sujeto le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente” (Atkinson & Flint, 2001, p. 1 en Baltar F. y Gorjup T. 2012, p. 131).

universidad y contacto por cualquier duda o aclaración. Del mismo modo se les brindó la opción de adjuntar su correo electrónico para recibir la tesis una vez concluida.

A la par, se hicieron entrevistas a través de la plataforma *Zoom* a dos ginecólogas que residen en la Ciudad de México. Ambas doctoras son egresadas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La Dra. Palma trabaja en el sector privado y la Dra. Collin en el público. Del mismo modo, se realizó una entrevista a Fabiola Baleón, directora de la asociación civil Jóvenes por una Salud Integral para conocer sobre el acceso a educación sexual y a métodos de protección adecuados para mujeres lesbianas desde su perspectiva y la de su organización.

El cuestionario y entrevistas tenían como propósito profundizar en diferentes aspectos de la sexualidad de mujeres lesbianas, los cuales serán abordados a través de los siguientes apartados: “Ser saludable y ser lesbiana”; “Vida sexual, estereotipos y tabúes por romper”; “Autocuidados, riesgos y recomendaciones”; “Afectaciones en su salud”; “El consultorio médico, terreno por deconstruir”; “Hablemos de emociones”; “Replanteemos la educación” y “Algunas recomendaciones”.

Algunas de las preguntas formuladas para el propósito de la investigación fueron: ¿Qué prácticas sexuales tienen las mujeres lesbianas?, ¿Qué autocuidados tienen las mujeres lesbianas antes, durante y después de tener relaciones sexuales con mujeres?, ¿Qué autocuidados deberían implementar las mujeres lesbianas?, ¿Las mujeres lesbianas van al ginecólogx?, ¿Por qué? y ¿Que debería de implementar el personal de salud para hacer de un consultorio un espacio seguro e integral para las mujeres lesbianas?

Autocuidados

Algunxs autorxs ubican el autocuidado dentro de la categoría de autoatención. La autoatención se refiere al proceso de diagnóstico y atención de una enfermedad o daño a la

salud y es llevado a cabo por la propia persona o alguna persona cercana a ellx. Las actividades de autoatención se relacionan con actos de alimentación, automedicación, limpieza, higiene, curación y prevención de enfermedades (L. Arenas-Monreal et al. 2011:43).

Cada sociedad ha constituido una serie de respuestas ante el proceso salud enfermedad, atención y prevención. A partir de interpretaciones, actitudes y acciones que incitan a vivir dicho proceso de un determinado modo. En este sentido la cultura influye en las formas de vivir la salud y la enfermedad (Pierson 2006:156).

Los cuidados son acciones y fenómenos socioculturales, con una dimensión simbólica. Se trata de maneras de mantener la vida, prevenir padecimientos y curarlos.

[...]el concepto de cuidado hegemónico en las sociedades anglo europeas, referido a aquellas actividades que tienen como objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas (Finch 1989, en Comas d'Argemir 2000:188 en Esteban M.L. 2017: 34).

Los cuidados son una forma de apoyo, dedicación de tiempo y energía a quien está en una posición más vulnerable, precaria o dependiente. Todas las personas en algún momento tenemos la necesidad de cuidados, sobre todo en la niñez, cuando se es unx adultx mayor, al estar enfermxs, lesionadx y demás.

Los cuidados están condicionados por la identidad de cada sujetx, sus necesidades con base en su contexto, género, geolocalización, época, parentesco, orientación sexual, edad, etnicidad, entre otros factores. Así como quien brinda los cuidados está influenciadx por los mismos factores. Cabe resaltar que hay una imposición de ello mayormente a las figuras femeninas (ibid:37). Se trata de un fenómeno social atravesado por la interseccionalidad de cada persona.

En comunidades urbanas es muy común que al enfermarse se acuda a una clínica u hospital para recibir las atenciones necesarias por parte de profesionales de la salud. Haciendo un pequeño paréntesis, en la Ciudad de México contamos con diversos tipos de servicios en el sistema público siempre desde el enfoque biomédico y en instituciones como el ISSSTE³⁵, el IMSS³⁶ y antes existía el Seguro Popular para las personas que no contaban con seguridad social pero fue disuelto en el año 2020. En el sistema de salud privado obedece al sistema biomédico en hospitales, clínicas o consultorios. Sin embargo, también hay tratamientos tradicionales por parte de curanderos, chamanes, espiritistas, entre otros.

Aunado a la idea de Pierson (2006), donde se enfatiza la necesidad de que los pacientes participen en su propia atención a partir de las decisiones que puedan afectarles. Los cuidados de los pacientes sobre su propia persona son los llamados *autocuidados*, los cuales se refieren al estilo de vida. Es decir, las acciones realizadas por las personas para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer su estado de salud. Se trata de un concepto percibido como individualista para Tobón (2003) pero que considero, es colectivo, aprendido por nuestras familias o personas a nuestro alrededor. Todo cuidado implica un proceso intelectual, teórico y práctico por lo que la educación sanitaria es clave en la promoción de la salud.

Los autocuidados podrían considerarse una forma de empoderamiento, de autogestión de la salud. Aunque el acto de acudir a una cita médica es una forma de cuidado, implica la interacción con otros sujetos, donde se llega a vivir una relación de poder, ya que el control del cuerpo y de la salud del sujeto está en las manos de la médica. El biopoder atraviesa esta relación de poder, aún cuando es por la propia prevención de la salud. Por ello a través de los autocuidados se crea agencia sobre nuestro propio cuerpo y calidad de vida.

No hay que olvidar que cualquier tipo de cuidado está determinado por factores sociales, económicos, culturales y personales (Tobón 2003:2-3). De la misma manera que el nivel

³⁵ El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

³⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social

educativo al que se pertenece, la clase, el género y el entorno, determinará a qué tipo de servicios de salud se tiene acceso y el tipo de cuidados aprendidos.

Estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos... (Tobón 2003:2-3).

Hay una serie de factores que influyen en el estilo de vida y por ende en la salud de lxs sujetxs, Tobón (2003:7) los ha categorizado como *factores internos o personales* refiriéndose a los conocimientos y la voluntad, actitudes y hábitos y *factores externos o ambientales* que son los ámbitos culturales, de género, científicos, tecnológicos, económicos, políticos y sociales. Es necesario que tanto los factores internos y externos sean favorables para una buena calidad de vida.

Ahora bien, cada persona en función de su contexto, edad, lugar de residencia, género, etnia, nivel socioeconómico, época u orientación sexual tiene un estilo de vida distinto y por ende mayor o menor predisposición a sufrir ciertos tipos de padecimientos. Y es en ese sentido, que cada sujetx aprende e incorpora autocuidados particulares para prevenir dichos padecimientos y promover su salud.

Dentro del autocuidado un aspecto importante es el relativo a la salud sexual y reproductiva. Ya que este, está condicionado muchas veces por las creencias y tabúes con respecto a la sexualidad. En la sociedad mexicana, el género es un factor, en muchos casos, determinante sobre la educación sexual que se va a recibir. La vida sexual de las mujeres está permeada de tabúes e invisibilización en la necesidad de autocuidados. Lo cual provoca en muchos casos

la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados. Una invisibilización aún mayor es la que viven las disidencias sexuales sobre las formas de autocuidado en relaciones no heterosexuales, lo cual invisibiliza y pone en riesgo su salud sexual.

Las mujeres lesbianas tienen prácticas sexuales claramente distintas a las que tienen las mujeres heterosexuales y el Estado no ha tenido interés en implementar políticas o campañas de salud sexual enfocadas a estas mujeres. Pese a las leyes, tratados y protocolos para una buena atención médica abordados con anterioridad, las disidencias aún carecen de atención en cuanto a educación sexual.

Más concretamente, en México, la educación sexual ha estado enfocada en la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la reproducción, lo cual se imparte con un carácter heteronormativo y falocentrista. Por ello considero necesario conocer las formas en que las mujeres lesbianas han adquirido conocimientos sobre autocuidados en su vida sexual, qué autocuidados practican, qué prácticas conciben como autocuidados, si han adquirido alguna ITS o infección vaginal al tener relaciones sexuales y cómo han sido sus vivencias al acudir a consultas médicas y ginecológicas (las cuales considero una forma de cuidado y prevención).

Metodología: Cuestionario y entrevistas.

El cuestionario online a mujeres lesbianas fue una técnica que facilitó la realización de preguntas un tanto personales e íntimas por su modalidad online y por tener la opción de proporcionar su nombre y correo electrónico o no. Estas características fueron de mucha ayuda puesto que la sexualidad sigue siendo un tabú para muchas personas y en entrevistas cara a cara hubieran implicado una intrusión en su vida de una forma más directa y evidente.

Las preguntas fueron de respuesta abierta, de opción múltiple o con casillas para seleccionar más de una opción, según se requería. Existía la alternativa de no contestar aquello con lo que

no se sintieran cómodas o de simplemente abandonar el cuestionario cuando ellas lo desearan.

A través de la red social *Instagram* contacté a amigas lesbianas, colectivos de mujeres lesbianas y *queer* y asociaciones civiles que me ayudaron a difundir en sus redes sociales el ejercicio, provocando una bola de nieve en la que las participantes también difundieron. De esta manera fue que conseguí la respuesta de treinta mujeres lesbianas que residen en la Ciudad de México y zonas periféricas a esta.

Además del cuestionario, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada a dos ginecólogas, una perteneciente al sector privado y otra al sector público de salud en la Ciudad de México. A partir de estas entrevistas y con relación a los resultados de la encuesta recientemente expuesta, se desarrolla esta investigación cualitativa.

Comenzaré describiendo los perfiles de ambas doctoras. La primera a quién entrevisté fue la Dra. Palma. Ella tiene treinta y cinco años, se graduó como ginecóloga en 2016 y en 2019 como médico fetal. Estudió en la UNAM y actualmente en su consultorio privado ejerce medicina fetal, ginecología y obstetricia. Aunque también laboró en el sistema público.

La segunda profesional a la que me acerqué fue la Dra. Collin, quien tiene cuarenta y nueve años y se graduó como ginecóloga en el 2003. Como mencionamos antes, ella también estudió en la UNAM, donde ahora es docente. Cuenta con experiencia laboral dentro del sector privado pero actualmente trabaja en el ISSSTE, es decir, en el sistema de salud público.

Perfil de la muestra

Perfiles de las participantes del cuestionario.

¿A qué se dedican?	10 estudian	8 estudian y trabajan	12 trabajan
--------------------	-------------	-----------------------	-------------

<i>Último grado de estudios.</i>	25 de ellas tienen la licenciatura concluída o la están cursando.	3 de ellas tienen el bachillerato como último grado de estudios	2 de ellas cuentan con carreras técnicas.
----------------------------------	---	---	---

<i>¿Cómo se identifican?</i>	Todas se identifican como mujeres lesbianas.
------------------------------	--

Indagué respecto a la edad en que se dieron cuenta sobre su orientación sexual porque este dato permite entender desde qué edad sus necesidades de información al respecto fueron invisibilizadas³⁷. Seis de las participantes se dieron cuenta de su orientación sexual durante su infancia (de los 6 a 11 años); trece de las participantes se dieron cuenta de su orientación sexual durante su adolescencia (de los 12 a los 18 años) y siete de las participantes se dieron cuenta de su orientación sexual durante su juventud (de 19 a 26 años).

Respecto a la apertura que tienen ante la sociedad sobre su orientación sexual, cinco participantes de 24 a 29 años reportaron que era un tema que llevaban con mucha discreción, las demás respondieron que eran abiertamente lesbianas. Lo cual es importante porque estas últimas son en su mayoría más jóvenes por lo que esto podría reflejar las diferentes vivencias y concepciones generacionales de ser lesbiana que provocan vivirlo con mayor discreción. Sin embargo, también podría relacionarse con sus familias, creencias religiosas, nivel educativo u otros factores que les permiten abiertamente o no hablar de su sexualidad. Razones que no tomé en cuenta durante la realización del cuestionario pero que podrían ser enriquecedoras para futuras investigaciones.

³⁷ Véase Anexo 3 *Perfil general de cada participante*, en página 140.

Ser saludable y ser lesbiana

Identificarse como lesbiana implica ser invisibilizada en diversas escenas de la sociedad, siendo una de ellas el plano biomédico. Como vimos con anterioridad la sexualidad es un instrumento a partir del cual se crean divisiones de lo que es aceptable, como la heterosexualidad y lo que no, como las disidencias sexuales y de género.

Ser lesbiana tiene un significado social relacionado con la enfermedad y aunque las luchas han demostrado que no lo es, el sistema médico, social y cultural aún provocan que existan juicios erróneos al respecto que terminan en consecuencias graves a nivel salud. La preocupación por la homosexualidad como una supuesta patología ha derivado en la invisibilización histórica de las verdaderas necesidades de las mujeres lesbianas respecto a su salud.

No sólo hay un nulo interés en realizar investigaciones formales sobre la salud de mujeres lesbianas en México, las instituciones educativas no demuestran interés por formar a profesionales de la salud con conocimientos sociales e integrales para tratar dignamente a pacientes lesbianas y a toda disidencia. Esto lo pude comprobar en la entrevista con la Dra. Palma, fue muy impactante escuchar sobre los comentarios y juicios que ha presenciado por parte de compañerxs médicxs sobre pacientes lesbianas. Si en algo coinciden las dos doctoras consultadas, es que por interés personal e iniciativa propia es que se han tratado de capacitar en dichos temas porque sus bases no lo incluyeron o incluso lo estigmatizaron.

No, para empezar esto fue un programa sin perspectiva de género. No había una especialización o enfoque dirigida a eso [...] y todavía dijeras “no tuve una capacitación” pero no, a mi me enseñaron a través de muchas experiencias a burlarse de aquello que no conocía y a normalizar la burla, las típicas preguntas de “ay tan guapa y no esta con ningun hombre” ¿no? o “para que viene a hacerse un Papanicolau si su pareja es mujer” o, “ay esta muy rara no se si es hombre o mujer o no se, pero a ver vela rápido” o sea ese tipo de cosas entonces finalmente hay más personas que tenemos más criterio para preguntarnos lo que no conocemos pero muchas personas como que indirectamente se dejaban guiar con eso, de tal

manera que entre la ignorancia y la capacidad de aceptar que no estamos capacitadas ejercen así su práctica médica.” (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

[...] dentro de la formación como médicos falta mucho el poder incluir y aceptar todos los tipos de géneros que existen, realmente es poca la educación sexual que incluso como médicos nos han brindado [...] yo creo ya es el interés personal para poder brindar una mejor atención a mis pacientes por el hecho de que en mí nace esa inquietud, entonces... Fue algo así como muy personal” (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Es evidente la responsabilidad que tienen las universidades en la formación de profesionales de la salud, que independientemente de que se especialicen o no, estén preparadxs para tratar de forma ética, empática y sin juicios de valor a sus pacientes. En este sentido, considero que es relevante brindar al personal de salud una perspectiva integral y social de género y sexualidad no sólo enfocada a la biología.

Vida sexual, estereotipos y tabúes por romper

Cuando escuchamos la palabra lesbiana, se suele asumir que es una mujer que únicamente tiene o ha tenido relaciones sexuales-afectivas con personas de su mismo género. Sin embargo, durante el cuestionario solo una de las participantes reportó no haber tenido relaciones sexuales con mujeres, pero sí con hombres y el resto, es decir veintinueve de ellas reportaron sí haber tenido relaciones con mujeres. De ellas, diez reportaron también haber tenido relaciones sexuales con hombres³⁸.

Estas respuestas nos permiten no caer en sesgos ni asumir que las mujeres lesbianas tienen únicamente relaciones sexuales con mujeres cisgénero. También reconocer la posibilidad de que se relacionen con mujeres trans, personas *queer*, no binarias, hombres trans u hombres cisgénero. Por ello en vez de preguntar la orientación sexual, considero que sería óptimo preguntar qué prácticas sexuales tienen, si tienen relaciones con personas vulvoportantes, penoportantes o ambas. Es óptimo reconocer la amplitud del espectro de la sexualidad.

³⁸ Véase Anexo 4 *¿Has tenido relaciones sexuales con hombres?* página 142.

Abordando a mayor profundidad el tema de las prácticas sexuales de mujeres lesbianas, veintiún participantes indicaron la práctica de sexo oral; veinticinco el contacto de dedos/manos con vulva y diecinueve de ellas mencionó el uso de juguetes sexuales en contacto con la vulva. Siete describieron como parte de sus prácticas sexuales el contacto de dedos/manos con el ano y una de las participantes reportó el uso de juguetes sexuales en contacto con el ano.

Sexo oral	Contacto de dedos/manos con vulva	Uso de juguetes sexuales en contacto con vulva	Contacto de dedos/manos con ano	Uso de juguetes sexuales en contacto con ano
21	25	19	7	1

Cuadro sobre practicas sexuales reportadas (Información recabada del cuestionario realizado a mujeres lesbianas cisgénero del 29 de junio al 5 de julio del 2022).

Este apartado es de suma importancia, ya que nos da luz sobre las prácticas y por ende los autocuidados necesarios para las participantes. Podemos notar que hay una gran diversidad de vivencias. Ya sea en cuanto a las relaciones con personas peneportantes o vulvoportantes, hasta respecto a las experiencias con juguetes sexuales, dedos/manos o sexo oral. Sin olvidar que hay otros comportamientos sexuales que pueden no estar registrados aquí, como el consumo de sustancias. Al haber un amplio espectro de las prácticas sexuales de mujeres lesbianas sería óptimo que contarán con información integral sobre autocuidados.

Tomando en cuenta lo anterior, pienso que lxs profesionales de la salud, desde médicxs generales, hasta ginecólogxs deberían tomar en consideración varios puntos: a) No asumir la orientación sexual ni género de su paciente porque en realidad la disciplina ginecológica no es exclusiva de pacientes mujeres o heterosexuales, sino de personas vulvoportantes. b) No dar por hecho que las mujeres lesbianas únicamente tienen relaciones sexuales con mujeres.

c) No pensar que las mujeres lesbianas solo tienen relaciones sexuales con personas vulvoportantes. d) Preguntar concretamente sobre las prácticas sexuales que tienen, pues hay un amplio espectro de las mismas y de los riesgos que conlleva cada una. e) Indagar en las formas de autocuidado que realizan antes, durante y después de tener relaciones sexuales.

Aún cuando es recomendado, es notable lo complejo que será implementar esta clase de preguntas tratándose del sistema biomédico que está sumamente enraizado en la heteronorma, el binarismo de género y su perspectiva biologicista. Por ello, el *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI* y *Guías de atención específicas* representa una gran herramienta legal y estructural para impulsar el cambio.

Del mismo modo no es fácil abordar dichos temas como paciente en el consultorio y menos en treinta minutos de consulta. Ir con algunx doctorx o ginecologx significa ir a hablar con unx desconocidx sobre tu salud, tu vida sexual y afrontar los miedos a ser discriminadx o a recibir un diagnóstico grave. Y en contra parte, tampoco es sencillo para lxs profesionales de la salud realizar dichas preguntas. Por ejemplo, para la Dra. Palma es primordial crear una relación de confianza antes, a través de cuestionar *¿cómo te gusta que te llamen?* o romper el hielo con chistes, para posteriormente poder realizar preguntas más íntimas que son de gran importancia.

Creo que antes de empezar una relación médico - paciente, es necesario entender cómo se siente la persona que tienes enfrente para tener una consulta médica, porque de nada sirve hacer el interrogatorio si la paciente no se siente en la confianza y no me va a decir la verdad, ni gana ella ni gano yo. Por eso te digo, es importante esos pequeños detalles sobre cómo le gusta que le llame, alguna duda que tenga. [...] y hacer entender a la otra persona que tu estas ahí para no juzgarla, para entenderla y hacer un ambiente agradable y eso no me lo enseñó nadie fueron cositas que yo fui viendo que ayudaban. El típico chistesito para romper el hielo sobre todo cuando no me conocen, hablar del tráfico, platicar de sus miedos, de si le habían hecho el Papanicolau, si le había dolido, osea cositas que no están bien descritas. (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022)

Ya que ninguna de las doctoras entrevistadas recibieron una capacitación para tratar con pacientes lesbianas, cada una tiene su forma de acercarse y preguntar sobre la orientación sexual de sus pacientes. Ambas transmiten en sus respuestas la complejidad de cuestionar sobre la orientación sexual o sobre las prácticas sexuales, reflejando un tabú que intentan romper dentro del consultorio. Mientras la Dra. Collin prefiere averiguar sigilosamente la orientación sexual de la paciente, la Dra. Palma incluye esa pregunta en su interrogatorio. Ambas coinciden en que el hecho de que las pacientes digan que son lesbianas puede convertirse en un posible puente para sentirse en confianza durante la consulta.

Eh como tal en el interrogatorio no lo pregunto, sino como que te vas dando cuenta dependiendo de lo que te van platicando con la paciente entonces yo misma saco la pregunta. Entonces yo siento que muchas veces eso hace que la paciente se relaje y te puedan comentar qué pasa. (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Exacto, preguntar ¿cuántas parejas has tenido? ¿Mujeres? ¿Hombres? ¿Con quién frecuentas más? Alguna razón por la que no tengas relaciones sexuales?... por quien se sienten atraídos, si tienen vida sexual o no, las razones, porque a veces es difícil tomar este tema de sexualidad, he tenido pacientes que se enojan por preguntarle su número de parejas sexuales. Yo siempre intento que sea lo más natural como preguntarle “¿te has roto un hueso?” De la misma manera le pregunto esto, porque nos da pie a platicar cosas que quizá no tienen que ver con la consulta y el Papanicolau pero ella pueda entender que puede confiar en mí y que nunca la voy a juzgar o cuestionar sobre las decisiones que tomen frente a su salud. Hay que saber preguntar, encaminado a hablar sobre salud sexual. (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

Claramente, abordar el tema de la vida sexual de la paciente implica atravesar tabúes, estigmas, intimidad; por lo que puede ser delicado con algunos pacientes dependiendo de sus perspectivas. La Dra. Collin comenta que una de las dificultades que percibe al tratar a algunas mujeres lesbianas es que pueden autolimitarse en las respuestas, no comentar sus necesidades o problemas hasta un interrogatorio puntual de por medio.

Durante la consulta dentro de la experiencia que tengo con mis pacientes por parte de la diversidad sexual inclusive siento que la autolimitan o sea de repente llegan pero no nos dicen cuales son su problemas o las necesidades que existen, entonces hasta que se interroga muy puntualmente a las pacientes o sale el tema, entonces es lo que les digo, "este es un tabú, tu tienes que decirme y no estamos para juzgar, no estamos para discriminar" y finalmente las necesidades que se presentan si bien son ginecológicas enfocadas a un género tenemos que emplear también nuestros conocimientos para ofrecer una mejor atención no? (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Se vuelve evidente que el tabú sobre la sexualidad atraviesa cada consulta. Sin embargo, este no es el único espacio donde las mujeres lesbianas sufren invisibilización. Como se mencionó en el primer capítulo, la biomedicina y sus concepciones sobre el cuerpo y la salud permean el sentido común y favorecen la estigmatización en sociedades lo cual implica el no interés en impartición de educación sexual de calidad para las disidencias. Lo que provoca afectaciones en sus cuidados y acceso a una buena salud sexual.

Autocuidados, riesgos y recomendaciones

Respecto a los autocuidados o bien, medidas preventivas antes, durante y después de tener relaciones sexuales con mujeres para prevenir ITS³⁹, quince de ellas, es decir, la mitad reportó no mantener ninguna medida preventiva; seis de ellas mencionaron sólo a veces mantener medidas de prevención y nueve de ellas informaron sí mantener alguna medida de autocuidado.

Las medidas preventivas reportadas por quienes respondieron "sí" o "a veces" tener autocuidados fueron: condones internos, higiene en la vulva y manos, barrera de látex, guantes, dedos de látex, desinfección de juguetes, condón en los juguetes sexuales, evitar el contacto entre fluidos, orinar después de las relaciones sexuales y chequeos médicos periódicos.

³⁹ Véase Anexo 5 *Frecuencia en los autocuidados* en página 142.

Pese a los conocimientos y autocuidados empleados, quince de las treinta participantes nunca han utilizado algún método de barrera durante sus relaciones sexuales. Otro dato importante es que en su última relación sexual, sólo cuatro de las participantes respondieron haber utilizado algún método de barrera⁴⁰.

Con base en lo anterior, podemos notar que las participantes conocen los autocuidados recomendados, como el uso de métodos de barrera y también los riesgos. Sin embargo, en su última relación sexual veinticinco de las treinta participantes reportaron no haber usado ningún método de barrera para prevenir ITS.⁴¹ Las razones fueron las siguientes: Nueve de ellas respondieron de diversas maneras que están en una relación monógama, o es un acuerdo con su pareja estable, por lo que no lo ven como una práctica de riesgo y el hecho de sólo tener una pareja sexual es una forma de protegerse; dos de ellas contestaron que no contaban con algún método y seis que no lo creen necesario o no tienen acceso o conocimiento sobre los métodos de barrera adecuados⁴².

Aquí surge un factor muy importante que no había sido tomado en cuenta en la hipótesis y es que hay mujeres lesbianas que ven las relaciones monógamas o estables como una forma de autocuidado para proteger su salud sexual, pero ¿por ello no creen necesaria otra forma de autocuidado o únicamente no creen adecuados los métodos de barrera?

Respecto a las medidas de autocuidado antes, durante y después de las relaciones sexuales entre mujeres, las doctoras hacen mucho énfasis en la importancia de la higiene en manos, en juguetes sexuales y el aseo bucal, así como en el uso de métodos de barrera, látex y en la necesidad de los chequeos de ITS. Aunque reconocen la poca accesibilidad a métodos de barrera adecuados para mujeres lesbianas y a estudios médicos de ITS por su alto costo. Esto

⁴⁰ Véase Anexo 6 *Uso de métodos de barrera* en página 143.

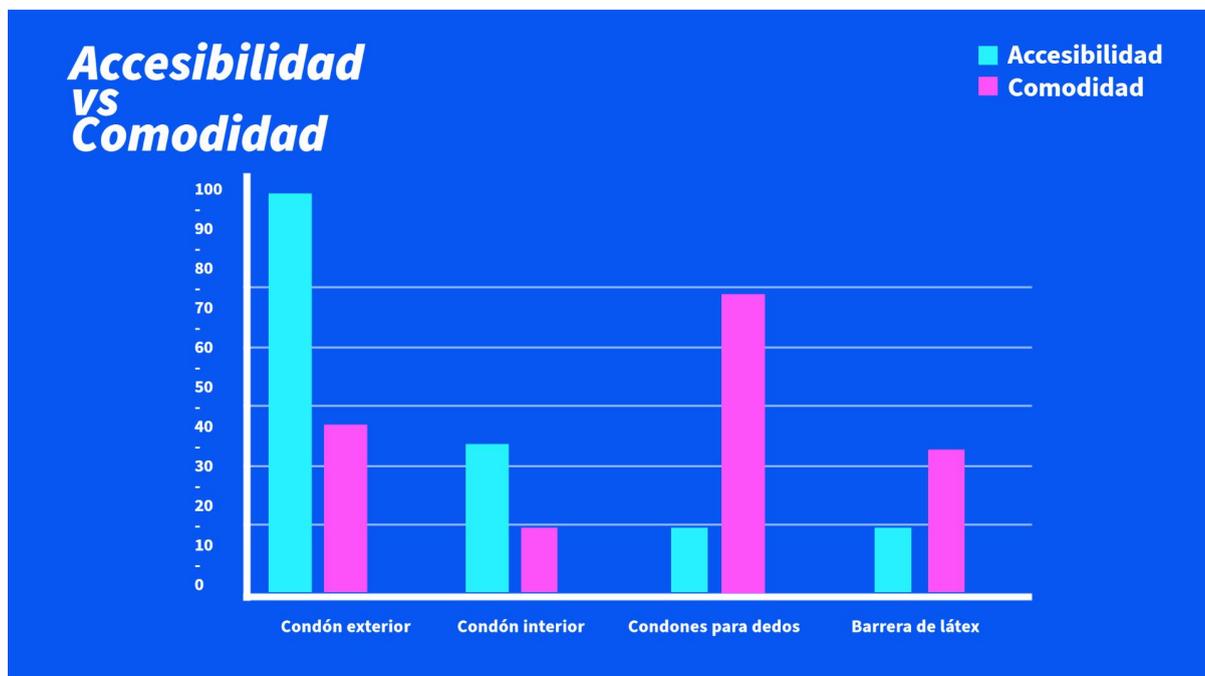
⁴¹ Véase Anexo 7 *Uso de métodos de barrera en la última relación sexual* en página 144.

⁴² Anexo 8 *Razones del no uso de métodos de barrera en su última relación sexual* en página 145.

nos da señales sobre las vulnerabilidades que sufren las mujeres lesbianas para vivir una vida sexual plena y saludable.

Yo creo que la cuestión de los juguetes sexuales, no compartirlos, ser muy puntual en la higiene la limpieza de los dildos para que no haya mayor transmisión, buen aseo oral, y usar métodos anticonceptivos de barrera para prevenir ITS, que la verdad son de difícil acceso, relamente no en cualquier lado los consigues no es como los condones masculinos que hay en cada farmacia, finalmente hay que ingeniarselas para prevenir (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Siempre lavar las manos perfectamente bien, si van a tener sexo anal con algun instrumento tipo manos o juguetes sexuales, lavar super bien, siempre usar protección, látex, preservativo etc. porque es muy fácil la contaminación sobre todo porque la uretra es muy pequeña y puedes generar infecciones urinarias, ehh recomiendo siempre lavar perfectamente la vulva con agua pero hay que saber que la vulva es una zona donde sudas, hay grasa y hay que lavar muy bien y normalizar que puedes usar jabones que no tengan olor que no tengan ph básico, sino que tienda a ser ácido. El intercambio de juguetes sexuales con protección e ir a la ginecóloga, o sea si pueden ir a hacerse un chequeo de ITS adelante, son caros pero si tienen la posibilidad que se haga (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).



Para conocer la accesibilidad que tienen a métodos de barrera las mujeres lesbianas, se preguntó en función del precio, la edad y la distancia. Qué tan fácil o difícil era para ellas comprar condones externos, condones internos, condones para dedos y barreras de látex. Sin duda, se percibe una mayor accesibilidad a condones externos, posteriormente condones internos, barreras de látex y finalmente condones para dedos.

En contraste con el factor de acceso, tenemos la percepción de comodidad de dichos métodos. Pudo notarse que las mujeres lesbianas conciben los condones para dedos como el método más cómodo, pero es el menos accesible; hubo contrastes respecto al condón externo, pues para algunas es el siguiente más cómodo y a la vez el más incómodo para otras; posteriormente estaría la barrera de látex, el cual es nombrado mayormente como incómodo y para algunas como “algo cómodo”. Aunque el que denotan como más incómodo, que además es el más caro, es el condón interno.

Respecto a lo anterior, puede afirmarse que hay diversas perspectivas con respecto a los métodos de barrera. Un punto clave a tomar en cuenta es que los condones para dedos son mencionados como lo más cómodo pero también lo menos accesible. Sólo se consiguen en *sex shops*. No son como los condones externos que se pueden obtener en tiendas de autoservicio, farmacias o supermercados. Esta podría ser otra razón de por qué las sujetas no implementan métodos de barrera como autocuidados en sus prácticas sexuales.

Como podemos ver, las mujeres lesbianas atraviesan obstáculos para poder tener una vida sexual plena y una salud sexual óptima. No existe la misma accesibilidad a métodos de barrera adecuados para sus prácticas sexuales como la hay para personas heterosexuales y sobretodo peneportantes.

De igual manera, los resultados presentados invitan a reflexionar sobre la percepción del placer como un contrario a la protección. Como si ambas acciones estuvieran en discordia y

las sujetas tuvieran que decidir entre sentirse seguras o arriesgarse por disfrutar. Consecuencia de la invisibilización estructural de sus necesidades.

La postura de Jóvenes por una Salud Integral A.C. es la de brindar la información y herramientas sobre autocuidados para mujeres lesbianas y bisexuales, promoviendo el sexo seguro. Sin embargo, Fabiola, directora de dicha asociación me comentó que es muy complejo que las mujeres lesbianas y bisexuales tengan una relación sexual tanto protegida y segura como placentera, pues los métodos de protección vigentes no están hechos para las prácticas sexuales entre personas vulvoportantes.

Nosotras por eso siempre apelamos a eso, o sea si damos estas herramientas porque pues no esta de más conocerlas, pero siempre apelamos a este sentido del sexo seguro. Como una de las premisas del sexo seguro, es que te sientas segura de hacerlo, que no estes pensando a los dos meses “No mames ¿y si me contagié?” (sic) como las morras hetero de “¿y si me embarace?”, o sea la seguridad que te da tener una relación sexual placentera desde el erotismo y ¿por qué no tenemos derecho al erotismo en nuestras prácticas protegidas, ¿no? o sea por qué los vatos si tienen, está tan pensado para ellos que puede ser protegida y placentera a la vez y para las mujeres o es protegida o es placentera, ¿sabes? Sabemos que si tu estas en el momento no vas a sacar tus tijeras y vas a cortar un condón masculino para hacer tu sábana, o si ya llevas una pues chingon, pero muchas veces es incómodo, son caras, solo las venden en las sex shop, el costo de un condón vs el de una sábana es como del 700% más, o sea un condón te cuesta \$12 MXN y la sábana te cuesta \$80 MXN. Incluso las sábanas de látex ni siquiera están diseñadas para eso, se diseñaron para los hombres que tienen sexo anal, hasta el condón vaginal, esta hecho para ellos (F. Baleón, entrevista, 17 de agosto del 2022).

Ante estas disruptivas y obstáculos no sería extraño escuchar que las mujeres lesbianas tienen afectaciones en su salud por sus prácticas sexuales y la carencia de autocuidados y sobretodo métodos de barrera. Afectando no solo su integridad física, también emocional. Considero que la salud y calidad de vida de las mujeres lesbianas está condicionada por factores estructurales, una clase de biopoder que las atraviesa y delimita su salud mediante la poca accesibilidad a educación sexual integral y a métodos de barrera.

Afectaciones en su salud

Gracias al cuestionario, sabemos que de las treinta participantes un total de nueve de ellas han contraído alguna infección. Estas fueron dos de las respuestas

Realmente sólo sé que me salieron como unos granitos en los labios y solo use óvulos para infección (Anónima, 23 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 01 de junio del 2022).

Sí, al parecer sólo era vaginosis bacteriana muy fuerte, por falta de recursos económicos no me hice un diagnóstico adecuado pero se me quitó el mal olor (Anónima, 24 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 03 de junio del 2022).

Una de ellas no tenía conocimiento de su diagnóstico pero realizó una práctica de autoatención y se automedicó, en vez de acudir con un profesional de la salud y por otro lado la otra mujer no tuvo los recursos para recibir atención.

Del resto de las mujeres tres respondieron haber contraído VPH⁴³, tres vaginosis bacteriana⁴⁴ y tres candidiasis⁴⁵. El hecho de que un tercio de las participantes reportaron haber contraído

⁴³ Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de virus relacionados entre sí. Pueden causar verrugas en diferentes partes del cuerpo. Existen más de 200 tipos. Cerca de 40 de ellos afectan a los genitales. Estos se propagan a través del contacto sexual con una persona infectada. También se pueden propagar a través de otro contacto íntimo de piel a piel. Algunos de ellos pueden poner en riesgo desarrollar un cáncer. (MedlinePlus 12 de enero del 2022 <https://www.scribbr.es/normas-apa/ejemplos/fuentes-de-internet-sin-autor-fecha-o-titulo/>)

⁴⁴ La vaginosis bacteriana es una infección que aparece cuando hay un desequilibrio en las bacterias de la vagina, no es una ITS, sin embargo tener relaciones sexuales puede facilitar su aparición. Sus síntomas son flujo vaginal grisáceo, o verdoso, así como mal olor, ardor y picazón. (Planned Parenthood, revisado el 05 de diciembre del 2022. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/vaginitis-infeccion-por-hongos-y-vaginosis-bacteriana/que-es-la-vaginosis-bacteriana>)

⁴⁵ La candidiasis vaginal es causada por un aumento significativo del hongo Cándida. Los síntomas de esta infección incluyen ardor, picazón, además de flujo espeso y de color blanco. No es considerada una ITS, pero se puede contraer por contacto sexual. (Oficina para la Salud de la Mujer, revisión el 05 de diciembre del 2022 en <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/vaginal-yeast-infections#:~:text=La%20candidiasis%20vaginal%20es%20una,elevado%20del%20hongo%20llamado%20C%C3%A1ndida.>)

alguna ITS o infección vaginal es un indicio al cual hay que prestarle mayor atención y estudio a profundidad.

Edad	ITS o infecciones vaginales contraídas por tener relaciones sexuales con una mujer.
21	VPH
23	Vaginosis bacteriana
23	Candidiasis
25	Sin diagnóstico pero vivió síntomas de una infección.
25	Vaginosis bacteriana
29	Candidiasis
34	VPH

Claramente, las mujeres lesbianas son propensas a contraer infecciones vaginales o ITS por vía sexual. Pero, por no contar con información adecuada se ha desarrollado un *mito de inmunidad lesbica*⁴⁶. Al no existir supuestamente factores de riesgo, los autocuidados son en algunos casos nulos y en otros casos casi inexistentes y las afectaciones en la salud son el resultado.

⁴⁶ Propuesta conceptual para referirme al fenómeno de invisibilización estructural de la sexualidad lesbica, que provoca entre las mujeres lesbianas, personas vulvoportantes que se relacionan sexo-afectivamente con personas vulvoportantes y también personal de salud, la creencia errónea de que las relaciones sexuales entre personas vulvoportantes no corren riesgos de transmisión de ITS o infecciones vaginales, por lo cual creen que no es necesario el uso de métodos de protección, autocuidados y chequeos médicos.

El consultorio médico, terreno por deconstruir

Unos apartados atrás hablábamos de la importancia de la relación médicx-paciente. Desde la examinación y diagnóstico del cuerpo de lx paciente, hasta la medicalización o incluso el tratamiento quirúrgico son formas en las que lx médicx y paciente viven una relación de poder asimétrica.

Ser una paciente mujer o identificarse como una disidencia de género o sexual implica vivir otras formas de sujeción o ser vulnerable a otras violencias al momento de acudir a una cita médica. Se trata de una intersección estructural de violencias, como la violencia de género, el sexismo, la homofobia, la transfobia y la *violencia institucional de salud* (Magnone 2011 en Castro 2014:168).

Estas predisposiciones son aprendidas por lxs profesionales de la salud, en su formación universitaria y en la práctica. Son recreadas cotidianamente y normalizadas a través de “mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones que lxs estudiantes de medicina y lxs médicxs viven en carne propia” (Ibid:173-174). Son las formas en que lxs profesionales de la salud han sido socializadx a partir del gremio al que pertenecen, el cual está atravesado por jerarquías y autoritarismo.

Además de tomar en cuenta la manera en que han sido socializadx como médicxs, también es importante analizar el contexto cultural en que se da la relación médicx-paciente, así como la personalidad y valores tanto de lx profesional de la salud como de lx paciente y la institución médica a través de la cual se da el encuentro.

La relación médicx-paciente posee gran relevancia porque de esta depende en gran medida el rumbo del estado de salud del paciente, al recibir un diagnóstico y un tratamiento correctos.

Aunque, lxs médicxs ejercen una investigación mediante entrevista y revisiones físicas de lx paciente para lograrlo. Por ello, es necesario crear una relación de confianza y empatía que les permita recibir respuestas honestas y por tanto desarrollar el cuidado de la salud de formas más certeras.

A pesar de que considero que pondera el poder de lx médicx sobre lx paciente, ambxs son sujetxs políticxs y

[...] son capaces de tomar decisiones y adquirir una posición frente a la condición médica que se busca tratar, se dan instancias de diálogo y negociación entre los sujetos, en donde ambos miembros de la relación ejercen poder. También, es importante destacar que al igual que el médico, el paciente asume expectativas y roles, tales como la de ser curado, escuchado, comprendido, además de que se les enseñe sobre su patología y cuidados (Gallardo 2017:155-160).

En este sentido ambxs sujetxs tienen responsabilidad sobre el rumbo de la salud de lx paciente, tanto lx paciente en sus hábitos, cuidados y decisiones sobre su cuerpo, como lx médicx sobre el trato, el diagnóstico, tratamiento e información que le brinde al paciente. Siempre procurando la dignidad humana⁴⁷ de ambxs sujetxs.

Ahora bien, ante este panorama general, situémonos en las pacientes lesbianas. Debido a los padecimientos que pueden llegar a adquirir a partir de sus prácticas sexuales, es requerido acudir con unx profesional de la salud, médicx general o ginecólogx de preferencia. Se tenga algún padecimiento aparente o no es recomendable acudir cada año a realizarse un chequeo

⁴⁷ Se ha tratado de definir a la dignidad humana como el derecho de cada persona a ser aceptado y respetado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el sólo hecho de ser persona. [...] La noción de Dignidad Humana hace referencia al “respeto incondicionado que merece todo individuo en razón de su mera condición humana, es decir, independientemente de cualquier característica o aptitud que pudiera tener todo individuo en razón de su mera condición humana, es decir, independientemente de cualquier característica o aptitud que pudiera tener poseer (Mejía Estrada A. 2017: 837).

ginecológico y el Papanicolau, que ayudan a la prevención de ITS y de cáncer cervicouterino causado por VPH.

Toda persona vulvoportante requiere de atención ginecológica, no obstante ésta parece estar diseñada para mujeres heterosexuales y cisgénero. Puesto que deja de lado las necesidades de mujeres lesbianas, bisexuales, personas queer, cuir o no binarias vulvoportantes y hombres transgénero.

Las doctoras me brindaron su punto de vista respecto a si consideran necesario crear un nuevo protocolo para tratar a pacientes no heterosexuales. Si bien no concuerdan, pues sólo la Dra. Palma lo considera necesario, las dos reconocen que hay necesidades diferentes y que por ello es necesario saber la orientación sexual e identidad de género de cada paciente, por lo que el personal de salud debe ser abierto.

Por lo pronto no creo que sea necesario crear un protocolo, pero, hacer mucho énfasis en las necesidades especiales [...] Yo creo que deberíamos de tener la mente abierta porque estamos en otros tiempos y tenemos que aceptar que siempre ha existido esta diversidad, entonces nada más aprender a ser más resolutivos en cuanto a nuestros tratamientos también y aprender a convivir (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Yo creo que sí es necesario un protocolo porque al no saber del tema suponemos cosas ¿no? Y el suponer o vivir en la ignorancia nos puede llevar a tomar decisiones inadecuadas [...] Hacer un protocolo como para enfatizar que la orientación sexual es importante que la pregunten para poder encaminar y dirigir a ciertas preguntas (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

Ambas doctoras afirmaron que las mujeres lesbianas pueden tener los mismos padecimientos que las mujeres heterosexuales y que sobre todo las mujeres lesbianas son más propensas a tener infecciones vaginales como la vaginosis bacteriana. La Dra. Palma mencionó la importancia de los factores de riesgo, un tema clave.

Si, o sea el riesgo no es padecimiento y aunque alguna puede tener más riesgo el padecimiento existe. [...] Es más frecuente la vaginosis bacteriana pero en realidad respecto a ITS pueden tener VPH, clamidia, ureaplasma, VIH, molusco contagioso y muchas veces caemos en un error en la medicina que porque no corre factores de riesgo, no puede padecer la enfermedad (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

Los factores de riesgo son un fenómeno del cual yo no era consciente, pero que me ayudaron a comprender mucho de este dilema en el que están implicadas las mujeres lesbianas como pacientes y que contribuyen a su invisibilización en el sector salud. Se cree que las mujeres lesbianas no corren la misma cantidad de riesgos que las mujeres heterosexuales ante ciertos padecimientos, como el VPH. Sin embargo, eso no significa que sean inmunes. Pueden contraerlos. El personal de salud debe considerar esa posibilidad y realizar los estudios pertinentes, aunque los factores de riesgo sean considerados menores a los de una mujer heterosexual.

Los factores de riesgo son un arma de doble filo sobre todo en la medicina privada donde según tienes tiempo de disponibilidad para conocer a la paciente entonces no te puedes guiar por los factores de riesgo. Osea si a mi alguien me llega y me dice, tengo una pareja sexual o tuve una pareja hombre y cinco mujeres, no por eso voy a decir a entonces seguro no tienes VPH, cualquier persona puede tenerlo, ese es otro sesgo que se comete con mujeres lesbianas que creen que no pueden tener ciertas enfermedades o padecimientos porque no tienen una pareja sexual hombre entonces recomiendo usar los factores de riesgo como complemento pero no que te dicten lo que tienes que hacer con la paciente (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

La relevancia de los factores de riesgo en este proyecto, radica en que el discurso de lxs profesionales de la salud se ha centrado en la prevención y chequeos de sólo algunas poblaciones, excluyendo a otras. En el caso de la comunidad lésbica los factores de riesgo han contribuido a un mito de inmunidad lésbica que justifica la carencia de autocuidados.

Más de una tercera parte de la muestra no ha ido al ginecólogx o fue hace mucho y tampoco se ha realizado el Papanicolau⁴⁸. La Dra. Collin me comentó que el hecho de que las mujeres lesbianas no acudan al ginecólogx, tiene mucho que ver con el hecho de abrirse a hablar de su vida sexual y ser discriminadas. Por ello, la importancia de hacer del consultorio médico un espacio seguro, donde no se sientan juzgadas por su vida sexual, reconociendo que el personal de salud no tiene dicha apertura ni capacitación y les provoca una mala fama.

Yo creo que es por lo que te comentaba, por el hecho de que muchas veces yo creo que es como cuando vas a la iglesia y no quieres confesarte y no vas, porque crees que te van a juzgar pero pues no, realmente que es el temor de que nosotros como personal de salud vivimos en otro mundo, no tenemos la apertura para hacerlo nos falta mucha educación a nosotros y a lo mejor yo si incluiría un programa dentro de la carrera de medicina sobre diversidad sexual y de cómo orientar los padecimientos. Finalmente nosotros llevamos la cuestión a la relación médico paciente y esa cuestión yo creo que deberíamos cultivarla con la mente abierta hacia todos los géneros, entonces yo creo que la relación médico paciente si es importante. Si tu como mi paciente me tienes confianza, pues evidentemente voy a obtener de tí más información que nos va a servir a las dos para darte un mejor apoyo en cuanto orientación y tratamiento (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Gracias a los testimonios de las doctoras podemos visibilizar el estigma⁴⁹ biomédico hacia las disidencias sexuales y de género, tema que han cuestionado y son conscientes de ese punto débil de la biomedicina. Sumado a esto, la Dra. Palma explica que la concepción de los factores de riesgo afirma la necesidad de que mujeres heterosexuales se chequen, mientras que invisibiliza que las mujeres lesbianas también deben hacerlo, fomentando el *mito de inmunidad lésbica*.

⁴⁸ Véase Anexos 9 *¿Te has realizado el Papanicolau?* en la página 146 y Anexo 10 *¿Has ido al ginecólogx?* en la página 147.

⁴⁹ Concepto desarrollado en el primer capítulo de esta tesis.

Los factores de riesgo, los usamos mal, nosotras como doctoras y el personal de salud, e intentamos educar a la población diciéndoles factores de riesgo para promover que quienes lo tengan vayan más al doctor pero olvidamos que quienes no los tienen también lo pueden padecer. Entonces creo que sería importante dejar de estigmatizar las ITS y normalizarlas, se pueden transmitir de todos estos modos y por eso es importante que todos nos revisemos, ¿no? Justo eso, ese es el problema que minimizamos... (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

A todo esto, se integra la discriminación y violencia directa que viven las disidencias en instituciones de salud. Sólo seis de las participantes del cuestionario dijeron no haber sido discriminadas por el sector salud. El resto de las participantes, respondieron que sí por diversas razones⁵⁰. Aquí algunas de las respuestas.

“IMSS al no querer registrar a mi esposa como mi asegurada” (Anónima, 34 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 29 de junio del 2022).

“Sí! Una vez, en el hospital las Américas me negaron poder donar sangre una vez que mencioné en el cuestionario oral que era lesbiana. En realidad nunca denuncié o algo ya que mi abuela era la paciente y en el momento ella era lo importante.” (Anónima, 21 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 01 de julio del 2022).

“Siempre me han tratado bien, sin embargo no cuentan con información respecto a la salud sexual de lesbianas o mujeres que se relacionan con otras mujeres y esa es otra forma de discriminación.” (Anónima, 28 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 01 de julio del 2022).

“Siempre dan por hecho que soy heterosexual”(Anónima, 31 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 02 de julio del 2022).

⁵⁰ Véase Anexo 11 *Experiencia de ir al ginecólogx* en la página 147.

Es evidente que hay descontento por parte de las mujeres lesbianas hacia el sector salud. Desafortunadamente, no se trata de una cuestión que ocurra únicamente en el sector público, que es donde por lo general se tiene queja de la falta de actualización sobre el tema. Solo dos de las participantes acuden al sector público, las demás, es decir veintiocho, acuden a un consultorio ginecológico privado. Lo cual indica que no hay una atención en ningún sector que tenga una perspectiva incluyente referido a la orientación sexual.

Describiendo la experiencia de ir al ginecólogx, catorce de ellas respondieron que lo ven como algo normal, algo bueno, cómodo, donde se sienten seguras. Sin embargo, hay quienes mencionan que desde el inicio de la pandemia por COVID-19 no acuden. Una cuestión transversal que no se profundizó en esta investigación pero que sería fundamental revisar a futuro: Cómo la pandemia por COVID-19 ha afectado en la salud sexual y atención médica a mujeres lesbianas.

“Pues la doctora con la que he asistido me pareció alguien muy profesional, y siempre atenta a mis necesidades y mi salud. La verdad es que es la ginecóloga con la que resultó ir normalmente, pero desde la pandemia la verdad he descuidado mucho el ir” (Anónima, 24 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 01 de julio del 2022).

El resto de las observaciones fueron negativas, describiendo sus experiencias como incómodas, horribles, dolorosas, es una cuestión que les da miedo pero que saben que es necesaria. Así mismo, algunas de ellas reconocen el apoyo que han recibido por parte de sus doctoras/es.

“Generalmente es incómoda porque los servicios no cuentan con información suficiente sobre la sexualidad lésbica” (Anónima, 18 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 02 de julio del 2022).

“Tengo vaginismo, así que siempre es horrible, doloroso e incómodo, sin embargo las ginecólogas suelen ser muy amables y consideradas conmigo” (Anónima, 20 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 30 de junio del 2022).

Como se dijo anteriormente, es crucial indagar sobre sí a las pacientes se les pregunta sobre sus prácticas sexuales. Con base en el formulario realizado, sólo a trece de las participantes les han preguntado sobre su orientación sexual. El resto de ellas respondieron que quien las atendió asumió que eran heterosexuales. Doce de las participantes mencionaron a su profesional de la salud sobre su orientación sexual. La mayoría de sus doctores respondieron de una forma asertiva, buena, normal. Sin embargo, acorde a algunas, sus doctores no han sabido cómo contestar, han actuado de forma indiferente o como mencionó una, se ha tornado muy incómodo.

“He tenido varias doctoras y doctores. Sólo en una ocasión me hizo preguntas morbosas” (Anónima, 21 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 29 de junio del 2022).

Las participantes me comentaron sus opiniones sobre la importancia de que les pregunten sus médicos sobre su orientación sexual, hubo contrastes en las respuestas⁵¹.

“No creo que la orientación sexual sea tan importante como las prácticas sexuales de cada persona. El que pregunten si las personas con las que me relaciono sexualmente tienen pene o vulva y vagina, puede ser la diferencia entre un diagnóstico certero y oportuno o una serie de especulaciones basadas en la heteronorma” (Anónima, 28 años, 01 de julio del 2022).

“Si, para que me de recomendaciones y guía adecuadas para mis prácticas y necesidades” (Anónima, 26 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 29 de junio del 2022).

⁵¹ Anexo 12 *La importancia de que lx ginecólogx sepa la orientación sexual de lx paciente* en la página 150.

“Lo es. Al no tener las mismas prácticas tampoco tenemos las mismas problemáticas” (Anónima, 31 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 02 de julio del 2022).

Decidí adjuntar varias respuestas ya que nos brindan un espectro amplio de cómo se sienten las mujeres lesbianas y cuales son sus propias consideraciones sobre su salud sexual. Primero que nada, nos invita a reflexionar lo valioso que es no preguntar la orientación sexual en consulta, sino cuáles son las prácticas sexuales que se llevan a cabo y si la o las personas con las que se ha tenido relaciones sexuales son vulvoportantes o peneportantes. Hemos comprobado que la orientación sexual no define estrictamente el género o sexo de la persona con la que se tiene contacto sexual. También es importante no preguntar si su pareja es hombre o mujer porque se invisibilizaría a las personas trans, quienes pueden ser hombres pero vulvoportantes o mujeres peneportantes.

Este argumento es clave, ya que como hemos visto la identidad lésbica no define que estrictamente las mujeres cisgénero lesbianas tengan relaciones sexuales únicamente con mujeres cisgénero lesbianas, como ambigüamente se entiende. El hecho de que ellas se identifiquen como lesbianas no las excluye de que puedan llegar a tener relaciones sexuales con hombres cisgénero, hombres trans, mujeres trans, personas *queer* o no binarias.

Este estudio me ha permitido entender que la sexualidad es un espectro fluido y que la diversidad de identidades, categorías y cuestionamientos que está viviendo la sexualidad pone en jaque a categorías más antiguas como *lesbiana*. Pues aunque su significado tradicional sea el de una mujer que tiene relaciones sexo-afectivas con otra mujer o mujeres, hemos comprobado que no, que hay mujeres lesbianas que también han tenido relaciones no necesariamente con mujeres o personas vulvoportantes.

En este sentido, los profesionales de salud no deberían asumir las prácticas sexuales de sus pacientes, sino preguntar con detenimiento al respecto. Cuestionar sobre si han tenido relaciones con personas vulvoportantes, peneportantes, si hacen uso de juguetes sexuales, si hay contacto entre manos/dedos con vulva o manos/dedos con ano y sexo oral para generar mejores diagnósticos y recomendaciones a sus pacientes.

Las respuestas de las participantes en el cuestionario hacen posible ver el interés que sienten por tener una relación de buena comunicación con sus médicos y también por conocer sobre cuidados y de qué maneras pudieron contraer alguna ITS. No quieren pasar desapercibidas como mujeres heterosexuales, ni quieren ser vistas como el estereotipo de mujer lesbiana, quieren que las conozcan y las traten como cualquier otro ser humano, sin invisibilizar sus propias necesidades.

Sin duda hay un consenso en la mayoría de las participantes respecto a cómo se sienten emocionalmente al ir al ginecólogo, mencionan sentirse incómodas, nerviosas, preocupadas, ansiosas, con miedo. Incluso hay algunas sujetas que no van por esa razón.

“Nunca he ido, lo siento intimidante y nunca he visto necesidad” (Anónima, 34 años, proveniente del cuestionario para esta investigación 2 de julio).

Siete de las treinta participantes mencionaron haber sido violentadas en el sector salud por su orientación sexual. Aquí algunos testimonios.

“Un médico en el seguro social supuso que no usaba métodos anticonceptivos porque soy irregular. Textualmente me dijo "ni creas que embarazándote te vas a regular. Te voy a mandar anticonceptivos que te van a ayudar y así te vas a cuidar". Cuando le dije que soy lesbiana me hizo preguntas muy morbosas sobre si había tenido sexo con hombres, si había sido antes que estar con mujeres, si usaba dildos y cosas similares, pero no apuntó nada en mi registro. Sólo fue por morbo” (Anónima, 29 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 30 de junio).

“Me da miedo comentarle a mi ginecóloga que soy lesbiana porque no sé cómo va a reaccionar, qué me va a preguntar o cómo me va a tratar. Se nota que es cristiana y no me siento cómoda siendo abierta con ella” (Anónima, 29 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 1 de julio).

Las pacientes no son las únicas conscientes de las violencias e invisibilizaciones que pasan en los consultorios. Las doctoras entrevistadas me comentaron situaciones que ellas mismas han vivido o les han contado donde las mujeres lesbianas son vulneradas por profesionales de la salud.

Me llegan las típicas de “no me quisieron hacer la PCR porque soy lesbiana y era un desperdicio hacermela”, o que el ginecólogo le dijo a una chavita de 17 años que no le servía de nada la vacuna contra el VPH porque sus parejas eran mujeres, ese tipo de cositas; o de que piensen bien, que la maternidad, que como le van a hacer para tener hijos y ese tipo de cositas [...] yo sigo viendo pacientes que me dan testimonios y me dicen “tú eres la primera que me dice que yo tuve la razón, que en verdad me sentí incómoda y que estuvo mal lo que hicieron” entonces esto nos da pie a darnos cuenta que este es un problema de origen si nosotros no respetamos los DDHH desde la medicina general pues no aprendemos y nos creemos que por esta medicina vertical tenemos derecho a no respetar los derechos de las demás personas o que las personas no merecen tener una medicina con perspectiva de género o con respeto a los derechos humanos, entonces es un problema más complejo. (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

Te voy a decir que en el hospital donde trabajo, yo me formé ahí pues trabajo con un grupo de los que fueron mis maestros, y comentándoles que tomé este diplomado de salud sexual me dicen “¿para qué haces eso?” como que se le hace de “ah esta está loca” no lo ven como algo necesario pero pues bueno yo creo que sí, aunque sea una paciente, esa paciente necesita una atención específica y yo creo que entre más capacitada este nos puede ir mejor tanto a ustedes como pacientes tanto como a mí como médico, ¿no? [...] no juzgan que sus pacientes sean lesbianas porque te dicen, esta paciente es lesbiana, esta paciente tuvo esto pero no es algo como que “bueno a lo mejor voy a tener una” y no los despierta el hecho es como de “bueno

una como sea la manejo” no estan pensando como en 200, 300 pacientes. Entonces yo creo que como pacientes deberían ser más explícitas para que nosotras podamos brindarles más atención y saber “ah bueno hay más pacientes lesbianas de las que yo creo que hay” [...] no hay una apertura total, todo esto está mediatizado, “si las lesbianas, si los ciegos, si los mudos”, pero ¿realmente somos una comunidad inclusiva?, yo creo que difícilmente tenemos esa cultura. (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Hablemos de emociones

Fuera de desear integrar las emociones a un nivel descriptivo, el fin es convertirlas en una vía para acercarnos y entender a las mujeres lesbianas respecto a su salud sexual y a su perspectiva de relación médicx-paciente. Sobre todo, saber qué es lo que provocan dichas emociones. Para este fin, a continuación se explicará qué son las emociones desde la antropología.

Las emociones se originan de las condiciones sociales, las cuales se traducen en cambios fisiológicos y psicológicos en lxs sujetxs. La antropología realiza estudios acerca de las emociones: Su relatividad ante determinadas circunstancias sociales y culturales a través de un enfoque simbólico del cuerpo (Elliot y Menin 2018:292). Se ha demostrado que estas, siguen lógicas aprendidas, personales y sociales y que forman parte de procesos cognitivos y surgen de la evaluación de una circunstancia. El significado atribuido a la experiencia vivida, determina la emoción y su intensidad.

Considero relevante tomar en cuenta las emociones en toda investigación, debido a que estas son provocadas por estímulos biológicos y sociales pero a su vez provocan acciones e incitan a tomar decisiones. Por ende para entenderlas en cada análisis, es necesario señalar su carácter espacial y temporal de manera situada (Sirimarco 2019:306-315). Además, de comprender que las emociones no encuentran equivalente lingüístico fuera de su propio contexto social y cultural (Ibid: 292-294).

La inclusión de las emociones, los sentimientos y los afectos como parte de los intereses de las ciencias sociales para dar cuenta de la interacción social y la cultura se ha denominado giro afectivo (López Sánchez, Poma y Gravante 2016:1057). Convertir estos factores en categorías de estudio o variables de análisis nos permitirá comprender relaciones sociales y de poder. Como en el caso de la percepción de las infecciones de transmisión sexual, de las relaciones sexo-afectivas y de la relación médico-paciente.

Sobre esa misma línea, es pertinente profundizar en las emociones de las mujeres lesbianas. Hablemos específicamente de los autocuidados y las emociones. Como se pudo observar, en México se carece de una educación sexual integral. Existe una fuerte invisibilización de los riesgos en las relaciones sexuales entre personas vulvoportantes incluso a nivel médico, provocando un *mito de inmunidad lésbica*. Sin embargo, esto no es el único aspecto a considerar. Algunas mujeres lesbianas no hacen uso de métodos de protección por estar en una relación estable o monógama.

Dicho punto es interesante porque nos permite ver otra perspectiva que había sido ignorada: La de las consecuencias de que las mujeres cis lesbianas no cuenten con la misma accesibilidad a métodos de protección de las personas penoportantes. Su forma de protegerse y de sentirse seguras es teniendo relaciones sexuales con una sola persona, crear un lazo de confianza y respaldo de su salud con su pareja.

Por lo anterior hemos comprobado que para algunas mujeres lesbianas, tener relaciones sexuales seguras no solo es hacer uso de métodos de protección, incluso para varias de ellas no son necesarios. También consideran requerido sentir un cuidado mutuo, un lazo de confianza, estabilidad y afecto con su pareja para sentirse seguras al tener relaciones sexuales.

El hecho de tener una sola pareja sexual es visto por ellas como un autocuidado en sí mismo.

Desafortunadamente, eso no las exime de poder contraer una infección vaginal, como la candidiasis o la vaginosis bacteriana, infecciones que surgen sin contacto sexual necesariamente, pero son transmisibles.

Indagando más sobre el nexo entre las afectaciones en su salud y cómo esto influye a nivel emocional, como lo hemos visto, una tercera parte de las treinta sujetas que respondieron el cuestionario, han contraído una ITS o infección vaginal al mantener relaciones sexuales con otra mujer. Provocado por una falta de autocuidados, fundamentados en un *mito de inmunidad lésbica*, poca accesibilidad a métodos de protección adecuados, poca información fiable, nula educación sexual integral y en pocas palabras, una invisibilización estructural de los riesgos y necesidades que tienen las mujeres lesbianas en su salud sexual.

A continuación en el siguiente cuadro podemos identificar los casos de siete mujeres que han adquirido una infección vaginal por vía sexual o han adquirido una ITS y las emociones que estos hechos provocaron.

Edad	ITS o infecciones vaginales contraídas por tener relaciones sexuales con una mujer.	En caso de haber contraído una ITS o infección vaginal ¿Cómo te sentiste emocionalmente?
21	VPH	Sola y perdida
23	Vaginosis bacteriana	Pues no era algo grave, solo me hizo más consciente del cuidado en salud sexual
23	Candidiasis	
25	Sin diagnóstico pero vivió síntomas de una infección.	Maaaaaaal, mal, no sabia que de cierta forma no es grave algunos granos x infección pero no tenía idea

25	Vaginosis bacteriana	mal, sentía que estaba sucia a parte de que físicamente era doloroso e incómodo
29	Candidiasis	Avergonzada de ir a consulta, pero tranquila
34	VPH	Horrible por la intervención que tenían que hacer, sufrí mucho

Cuadro sobre practicas sexuales reportadas (Información recabada del cuestionario realizado a mujeres lesbianas cisgénero del 29 de junio al 5 de julio del 2022).

Claramente, las emociones provocadas se aprecian como negativas: de desconocimiento, de vergüenza, de sufrimiento. Algunas de las encuestadas mencionaron que contraer una ITS o infección vaginal las hizo más conscientes de los cuidados fundamentales para tener una salud sexual óptima. Es desafortunado que las mujeres lesbianas tengan que contraer alguna ITS o infección vaginal para romper con el *mito de inmunidad lesbica* y ver los cuidados como una medida necesaria. Dicho proceso, es causado por el tabú a la sexualidad e implica dolor, vivir vergüenza, miedo, incomodidad general e incomodidad ante la pareja y ante la cuestión de ir con unx profesional de la salud y reconocerse como lesbiana, exponiéndose a ser discriminadas.

Cabe aclarar que no atribuyó culpa a las mujeres lesbianas por contraer una ITS o infección vaginal y considero que sus emociones son totalmente justificables. Por otro lado, considero que es un problema estructural, donde la mayoría de las lesbianas a lo largo de su vida han sido invisibilizadas. En las clases de educación sexual, jamás se les enseñó cómo cuidarse al estar con una persona vulvoportante, en las tiendas de autoservicio o farmacias jamás han visto a la venta condones para dedos o barreras de látex, a gran parte de ellas sus padres nunca les hablaron de cómo protegerse al tener relaciones sexuales ni con personas vulvoportantes o peneportantes, en los centros de salud solo les han ofrecido gratuitamente

condones externos (masculinos) y por último, lxs profesionales que las atienden no han sido capacitadxs en el tema, ni han recibido una formación social suficiente, sino más bien biologicista, por lo que invisibilizan los factores sociales. Aunado a la mirada heteronormada y binaria que tanto le caracteriza a la biomedicina, olvidando al resto de las orientaciones sexuales y prácticas sexuales que de ser abordadas en la consulta podrían ayudarles a tratar de mejor manera a sus pacientes.

La falta de visibilización en la sociedad mexicana sobre las necesidades de las mujeres lesbianas las lleva a vivir miedo y frustraciones al contraer una ITS o infección vaginal siendo mujer lesbiana o al momento de tener que acudir ante algunx médicx. Reitero, se trata de un tabú que opera en cualquier tema relacionado a la sexualidad y sobre todo, respecto a la sexualidad lésbica y a la de las disidencias sexuales.

Esto permea en la sociedad y en las instituciones, principalmente en las educativas y las de salud, de las cuales es responsable el Estado, sobre todo al ignorar las iniciativas y reglamentaciones legales. Sin olvidar, que dentro de las familias también existe una gran invisibilización de la sexualidad. Este fenómeno sistemático o bien, estructural, vulnera a las mujeres lesbianas y al resto de las disidencias sexuales, ya que al no sentirse segurxs en espacios que son para procurar el bienestar de su salud y asociar dichos espacios con emociones negativas (producto de posibles discriminaciones y violencias) no pueden acudir preventivamente, realizarse chequeos, comentar las dudas que tengan o tratar algún padecimiento como ITS, plenamente.

No olvidemos que incluso hay quienes no van al ginecólogx por el miedo a recibir un mal diagnóstico. Ir al ginecólogx es intimidante y abrumador para más de una persona, sin embargo hay quienes lo ven como algo muy necesario e incluso a veces disfrutable por la buena relación con su doctor o doctora, punto que fortalece el argumento de la importancia que tiene que lx médicx inspire confianza a su paciente.

“Con algo de pena pero es normal tienes que checar tu salud sexual solo si te detectan algo malo obviamente va a ser un golpe muy duro pero tienes que afrontarlo y cumplir con el tratamiento y salir adelante” (Anónima 24 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 2 de julio del 2022).

“Me gusta ir porque me cae muy bien la ginecóloga, sin embargo, creo que siempre que he ido voy espantada me da mucho miedo todo el tema de la salud sexual.”(Anónima 23 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 1 de julio del 2022).

A través de diversos testimonios, se evidenciaron algunas formas en las que las mujeres lesbianas se han sentido discriminadas en el sector salud por su orientación sexual, aquí dos testimonios.

“Si, en algún momento me daban información sobre planificación familias y vasectomia para mi pareja, lo cual respondí, que soy una mujer lesbiana y la enfermera se sacó mucho de onda y me miró de una manera despectiva” (Anónima 24 años, 2 de julio del 2022).

“Sí, cuando hablo del número de parejas se han emitido juicios, igual cuando respondo a la edad en la que inicié a tener relaciones sexuales. Además, como los formularios están centrados a la reproducción, no se recoge información adecuada sobre mi salud sexual” (Anónima 29 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 30 de junio del 2022).

En este sentido podemos comprender las emociones como causa de fenómenos sociales o como agentes modeladores de las decisiones de las mujeres lesbianas. Así como entender por qué a veces evitan realizarse chequeos o acudir a consultas médicas y ginecológicas para tratar su salud sexual, no solo se trata del mito de inmunidad lesbica, también se trata de

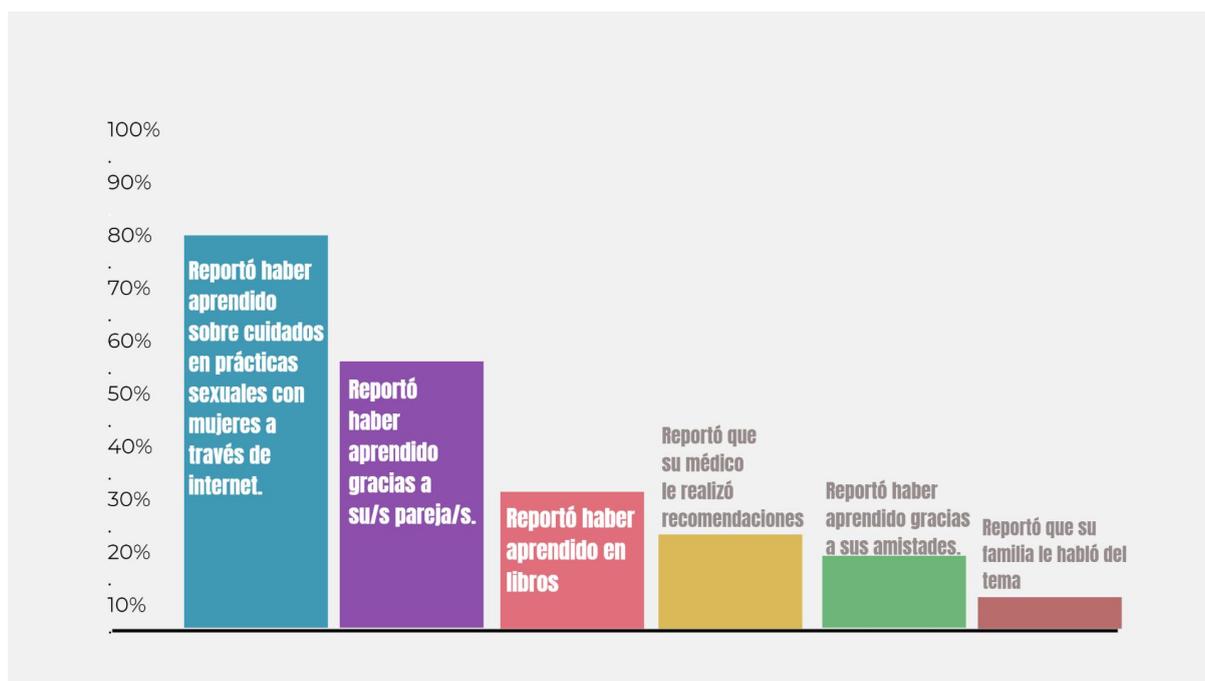
emociones como miedo a recibir un mal diagnóstico o a ser discriminadas, incomodidad y dolor.

Replanteemos la educación

Es importante decir que hace mucha falta hacer del conocimiento de las lesbianas, disidencias sexuales y de género, sus derechos, las leyes que lxs protegen y las formas en que pueden incidir políticamente. Porque de saber que poseen estas herramientas podrían exigir de manera más puntual sus derechos y el ejercicio de estos.

Tristemente, sólo las personas especializadas en el tema cuentan con esa información, ya que no son suficientes las campañas informativas por parte del Estado y de las organizaciones correspondientes. Cabe añadir, que considero de suma relevancia descentralizar la información y llevarla a zonas de difícil acceso de la Ciudad de México y del país.

Del mismo modo, la educación sexual es un tópico cuestionable. En el cuestionario hecho a mujeres lesbianas se preguntó *¿Dónde has aprendido sobre cuidados durante las prácticas sexuales con mujeres?* y se permitió responder mediante opción múltiple. Aquí los resultados:



(Información recabada del cuestionario realizado a mujeres lesbianas cisgénero del 29 de junio al 5 de julio del 2022).

La mayor parte de las participantes perciben el Internet como un espacio donde pueden buscar respuestas. Sin embargo, no hay certezas de qué sitios han visitado y si la información es fiable. En segundo grado reportaron haber aprendido durante las prácticas sexuales con sus parejas, es decir, empíricamente. En menor medida leyendo un libro, platicando con su médicx o amigas y en último lugar, hablando con la familia.

En este sentido, el Estado debería brindar información fiable e integral para personas vulvoportantes que tengan relaciones sexuales con personas vulvoportantes a través del sistema educativo. Profundizando en los riesgos, las formas de autocuidado y los métodos de protección adecuados. Ya que actualmente, el enfoque educativo del Estado es heteronormado y enfocado a la planificación familiar, la prevención de embarazos no deseados y los métodos para prevenir ITS en relaciones con personas peneportantes.

También resulta crucial direccionar la educación hacia lxs profesionales de la salud en formación y aquellxs que ya ejercen la práctica médica. No todxs conocen los protocolos correspondientes, por ende no conocen sus obligaciones ni están sensibilizados en el tema. Es urgente una reestructuración de los planes de estudio y sobre todo un financiamiento a organizaciones como Jóvenes por una Salud Integral, para la capacitación de todo el personal de salud del país en el trato a las disidencias sexuales y de género. Así como prestar atención a otras organizaciones que del mismo modo están interesadas en la salud de las disidencias sexuales y de género como Yaaj y Codise.

Algunas recomendaciones

Se abrió un espacio en el cuestionario para que las mujeres comentaran qué recomendación le harían a lxs médicxs para hacer de los consultorios espacios más seguros o cómodos para las mujeres lesbianas. Aquí algunas de sus contestaciones.

“Creo que es momento de caer en cuenta de que hay parejas sexo disidentes y que la salud sexual es importante para cada una de estas parejas. Recomendaría no dar por hecho que cuando una mujer acude a tratar su salud sexual es porque es heterosexual y reconocer todos los riesgos de ETS que se pueden tener. Entonces, recomendaría preguntar sobre orientación y tener una visión más allá de la heteronormativa.” (Anónima, 21 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 01 de julio del 2022).

“Que se informen sobre salud sexual no cisheteronormativa, que hablen de placer y de salud sexual integral y no sólo reproductiva” (Anónima, 24 años, proveniente del cuestionario para esta investigación, 02 de julio del 2022).

No son grandes las exigencias de las participantes, son justas. Exigen la misma calidad en el trato que reciben las personas heterosexuales, adecuándose a sus prácticas e identidad, el respeto y respaldo de sus derechos sexuales y de salud.

Finalmente, las doctoras también realizaron su aportación al respecto de qué cambios implementarían para hacer de cualquier consultorio médico un espacio seguro e incluyente.

Me parecen reflexiones muy relevantes y que hablan por sí solas.

Pues yo creo que a grandes rasgos, es bueno que empecemos a tomar en cuenta y yo creo que es muy bueno que hayas tenido el interés para realizar este tipo de temas porque es algo que no tocamos, no vemos y no estamos acostumbrados. Yo creo que por parte del personal de salud necesitamos reconocer todas las diversidades y prácticas sexuales ese es el objetivo, tener la mente abierta aceptar todas las cosas. Tenemos que prepararnos más, hacer un poco más de eco en las autoridades, hacer hincapié y tratar de incluir más el tema a médicos en formación (Collin, entrevista, 27 de abril de 2022).

Ok, primero preguntar qué pronombre usas o como te gusta que te llamen, eso se me hace muy importante porque esa es tu carta de presentación, implementaría también no

directamente la orientación sexual sino lo que te comentaba es muy importante antes romper el hielo, primero preguntarás ¿cuántos años tienes? y ya después empiezas con la vida sexual, [...] hablar sobre la sexualidad, número de parejas, frecuencia de las relaciones sexuales, si son placenteras o no, si son dolorosas o no, el uso de juguetes sexuales, ese tipo de detalles que a veces no te da tiempo de abordarlas todas pero abarcar sobre todo en la sexualidad. [...] Pues creo que como personal de salud tenemos una deuda que saldar contra esta violencia gineco-obstétrica que queriendo o no queriendo hemos sido parte y el modo de saldar esa deuda me parece que es capacitándonos constantemente, escuchando a quienes son nuestra otra mitad del trabajo, que son quienes nos complementan para seguir trabajando y aprendiendo, que nos hemos equivocado muchísimo, pero nunca es tarde para enmendar nuestros errores escuchando, capacitándonos, haciendo una medicina libre de violencia, con perspectiva de género, inclusiva para que los resultados sean más amigable si las personas no tengan que ir a buscar la resolución de sus problemas a internet (Palma, entrevista, 22 de abril de 2022).

Consideraciones finales

Inicialmente quisiera enfatizar en el acierto que considero que fue el cuestionario online a mujeres lesbianas, no se trató de un sondeo o de conocer un perfil general. Fue una herramienta para visibilizar la particularidad de pensamientos, emociones y vivencias que han atravesado a estas mujeres. El anonimato, el formato y la opción de responder o no creo que fueron clave en el sentimiento de libertad que tuvieron las participantes para abrirse en temas tan íntimos.

En el mismo sentido a partir de esta investigación podemos vislumbrar circunstancias que deben ser estudiadas a mayor profundidad con el fin de conocer sobre la vida y salud sexual de mujeres lesbianas y poder incidir políticamente en acciones o programas que las beneficien. Por ello enfatizó tanto en la urgencia de investigación a nivel nacional.

Una primera reflexión que surge de este trabajo es que la categoría de *lesbiana* no es estricta, en el sentido de que toda mujer que se identifique como tal sólo tenga relaciones sexuales con mujeres. Eso se refleja en que una tercera parte de las mujeres que respondieron el cuestionario, reportó haber tenido relaciones sexuales con hombres. Por ello, conviene no dar

por hecho que el contacto sexual establecido por mujeres lesbianas es con personas vulvoportantes o mujeres, sino que también pueden tener relaciones con hombres cis, hombres trans, mujeres trans personas queer, no binarias o con cualquier otra persona con otra identidad.

Hasta este momento podemos afirmar respecto a las prácticas sexuales entre mujeres, que la mayoría de las mujeres lesbianas practica sexo oral y hay contacto de dedos/manos con vulva. No todas hacen uso de juguetes sexuales o tienen contacto entre dedos/manos y ano. A esto es posible añadir que, como una de ellas mencionó, no todas practican la penetración, ya sea con juguetes o dedos. Este es un punto sustancial porque permite observar que las prácticas son diversas. El personal médico también debería tenerlo en mente. Sobre todo porque la penetración ha sido puesta como punto central de las conversaciones sobre relaciones sexuales, lo que es producto de una cultura patriarcal y falocentrista.

Respecto a los autocuidados, en un inicio la mitad de la muestra reportó mantener autocuidados, antes, durante y después de tener relaciones sexuales con mujeres. Sin embargo, solo cuatro de las participantes reportaron haber utilizado algún método de barrera en su última relación sexual. Datos un tanto alarmantes.

Una razón bastante repetida de por qué no practican autocuidados, tales como los métodos de barrera, fue que están en una relación monógama o estable, por lo que no lo ven como una práctica de riesgo. Llegando incluso a creer que el tener una sola pareja sexual es un autocuidado en sí mismo. No niego la importancia de sentir dicha seguridad que les brinda su pareja, sin embargo es necesario enfatizar que eso no las protege de adquirir una infección transmisible.

Otro posible factor que influye en que las mujeres lesbianas, en su mayoría, no usen métodos de barrera es la poca accesibilidad a ellos en función del precio, la distancia que tienen que recorrer para encontrarlos o incluso la edad que tienen. Sin olvidar que en realidad ningún

método de barrera está hecho o fue pensado inicialmente para el uso de personas vulvoportantes, por lo que la mayoría de ellos son percibidos como incómodos. Sin olvidar que sólo mayores de 18 años pueden entrar a sex shops, por lo que para lesbianas menores de edad tienen aún menor posibilidad de tener relaciones sexuales seguras.

Los resultados también inician una discusión sobre la percepción del placer como un contrario a la protección. Donde las mujeres lesbianas se ven en el dilema de tener relaciones sexuales seguras o tener relaciones sexuales placenteras. Aunque las formas de autocuidado representan agencia sobre sus cuerpos y su salud, no cuentan con la información fiable para cuidarse.

Podemos visibilizar que entre algunas mujeres lesbianas hay una construcción de lo que es tener relaciones sexuales seguras y no está relacionada necesariamente con el uso de métodos de barrera, sino con sentirse a gusto, cuidadas y protegidas por la persona que están teniendo relaciones. Es lo que las relaciones monógamas y estables brindan ante un mundo que invisibiliza los riesgos de sus prácticas sexuales.

Casi una tercera parte de las sujetas reportaron haber contraído una ITS por tener relaciones sexuales con mujeres sin protección, lo que en su momento les causó muchas emociones poco saludables como incertidumbre, dolor, vergüenza, sufrimiento y soledad. Hubo quienes no pudieron tratarse con unx profesional de la salud por falta de información o de recursos económicos y tuvieron que automedicarse. Esto demuestra cómo en nuestro país la atención médica no es un derecho que se ejerza por toda la población de manera plena.

Es innegable que las emociones tienen un papel importante en este desenlace, ya que tienen como efecto la falta de autocuidados en mujeres lesbianas, al sentirse avergonzadas y temerosas de ir a comprar condones o ir a recibir un chequeo ginecológico. Por otro lado, es interesante que las mujeres lesbianas consideren que tener una relación estable o monógama sea una forma de autocuidado que las exima de usar métodos de protección.

En esta investigación pudimos evidenciar que el sector médico público no es percibido como un espacio seguro para las mujeres lesbianas. Esto es notorio porque casi la totalidad de la muestra acude con un ginecólogx privadx. Profundizando, algunas de las participantes reportaron haber sido discriminadas en lugares como el IMSS, donde a una de ellas no le permitieron registrar a su esposa como su asegurada, lo cual refleja una heteronorma institucional donde incluso si tu pareja es una mujer tienes que poner en estado civil, soltera. Es una grave invisibilización y discriminación. Así mismo, el hecho de no permitir a las mujeres lesbianas donar sangre por su orientación sexual es absurdo. Siendo una persona heterosexual puedes contraer las mismas infecciones o virus.

Una simple mirada despectiva, una carencia en la información preventiva para esta población, la emisión de juicios sobre la vida sexual de la paciente, asumir la orientación sexual como heterosexual, hacer preguntas con morbo, negarles estudios por ser lesbianas, brindar únicamente condones externos; son violencias que viven las mujeres lesbianas y que muestran el estigma institucional biomédico hacia las disidencias sexuales y están impactando en sus percepciones sobre ir al médicx, realizarse chequeos periódicamente, visitar a unx ginecólogx. Formas de autocuidado que si las mujeres lesbianas dejan de realizar afectan y afectarán su salud.

De la voz de dos ginecólogas sabemos que el sector salud tanto privado como público no están capacitados para tratar con pacientes lesbianas, disidencias sexuales y de género. Por lo que ambas ginecólogxs se han tenido que capacitar de manera autónoma porque durante toda su formación se omitieron estos temas e incluso los ridiculizaron.

El determinismo biológico ha cegado a profesionales de la salud, ignorando la sensibilización social y empatía necesaria para lograr una relación de confianza con sus pacientes y por ende, mejores diagnósticos. En el mismo sentido hay que añadir a los interrogatorios médicos los modos en que quieren ser nobradxs, sus pronombres, el sexo de las personas con las que lxs

pacientes tienen relaciones sexuales y conocer qué prácticas sexuales tienen para brindar recomendaciones sobre autocuidado de tengan mayor calidad, no es suficiente con saber la orientación sexual de la persona que acude a cita.

Para lograr lo anterior el profesional de la salud tiene que crear un ambiente seguro y de confianza que inspire a su paciente a hablar con libertad y sin miedo a recibir juicios. Para ello sería necesario que el médico se desprenda de sus prejuicios y creencias que no pudieran coincidir.

En esta dirección podemos confirmar a partir de McNair (2003) que los profesionales de la salud consideran que hablar de la sexualidad de su paciente es intrusivo. Sin embargo, con las entrevistas a ginecólogas corroboramos que es necesario para abordar los requerimientos específicos de cada paciente. Los doctores deben desarrollar como McNair lo menciona, *“competencia cultural” en temas lésbicos para mejorar su cuidado de lesbianas (2003:643)*.

Es muy importante hablar de los factores de riesgo, tema que igualmente surgió durante el trabajo. Las mujeres lesbianas pueden contraer las mismas ITS que cualquier otra persona. Aunque corren mayor riesgo de contraer vaginosis bacteriana, por ejemplo. El problema es que profesionales de la salud también asumen erróneamente que porque su paciente es lesbiana no puede tener VPH u otros padecimientos. Cuando es necesario que a las mujeres lesbianas se les realicen los mismos estudios que a cualquier otra persona.

La concepción existente sobre los factores de riesgo influye en que las sujetas no crean que deben seguir ciertas medidas de protección. Como el uso de métodos de barrera al momento de tener relaciones sexuales o que no acudan a citas ginecológicas y chequeos periódicos como el Papanicolau.

Este fenómeno lo llamo *mito de inmunidad lésbica*, ya que hay mujeres lesbianas que asumen que por su orientación sexual o por tener una pareja estable y monógama no corren riesgo de contraer alguna ITS o infección vaginal. Hay profesionales de la salud que también son

afectadxs por dicho mito y contribuyen a el negándoles a sus pacientes lesbianas el derecho a realizarse un Papanicolau o PCR⁵². Hay médicxs que ni siquiera lo consideran un requisito. El mito se construye tanto entre las mujeres como desde el sistema de salud.

El sector salud tiene un papel privilegiado si se trata de cambiar la historia de la salud de las mujeres lesbianas y el resto de las disidencias sexuales y de género. Desde respetar sus estados civiles, permitiéndoles asegurar a sus esposas hasta la aplicación del *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI* y *Guías de atención específicas*, para tratar a cualquier paciente disidencia sexual o disidencia de género con apertura, respeto, confianza y sensibilidad. Es urgente esta capacitación a profesionales de la salud en universidades, clínicas y hospitales.

Con la misma urgencia, debe otorgarse información integral sobre autocuidados a mujeres lesbianas y a toda disidencia sexual y de género en espacios educativos y del sector salud, así como sus derechos y herramientas legales para exigir un mejor trato médico. Para la difusión de información sobre educación sexual integral es necesario tener certeza de los riesgos de las relaciones sexuales entre personas vulvoportantes, por lo que reiteró que urge investigación en el tema. Finalizó este capítulo diciendo que los autocuidados son un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetxs de sus propias acciones (Tobón 2003:4). Informar es prevenir.

En el mismo sentido, siendo más específicx, considero que lxs profesionales de la salud, desde médicxs generales hasta especialistas como lxs ginecólogxs deberían tomar en consideración varios puntos, como: No asumir la orientación sexual ni género de su paciente, no dar por hecho que las mujeres lesbianas únicamente tienen relaciones sexuales con mujeres o que sólo tienen relaciones sexuales con personas vulvoportantes, preguntar concretamente sobre las prácticas sexuales que las personas tienen (pues hay un amplio

⁵² En inglés es Reacción en Cadena de la Polimerasa y es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un virus o patógeno.

espectro de practicas y riesgos que conlleva cada una) y también sobre las formas de autocuidado que realizan antes, durante y después de tener relaciones sexuales.

Conclusiones

Esta investigación se llevó a cabo a través de los lentes de la antropología de la salud. Una disciplina que nos permitió historizar y problematizar la agencia biomédica en la vida de las mujeres lesbianas.

Considero que se logró un acercamiento a los siguientes puntos; a) Llevar a cabo un recorrido histórico, pensado desde la antropología médica, sobre la biomedicina como objeto de estudio y la influencia que ha tenido sobre los cuerpos de las mujeres lesbianas y su sexualidad. b) Visibilizar la agencia política de las mujeres lesbianas desde los años setentas del siglo XX hasta la actualidad. c) Identificar con qué respaldos legales e institucionales cuentan sobre su salud las personas en la Ciudad de México y principalmente las mujeres lesbianas. d) Realizar una evaluación sobre los avances políticos y legales en materia de salud de las disidencias y principalmente las mujeres lesbianas en la Ciudad de México. e) Conocer experiencias de mujeres lesbianas en lo que concierne a su salud sexual, prácticas sexuales, autocuidados y atención médica para a través de ello evaluar la accesibilidad a educación sexual, métodos de protección y atención médica ginecológica. f) Distinguir las emociones que suscitan en las lesbianas sus formas de autocuidado y afectaciones a su salud. g) Y finalmente, distinguir las emociones que suscitan en las mujeres lesbianas sus experiencias con profesionales de la salud, como ginecólogos.

Profundizando en los resultados, se evidenció el poder de la biomedicina en el orden social y en la construcción social hegemónica de la mujer lesbiana. En este sentido, se visibilizaron las consecuencias de la visión esencialmente biologicista, patriarcal, heteronormada y binaria de la biomedicina. Con esto en mente, puedo señalar que, la sexualidad ha sido un dispositivo a través del cual la sociedad moderna dictó un orden, de lo que era normal y moralmente correcto, es decir la heteronorma, estigmatizando y criminalizando lo contrario. En este sentido, el sistema biomédico fue influenciado por dichos discursos y contribuyó a estos

fundamentando científicamente la patologización de la homosexualidad. La mujer lesbiana fue categorizada institucionalmente como una enferma durante un siglo.

En consecuencia las mujeres lesbianas fueron sometidas a tecnologías del poder, como las terapias de conversión propias del biopoder. Su “enfermedad” era castigada y las imposibilitaba de vivir una vida plena y tener una calidad de vida digna. La lesbofobia impregnada en la sociedad las hizo padecer de sus propios deseos.

A pesar de que oficialmente la homosexualidad dejó de ser vista como una enfermedad, la biomedicina invisibilizó la existencia de las disidencias sexuales y de género y por ende de sus necesidades. Por ello no existe una garantía de que las disidencias sexuales y de género estén gozando de un trato digno y buena atención por parte del personal de salud.

Sin embargo, las mujeres lesbianas se organizan y movilizan desde el siglo XX. Como vimos, en la década de los setenta, resistieron a la opresión lesbofóbica, haciéndose visibles. Son más de lo que la biomedicina, el Estado y la sociedad han dicho, son sujetas activas en la lucha por sus derechos.

A través del recorrido histórico realizado, pudimos acercarnos a los movimientos en los que se han desenvuelto las mujeres lesbianas históricamente, que han sido nombrados de diversas formas y además han tenido diversos intereses y alianzas con otras disidencias, desde el Movimiento Homosexual, Movimiento Lésbico Gay, Movimiento de la Diversidad Sexual hasta el Movimiento de las Lenchitudes. En este sentido podríamos decir que la agencia política de mujeres lesbianas ha tenido diferentes tintes a través de la historia, sin embargo si hay una lucha fija sería por una salud sexual integral.

Además de la militancia, ellas mismas han creado organizaciones no gubernamentales, también han ejercido como funcionarias públicas. Realizan investigaciones autónomas, organizan programas culturales y en colectivo tienen una agenda política. Sin duda ellas han estado presentes en todos los avances de materia política y legal que hasta el día de hoy les

acercan a una vida digna. Actualmente, el movimiento de las *lenchitudes* ha crecido y está viviendo cambios y cuestionamientos. Sin embargo, aún siguen viviendo una doble vulneración, por ser mujeres y por ser lesbianas, en ocasiones fragmentándolas. Viéndolas o como mujeres o como disidencias sexuales. Por ello es urgente brindar una visión interseccional a las instituciones correspondientes a la protección y trato a mujeres lesbianas. Ahondando específicamente en los resultados del segundo capítulo, sobre la situación de la salud de las mujeres lesbianas en la actualidad, comprobamos, que toda persona en México tiene derecho a la protección de su salud y bienestar sin discriminación o restricción alguna. Del mismo modo, verificamos que existen leyes, tratados internacionales, organizaciones, protocolos y guías, que defienden y respaldan a las disidencias sexuales y de género al momento de requerir servicios de salud. Considero que el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI* y las guías que lo acompañan, son un acierto. Representan el impulso a un nuevo discurso biomédico con mayor conciencia social y en favor de la erradicación de violencias, discriminaciones o ECOSIG.

A pesar de lo anterior, desafortunadamente, se registró que no hay suficientes acciones por parte del gobierno para capacitar a todo el personal de salud de la Ciudad de México e informarles sobre este documento que les compete, pues es una guía de como realizar su trabajo de manera óptima e integral. Claramente, hay una invisibilización, o bien una falta de interés en la agenda política del gobierno por apoyar a mujeres lesbianas.

En contrapeso a la invisibilización mencionada, mujeres lesbianas como Fabiola, Mariana y sus compañeras en Jóvenes por una Salud Integral, han ejercido acciones para capacitar a personal de salud con base en el protocolo e informar a *lenchitudes* sobre sus derechos. Sin embargo, se ven muy limitadas al recibir muy pocos financiamientos por parte de instituciones públicas y privadas.

Jóvenes por una Salud Integral son un ejemplo claro de que las mujeres lesbianas son sujetas activas en la lucha por sus derechos. Sobre todo con el fin de hacer de los espacios públicos, espacios más seguros para ellas. La invisibilización de la sexualidad lésbica ha suscitado desafíos, como que las organizaciones de mujeres lesbianas no cuentan con suficientes apoyos económicos para establecerse. Lo anterior es en gran parte, gracias a la nula o poca investigación disponible acerca de los riesgos en la salud que implican las prácticas sexuales entre personas vulvoportantes.

Dichas investigaciones no han sido posibles por la misma falta de financiamiento e interés. Sin embargo, esto solo contribuye a la misma invisibilización que afronta la sexualidad lésbica. Del mismo modo, esto sólo acrecienta y fortalece el *mito de inmunidad lésbica*.

A partir de este trabajo y las reflexiones que surgieron de él, puedo señalar algunas acciones que considero urgentes: a) La reanudación del plan para implementar el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGTBTTI* a instituciones hospitalarias. b) Realizar revisiones a dicho protocolo. c) Otorgar financiamientos para que organizaciones promuevan el Protocolo y Guías para la atención sin discriminación a las disidencias sexuales y de género. d) Apoyo económico para incentivar investigaciones sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y sus necesidades. e) Inversión para organizaciones que buscan la promoción de la salud de mujeres lesbianas en México. d) Capacitación obligatoria con respecto al trato de pacientes pertenecientes a las disidencias sexuales y de género en universidades que forman a profesionales de la salud. e) Difusión de campañas sobre salud sexual lésbica en toda institución educativa y de salud en México, como la propuesta de Jóvenes por una Salud Integral.

Así mismo, me parece pertinente volver a mencionar la importancia de que se incluyan a las disidencias sexuales y de género en cada una de las leyes. No necesariamente realizar una ley

para estas, pues nuestra ciudadanía está atravesada por la sexualidad y esta genera diferencias y discriminación de diversas maneras que deben ser reconocidas en cada ley.

En el último capítulo se llevó a cabo una metodología, producto del contexto temporal en el que nos encontrábamos, el pico de la pandemia por COVID-19. Ante la necesidad de resguardarnos, tanto el cuestionario como las entrevistas a ginecólogas se desarrollaron online. Es importante mencionar que el cuestionario online a jóvenes lesbianas cisgénero lo considero un acierto, ya que los medios digitales y el anonimato de las participantes, nos brindaron la posibilidad de realizar preguntas íntimas que tenían que ver con la sexualidad de las jóvenes, sin que esto implicara una intrusión.

Del mismo modo, el cuestionario fue un potente instrumento que detonó en mucha información sobre las emociones, sentires y perspectivas de las mujeres lesbianas. A diferencia de una encuesta, o sondeo, este fue un cuestionario con preguntas antropológicas y respuestas muy particulares, profundas que reflejaron vivencias personales y cuestiones estructurales alrededor de la salud sexual lésbica.

Considero que la principal reflexión que nos deja esta investigación es reconocer la amplitud del espectro de la sexualidad, las categorías como “lesbiana” que antes parecían tan cuadradas, ya no lo son. Por ello no debemos asumir que las mujeres que se identifican como lesbianas solo tienen contacto sexual con mujeres.

Una tercera parte de nuestra muestra reportó haber tenido relaciones sexuales con hombres y con mujeres, mientras que una de ellas únicamente ha tenido relaciones sexuales con hombres. Hay que reconocer la posibilidad de que también se vinculan con mujeres trans, personas *queer*, no binarias, hombres trans u hombres cisgénero. Por ello en vez de preguntar la orientación sexual, considero que sería más provechoso preguntar qué prácticas sexuales tienen, si tienen relaciones con personas vulvoportantes, penoportantes o ambas.

En este sentido hay que mantener la mente abierta, a la idea de que las prácticas sexuales reportadas probablemente no sean las mismas que reportarían todas las mujeres lesbianas. Así como tampoco asumir que la penetración es una práctica realizada por todas. Del mismo modo el uso de sustancias durante las relaciones sexuales, no se abordó aquí, pero es igualmente importante y un tema que podría explorarse en futuras investigaciones.

Desde mi punto de vista, para una mejor práctica médica lxs profesionales de la salud deberían tomar en consideración varios puntos, entre ellos: a) No asumir la orientación sexual ni género de su paciente. Porque en realidad la disciplina ginecológica no es exclusiva de pacientes mujeres o heterosexuales, sino de personas vulvoportantes. b) No dar por hecho que las mujeres lesbianas únicamente tienen relaciones sexuales con mujeres o personas vulvoportantes. c) Preguntar concretamente sobre las prácticas sexuales de cada persona, pues hay un amplio espectro de las mismas y de los riesgos que conlleva cada una. d) Cuestionar e informar acerca de las formas de autocuidado que se realizan antes, durante y después de tener relaciones sexuales.

Respecto a los autocuidados en el caso de las mujeres lesbianas, pudimos identificar que no cuentan con las herramientas para cuidarse debido a la fuerte invisibilización estructural de sus necesidades. Desde la educación sexual que reciben: El 80% de la muestra reportó haber aprendido sobre autocuidados para prevenir ITS a través del internet y el 50% de manera empírica con sus parejas.

Hablando específicamente de sus autocuidados hubo muchas inconsistencias y también datos de interés. La mitad de la muestra reportó no mantener ningún autocuidado, antes, durante y después de tener relaciones sexuales con mujeres y solo cuatro de las participantes totales mencionaron haber utilizado algún método de barrera en su última relación sexual. Lo cual resulta alarmante.

Refiriéndose a las medidas de autocuidado antes, durante y después de las relaciones sexuales entre mujeres, las doctoras hacen mucho énfasis en la importancia de la higiene en manos, juguetes sexuales y aseo bucal, en el uso de métodos de barrera y en la necesidad de los chequeos de ITS. Sin embargo, reconocen la poca accesibilidad a métodos de protección adecuados para mujeres lesbianas y a estudios médicos de ITS, por su alto costo.

En el mismo sentido es aún más complicado el uso de métodos de barrera en mujeres lesbianas inicialmente porque no hay métodos de barrera pensados para prácticas sexuales entre personas vulvoportantes. En este sentido, las sujetas tienen que ingeniárselas y adecuarse a lo que existe, sin embargo, lo más accesible y a la vez incómodo para ellas son los condones externos. Los condones internos y barreras de látex son en exceso caros y los condones para dedos que son percibidos como los más cómodos, solo se consiguen en algunas sex shops. Lo cual es aún más desventajoso para las mujeres lesbianas que no son mayores de edad, pues se restringe la entrada a menores de 18 años.

A través de este análisis podemos percibir una percepción del placer como un contrario a la protección. Como si ambas acciones estuvieran en discordia y las mujeres lesbianas tuvieran que decidir entre sentirse seguras o arriesgarse por disfrutar de su sexualidad. Aunque las formas de autocuidado representan agencia sobre sus cuerpos y su salud, no cuentan con las herramientas para cuidarse por una invisibilización estructural de sus necesidades.

Casi una tercera parte de las participantes reportaron haber contraído una ITS por tener relaciones sexuales sin protección con mujeres, causándoles emociones como incertidumbre, dolor, vergüenza, sufrimiento, soledad. Lo cual las lleva, en el ideal de los casos, a acudir con unx profesional de la salud. Aunque no en todos los casos es así. Dos de las mujeres lesbianas que respondieron el cuestionario mencionan no haber acudido al doctor por falta de recursos o haberse automedicado, lo cual nos habla mucho de las implicaciones de haber decidido no acudir con unx profesional de la salud.

Se registró que tres mujeres lesbianas han contraído VPH, tres vaginosis bacteriana y tres candidiasis, al tener relaciones sexuales con mujeres. Pese a los riesgos existentes de contraer ITS o infecciones vaginales por vía sexual, hay un claro desconocimiento de ello por la invisibilización estructural, la falta de investigación y por ende, la falta de inversión pública en campañas preventivas. Todo lo anterior ha generado un *mito de inmunidad lésbica*, reproducido tanto por las mujeres lesbianas como por el sistema biomédico.

Frente a este panorama, considero que la salud y calidad de vida de las mujeres lesbianas está condicionada por factores estructurales, una clase de biopoder que las atraviesa. Limitando su salud mediante la poca accesibilidad a educación sexual integral y la difícil accesibilidad a métodos de barrera que se ajusten a sus requerimientos.

Las mujeres lesbianas están atravesadas por su género y su orientación sexual, por ello viven una intersección estructural de violencias, como la violencia de género, el sexismo, la homofobia, y la *violencia institucional de salud* (Magnone 2011 en Castro 2014:168). Gracias a los testimonios de las doctoras, confirmamos que las prácticas médicas discriminatorias o violentas son aprendidas por los profesionales de la salud durante su formación profesional. Sin embargo, debe señalarse que no todxs lxs médicxs reproducen dichas prácticas. Algunxs se capacitan de manera autónoma, como la Dra. Palma y la Dra. Collin.

Es igualmente relevante resaltar el contexto cultural en que se da la relación médicx-paciente, así como la personalidad y valores tanto del profesional de la salud como del paciente y la institución médica a través de la cual se da el encuentro. De la relación médicx-paciente depende el rumbo del estado de salud del paciente, al recibir un diagnóstico y un tratamiento correcto. Por ello es tan importante que el médico cuente con las herramientas sociales necesarias para inspirar y crear una relación de confianza y empatía con quien recibe su servicio.

En este sentido, lxs dos sujetxs involucradxs tienen responsabilidad sobre el desarrollo de la salud. Tanto lx paciente en sus hábitos, autocuidados y decisiones sobre su cuerpo, como lx médicx sobre el trato, el diagnóstico, tratamiento e información que le brinde al paciente. Siempre procurando la dignidad humana de ambxs sujetxs.

Hablando específicamente de las mujeres lesbianas, corroboramos que pueden contraer las mismas infecciones que las mujeres heterosexuales. Aunque corren más riesgos de contraer infecciones vaginales, principalmente vaginosis bacteriana. No obstante, es importante que lxs profesionales de la salud, no asuman que por tratarse de pacientes lesbianas, no pueden contraer VPH, VIH, otras ITS o no tienen la intención de en algún momento de sus vidas reproducirse, el cual es otro gran mito. Por lo que es imprescindible indagar y realizar los análisis protocolarios como con cualquier otrx paciente, porque de no hacerlo se contribuiría al *mito de inmunidad lésbica* y a la invisibilización de las mujeres lesbianas.

Respecto al consultorio médico, es un territorio por deconstruir, el *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI* es una herramienta que si bien requiere revisiones, también cuenta con recomendaciones pertinentes y enriquecedoras para una práctica médica sin prejuicios, tabúes o violencias a pacientes pertenecientes a las disidencias sexuales y de género. Representa un cambio en el discurso biomédico, por lo que es urgente su difusión y reconocimiento.

Es más que evidente la necesidad de difundir el protocolo, tan solo siete de las participantes en el cuestionario reportaron haber sido violentadas por profesionales de la salud y las mismas doctoras entrevistadas comentaron las violencias que han presenciado por parte de sus compañerxs o que sus pacientes les han contado. Violencias atravesadas por misoginia, homofobia y heteronorma institucional.

A través de las emociones evidenciamos que las invisibilizaciones y el estigma institucional biomédico hacia las disidencias sexuales y de género contribuyen a que las mujeres lesbianas se sientan avergonzadas, temerosas y eviten realizarse chequeos o acudir a consultas médicas y ginecológicas para tratar su salud sexual. También el miedo de recibir un diagnóstico grave podría evitar que acudan con un profesional de la salud.

Sobre esa misma línea, las respuestas del cuestionario hicieron posible observar que el hecho de tener una relación estable o monógama, las hacía sentir seguras. Lo cual entiendo como una de las consecuencias de que las mujeres lesbianas no cuenten con la misma accesibilidad a métodos de protección a diferencia de las personas peneporantes. La manera en que algunas se sienten seguras es teniendo relaciones sexuales con una sola persona, crear un lazo de confianza y respaldo de su salud con su pareja.

Por lo anterior hemos comprobado que para algunas mujeres lesbianas, tener relaciones sexuales seguras no solo es hacer uso de métodos de protección, incluso para varias de ellas no son necesarios. Lo que sí consideran como un requisito es sentir un cuidado mutuo, un lazo de confianza, estabilidad y afecto con su pareja para sentirse seguras al tener relaciones sexuales.

El tener solo una pareja sexual lo ven como un autocuidado mismo. Sin embargo, eso no las exime de poder contraer una infección vaginal, como la candidiasis o la vaginosis bacteriana, infecciones que surgen sin contacto sexual necesariamente, pero que son transmisibles.

Lo anterior podría deberse a la percepción de que al tener relaciones con otras personas vulvoportantes no hay riesgo de quedar embarazadas y por ende los métodos de barrera no sean necesarios. En el mismo sentido esta podría ser una razón de que los profesionales de la salud no vean la existencia de riesgos en las prácticas sexuales lésbicas, porque el cuidado de la sexualidad se ha enfocado en los procesos reproductivos, entonces todo lo que no lleva a la reproducción es ignorado

Ante las afectaciones a su salud, las emociones provocadas registradas fueron: Desconocimiento, vergüenza, sufrimiento. Algunas de las encuestadas mencionaron que contraer una ITS o infección vaginal las hizo más conscientes de los cuidados necesarios para tener una salud sexual óptima. En este sentido, podemos corroborar que para algunas mujeres lesbianas, el descubrimiento de la necesidad de autocuidados es empírica y romper con el *mito de inmunidad* es doloroso, implica vivir vergüenza, miedo, incomodidad general e incomodidad ante la pareja y ante la necesidad de ir con unx profesional de la salud y reconocerse como lesbiana, exponiéndose a ser discriminadas.

Claramente el sector salud tiene un poder inmenso para cambiar la historia de la salud de las mujeres lesbianas. Desde el respeto y reconocimiento a su estados civiles, permitiéndoles asegurar a sus esposas hasta la aplicación del *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI* y *Guías de atención específicas* para tratar a cualquier paciente disidencia sexual o disidencia de género con apertura, respeto, confianza y sensibilización. Es urgente esta capacitación a profesionales de la salud en universidades, clínicas y hospitales, así como más investigación sobre los riesgos de las prácticas sexuales entre personas vulvoportantes y cómo prevenirlos.

Finalmente, sugiero algunos temas que a partir de esta tesis se podrían profundizar: Prácticas sexuales y riesgos entre personas vulvoportantes; accesibilidad a métodos de protección entre personas vulvoportantes en la Ciudad de México; el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud sexual de mujeres lesbianas y las consecuencias en la atención general y ginecológica a mujeres lesbianas; revisión al *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI* y *Guías de atención específicas* posterior a tres años de la pandemia por COVID-19; consumo de sustancias y prácticas sexuales en mujeres lesbianas; sexualidad y salud mental en mujeres lesbianas; revisión de programas de educación sexual en México, por un enfoque integral.

Referencias

Aguilera, Adriana

2020 ¿Qué son los ECOSIG? Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual e Identidad de Género. Documento electrónico, https://trabajosocial.unam.mx/copred/doc/4infografia_4_ecosig_1.pdf, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Asamblea General de las Naciones Unidas

1948 Declaración Universal de Derechos Humanos. Documento electrónico, https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Baltar, Fabiola y María Tatiana Gorjup

2012 Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital* 8(1):123-149.

Brantôme, Pierre de Bourdeille

1665 *La vie des dames galantes*. Javal Bordeaux Rue de Villejust, París.

Briones, Javiera y Yennifer Valdés

2014 Construcción social de la homosexualidad femenina en Chile. Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Sociales/Escuela de Trabajo Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.

Bustelo, Eduardo

2008 ¿Vida o calidad de vida? *Discutidores Salud Colectiva* 4(2):143-147.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión

1917 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Documento electrónico, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Cardona, Luz Ángela

2018 El reconocimiento de los derechos humanos de personas de la diversidad sexual: reflexiones sobre la inclusión y la exclusión. Diversidad sexual, discriminación y violencia. Desafíos para los derechos humanos en México. CNDH México, Primera edición, 13-26.

Castro, Arachu y Paul Farmer

2005 El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. *Revista de Antropología Social* 14:125–144.

Chinos, Ana y Valencia, Josefina

2021 Y es así. Una mirada al movimiento lésbico feminista en México [Formato video]. Documento electrónico, <https://www.youtube.com/watch?v=HBLAPn9dZCk&t=2017s>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Ciccia, Lu

2022 La invención de los sexos, cómo la ciencia puso el binarismo en nuestros cerebros y cómo los feminismos pueden ayudarnos a salir de ahí. Siglo XXI, México.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

2020 Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTTI y Guías de Atención Específicas. Documento electrónico, <https://www.gob.mx/insalud/documentos/protocolo-comunidad-lgbtqi>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Comisión

http://www.elclosetdesorjuana.org.mx/wp-content/uploads/2021/04/INFORME_ECDSJ_ok.pdf,
 ecutiva de Atención a Víctimas y Fundación Arcoíris

2015 Investigación sobre la atención de personas LGBT en México. Documento electrónico,

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/78952/INVESTIGACION_LGBT_Resume_n_Ejecutivo_11_ABR_16.pdf, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Comisión Internacional de Juristas (ICJ)

2007 Principios de Yogyakarta : Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Documento electrónico, <https://www.refworld.org/es/docid/48244e9f2.html>, accedido el 22 de diciembre de 2022.

Congreso de la Unión

2021 El Congreso CDMX aprueba reformas al Código Penal que tipifican como delito las “terapias de conversión”. accedido el 26 de febrero del 2022 en <https://www.congresocdmx.gob.mx/comsoc-congreso-cdmx-aprueba-reformas-al-codigo-penal-que-tipifican-como-delito-las-terapias-conversion-1619-1.html>)

Corral, Miguel

2018 La violencia como práctica cotidiana. El caso de las juventudes LGBTI y su relación con las instituciones de derechos humanos en México. En *Diversidad sexual, discriminación y violencia. Desafíos para los derechos humanos en México*, coordinado por Ricardo Hernández Forcada y Ailsa Winton, pp. 57-67. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Ciudad de México.

Diez, Jordi

2011 La trayectoria política del movimiento Lésbico-Gay en México. *Estudios Sociológicos* 29(86):687-712.

Dixon, Joy

2009 Havelock Ellis and John Addington Symonds, *Sexual Inversion* (1897).
Victorian Review 35(1):72-77.

Edgar Ulises

2021 Expresidentes de México: acciones y omisiones LGBT+. Documento electrónico,

<https://www.homosensual.com/cultura/historia/expresidentes-de-mexico-acciones-y-omisiones-lgbt/>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

El Closet de Sor Juana

2016 Comal de Incidencia, identificando y construyendo en torno a las prioridades de las lesbianas. Documento electrónico, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Elliot, Alice y Laura Menin

2018 For an anthropology of destiny. *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 8(1-2):292-299. DOI: <https://doi.org/10.1086/698223>

El Tololoche

2021 Patria Jiménez, la primera diputada abiertamente homosexual fue potosina.

Documento electrónico,

<https://laorquesta.mx/patria-jimenez-la-primera-diputada-abiertamente-homosexual-fue-potosina/>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

El Universal

2022 *VIDEO. Hombre lanza ladrillo a dos mujeres que se besaban en Coyoacán.*

Ciudad de México, 7 de Julio del 2022. Accedido el 27 de febrero del 2022

<https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/video-hombre-lanza-ladrillo-dos-mujeres-que-se-besaban-en-coyoacan>

Esteban, Mari Luz

2017 Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología». *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 2017, Núm. 22 (2), p. 33-48, <https://raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333111>

Esteban, Mari Luz

2001 *Re-producción del cuerpo femenino discursos y prácticas acerca de la salud*. Tercera Prensa = Hirugarren Prentsa, Madrid.

Foucault, Michel

1988 *El sujeto y el poder*. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3. (Jul. - Sep., 1988), pp. 3-20.

Foucault, Michel

1995 *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores Argentina.

Galindo, Luz María

2018 Diversidad sexual y discriminación en el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) y el Programa Nacional para la igualdad y no discriminación (2014-2018) de México. En *Diversidad sexual, discriminación y violencia. Desafíos para los derechos humanos en México*, coordinado por Ricardo Hernández Forcada y Ailsa Winton, pp. 27-43. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Ciudad de México.

Galindo, Luz María

2018 Una aproximación al bienestar social de las familias lesbomaternales y homoparentales. Documento electrónico, https://oxfammexico.org/wp-content/uploads/2019/02/OXFAM_Investigacio%CC%81n_Luz_Mari%CC%81a-3.pdf, accedido el día 22 de febrero del 2023.

Gómez, Carlos

2020 Protocolo para el Acceso sin Discriminación a los Servicios de Salud en la comunidad LGBTIQ+. Ponencia presentada en el Primer Simposio Nacional Universitario

sobre Salud Integral a la Comunidad LGBTIQ+.

https://www.youtube.com/watch?v=1mi_inbuGjc

Granados, José Arturo, Guadalupe Delgado y José Manuel Méndez

2006 Homofobia y salud. *Nueva Época* 20:35-51.

Granados, José Arturo

2006 Medicina y Homosexualidad: Prácticas sociales en tensión. *Cuicuilco* 13(36):293-319.

Hernández Ricardo y Ailsa Winton

2018 Diversidad sexual, discriminación y violencia Desafíos para los derechos humanos en México. CNDH México.

Lister, Kate

2018 The lesbian ‘blood sisters’ who cared for gay men when doctors were too scared to. Documento electrónico, <https://inews.co.uk/opinion/comment/the-lesbian-blood-sisters-who-helped-save-gay-mens-lives-235100>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

López, Oliva, Alice Poma y Tommaso Gravante

2016 La dimensión emocional para la comprensión del mundo social desde la perspectiva socio-cultural. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 19(3):1053-1064.

Marcha Lencha (@marchalencha)

2022 [fotografía] Instagram, junio 14, 2022, <https://www.instagram.com/p/CezKqp0OdvA/>, accedido el día 22 de febrero del 2023.

López, Scherezada

2015 El debate social en el reconocimiento de las familias homoparentales en México. Tesis Doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México.

Martínez, Ángel

2007 Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. En *Introducción a la Antropología de la Salud*, editado por Mari Luz Esteban, pp. 11-45. OSALDE/OP, Bilbao.

Martínez, Carlos

2018 El Movimiento de Liberación Homosexual en México. Parte II: Del éxito a la crisis. Documento electrónico, <https://www.iis.unam.mx/blog/el-movimiento-de-liberacion-homosexual-en-mexico-parte-ii-del-exito-a-la-crisis/>, accedido el día 11 de diciembre del 2022.

McNair, Ruth P.

2003 Lesbian health inequalities: A cultural minority issue for health professionals. *Medical Journal of Australia* 178(12):643-645. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05394.x>

MedlinePlus

2022 Virus del papiloma humano. Documento electrónico, <https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html>, accedido el día 12 de octubre del 2022.

Menéndez, Eduardo L.

1992 Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención, Caracteres Estructurales. *La Antropología Médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 97-113.

Menéndez, Eduardo L.

2005 Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* 14:33-69/384-385.

Oficina para la Salud de la Mujer.

2021 Candidiasis vaginal. Documento electrónico,

<https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/vaginal-yeast-infections#:~:text=La%20candidiasis%20vaginal%20es%20una,elevado%20del%20hongo%20llamado%20C%C3%A1ndida.>,

accedido el día 10 de octubre del 2022.

Planned Parenthood.

2023 Vaginosis bacteriana. Documento electrónico,

<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/vaginitis-infeccion-por-hongos-y-vaginosis-bacteriana/que-es-la-vaginosis-bacteriana>,

accedido el 05 de diciembre de 2022.

Pierson, D., Gil, T. G., Gimeno, L. M., & González, R. L.

2006 Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto & Contexto Enfermagem* 15(1):219-227.

Pizza, Giovanni

2007 Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformación de la persona. *Signa: Revista de La Asociación Española de Semiótica* 16:24–27. DOI:

<https://doi.org/10.5944/signa.vol16.2007.6160>

Portolés, Oliva Asunción

2009 La pregunta por el sujeto en la teoría feminista. El debate filosófico actual, Editorial Complutense, Madrid.

Rodó-Zárate María

2021 Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones. Bellaterra Edicions, Barcelona.

Salinas, Héctor Miguel

2008 *Políticas de disidencia sexual en México*. CONAPRED, Ciudad de México.

Scheper Huges Nancy y Margaret Lock

1987 "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". En: *Medical Anthropology Quarterly (New Series)* N°1. American Anthropology Association, pp. 6-41.

Sirimarco, Mariana y Ana Spivak L'Hoste

2019 Antropología y emoción: reflexiones sobre campos empíricos , perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizontes Antropológicos* 54:299–322.

Tobón, Ofelia

2003 El Autocuidado, una habilidad para vivir. *Hacia la Promoción de la Salud* 54:1-12.

Ureta, Ana

2003 Historia del Lesbianismo en Occidente. Documento electrónico, <https://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/DIBULGAZIOKO%20KOADERNOA%204.pdf>, accedido el día 20 de agosto del 2022.

Young, Allan

1982 The antropologies of Illnes and Sickness. *Ann. Rev. Anthropol* 11:257-85.

ANEXOS

ANEXO 1 Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI.⁵³

La resolución 2653/1131 de la Asamblea General de los Estados Americanos (OEA) condena la discriminación contra personas por motivos de orientación sexual e identidad de género, e insta a los estados miembros que, dentro de los parámetros de las instituciones jurídicas de su ordenamiento interno, adopten las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar dicha discriminación. En dicha resolución está implícito lo relativo al acceso a los servicios de salud, lo cual conlleva una dimensión importante toda vez que las restricciones al derecho a la salud pueden producir afectaciones a la vida, la libertad y la integridad. Bajo esta lógica, asegurar que la prestación de servicios médicos tenga un libre acceso sin discriminación para las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual, implica reconocer como prioritario la divulgación de un marco general de referencia que integre tanto el enfoque de los derechos humanos en la atención médica, como las condiciones operativas que deberán observarse para evitar cualquier rasgo de discriminación en los servicios de salud. El presente protocolo tiene como objetivo establecer las bases para atender estos preceptos partiendo de generar un cambio en la actuación de las personas que colaboran en los servicios de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Se trata de un catálogo de políticas para ser observadas por los titulares, personal sustantivo y operativo de los establecimientos de atención médica.

1. De acuerdo a su capacidad resolutoria, los establecimientos deberán adecuar sus procedimientos administrativos y operativos a lo establecido en este Protocolo.

⁵³PROTOCOLO PARA EL ACCESO SIN DISCRIMINACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS LGBTTTI Y GUÍAS DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS. (2020) México. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

2. El titular del establecimiento deberá implantar las políticas internas necesarias que garanticen el acceso a los establecimientos, bajo 31 Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2653_XLI-O-11_esp.pdf revisada en abril de 2017 32 condiciones de igualdad para todas las personas, sin discriminación por cuestiones de orientación sexual, identidad y/o expresión de género, variación en la diferenciación sexual, apariencia o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos y/o libertades.
3. Ninguna actividad vinculada a la prestación de servicios en salud, deberá considerar como patología la orientación sexual, identidad y/o expresión de género y las variaciones intersexuales.
4. Los establecimientos deberán sensibilizar al personal médico tratante para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, sólo por su identidad y/o expresión de género, variaciones intersexuales o por su orientación o preferencia sexual.
5. Los titulares de los establecimientos, deberán instaurar procedimientos internos para garantizar la aplicación de los criterios orientadores, con base al principio de no discriminación y los derechos que reconoce la Constitución.
6. El profesional médico será sensible en las formas de preguntar en la consulta, omitiendo expresiones heterosexistas, homofóbicas y discriminatorias, que puedan incidir para que la persona declare su identidad y/o expresión de género o su orientación o preferencia sexual, en el caso de que así lo decidan.
7. En caso de solicitar estudios cuyos resultados deben ser interpretados según el sexo asignado al nacimiento, el profesional médico deberá informar a la persona que es necesario consignar este dato en la orden de solicitud.

8. En la atención médica se deberá tomar en cuenta que los estudios de diagnóstico y complementarios deberán estar basados en los antecedentes médicos personales y familiares, su orientación o preferencia sexual, las variaciones intersexuales y su condición clínica actual.
9. El personal médico debe considerar que las personas LGBTTTI, pueden llegar a requerir la referencia hacia alguna atención específica en relación a su identidad y/o expresión de género, su orientación o preferencia sexual y las variaciones intersexuales. Por lo anterior, los establecimientos deberán contar con un directorio 33 de instituciones públicas, de la sociedad civil y privadas para brindar información oportuna sobre distintas alternativas de atención.
10. En el expediente clínico, deberán asentarse los datos personales que coincidan con los documentos legales que acrediten la personalidad jurídica de las personas. Lo anterior, independientemente de lo descrito en los puntos 11, 12, 13 y 14.
11. El personal que tenga bajo su responsabilidad el registro y manejo de información en los establecimientos, se encargará que los documentos de gestión internos refieran a la autodenominación de la persona.
12. La autodenominación de la persona debe prevalecer sobre la de los profesionales en todos los niveles de atención.
13. En los casos que la persona se identifique con un documento que no concuerde con su identidad y/o expresión de género o a sus características sexuales, el prestador de servicio le pedirá respetuosamente que indique la identidad de género con la cual se identifica, para ser asentada en el registro.
14. El personal que tenga acceso y administre la información, deberá tomar en cuenta y capturar el género con el cual se asume la persona al momento de su individualización, para que ese dato sea útil en todas las actuaciones posteriores y en los documentos que involucren el derecho a la intimidad.

15. Se recomienda que el prestador de servicio llame a la persona por su apellido cuando no se tiene seguridad si el nombre que figura en los registros es el que utiliza, y no es posible confirmarlo. Esto evita que las personas vivan situaciones discriminatorias que pueden resultar no solo incómodas, sino incluso humillantes.
16. Los prestadores de servicios de atención médica deben facilitar la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las personas LGBTTTI durante el proceso de toma de decisiones, en los mismos términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.
17. Los titulares de los establecimientos deberán procurar que los formatos internos de recolección de información personal, además de capturar el sexo asignado al nacimiento, permitan capturar la identidad genérica y la orientación sexual colocando el espacio 34 correspondiente para su registro. Todo lo anterior, deberá ser compilado con el consentimiento expreso de las persona y estará protegido de conformidad con la normatividad vigente en materia de datos personales.
18. Los titulares de los establecimientos promoverán una política institucional basada en cero tolerancia a cualquier acto de discriminación.
19. Es responsabilidad de los titulares de los establecimientos investigar y, en su caso, dar vista a las autoridades correspondientes, sobre cualquier actitud discriminatoria por las razones descritas en el numeral 2. Se deberá hacer énfasis en aquellas actitudes que deriven en la negación de algún servicio.
20. El personal de las áreas administrativas, médicas y de apoyo procurarán que los servicios prestados se realicen con la mejor disposición posible, tomando en consideración la particularidad de la solicitud por parte de las personas LGBTTTI.
21. Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento oportuno e informado, con base en el derecho que tienen las y los pacientes

de decidir con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.

22. El consentimiento informado deberá incluir una explicación comprensible del diagnóstico, la técnica y procedimiento a utilizar, de sus alcances y de los resultados o pronósticos esperados, conforme al saber científico.

23. Los servicios prestados a las personas LGBTTTI, deberán llevarse a cabo de manera eficiente bajo los mejores estándares de calidad y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento.

24. Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión que contemplen temas relativos a los derechos de las personas LGBTTTI.

25. Los titulares de los establecimientos deberán promover campañas permanentes de promoción de la salud sexual y reproductiva, así como de prevención de enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y de transmisión sexual con perspectiva dirigida a las personas LGBTTTI.

26. De acuerdo a su capacidad resolutive, los establecimientos deberán promover el uso del condón masculino y femenino y otras estrategias preventivas, como el tamizaje voluntario de VIH y otras ITS. Lo anterior, a partir de un asesoramiento adecuado que habilite la toma de decisiones de manera informada.

27. El establecimiento deberá conformar programas de capacitación y sensibilización sobre los temas inherentes a la atención de las personas LGBTTTI, que incluyan temáticas sobre la no discriminación, igualdad de oportunidades, atención a personas en situación de vulnerabilidad y protección de los derechos en salud entre otros temas relevantes.

28. La capacitación deberá incluir a todo el personal que interviene en las distintas áreas de gestión, desde el personal de vigilancia y conserjería, hasta las áreas sustantivas y administrativas.

29. Se recomienda que los establecimientos promuevan actividades educativas y de vinculación con organizaciones de la sociedad civil afines a la atención de la salud de las personas

ANEXO 2 Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas y Bisexuales⁵⁴

Las restricciones al derecho a la salud y los obstáculos para el acceso efectivo a los servicios médicos y tratamientos pueden producir afectaciones a la vida, la libertad y la integridad. En este contexto, la atención que reciben las mujeres lesbianas y bisexuales debe garantizar el derecho a disfrutar de los mejores estándares de calidad, tomando en consideración las particularidades de su orientación sexual.⁴¹ Con base en lo anterior, a continuación se presentan una lista de acciones a observar por los prestadores de servicios de atención médica que, en su implementación, favorecerán el acceso efectivo y sin discriminación a las personas que pertenecen a la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales. Políticas

I. Es importante que en la prestación de servicios de atención médica para las mujeres lesbianas y las bisexuales sea bajo condiciones de igualdad, sin discriminación ni cualquier otra circunstancia que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos y/o libertades.

II. En este contexto es importante que los establecimientos lleven a cabo las acciones apropiadas para sensibilizar al personal médico para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, sólo por su orientación sexual, identidad y/o expresión de género.

III. Los prestadores de servicios en los establecimientos deben sensibilizarse en el uso de un lenguaje no sexista, evitar emitir juicios de valor sobre la orientación sexual, procurar utilizar un discurso de género neutral, así como asumir que existen diferentes manera de vivir la

⁵⁴ Ibidem.

sexualidad y que algunas mujeres tienen actividad sexual con otras mujeres. 41 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Disponible en: http://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14, página consultada el 14 de octubre de 2015. 46

IV. Los prestadores de servicios de atención médica deben facilitar la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las mujeres lesbianas y bisexuales durante el proceso de toma de decisiones, en los mismos términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.

V. Los responsables de los establecimientos promoverán la difusión de materiales informativos sobre la salud sexual y reproductiva que estén orientadas a la atención de mujeres lesbianas y bisexuales, así como los factores de riesgo vinculados a este grupo de población.

VI. Los establecimientos, de acuerdo a su capacidad resolutive, deberán promover mecanismos de atención ginecológica orientada a las mujeres lesbianas y bisexuales, que incluya información sobre profilaxis e incorporen el derecho a las maternidades lésbicas. Asimismo deberán promover un enfoque de salud sexual y reproductiva que incluya las particularidades de la atención de las mujeres lesbianas y bisexuales.

VII. El profesional de la salud deberá ser sensible en las formas de preguntar acerca de la orientación sexual durante la consulta, con abordajes que permitan explicitar dicha orientación en el caso de que las personas así lo decidan.

VIII. De acuerdo a su capacidad resolutive, los establecimientos deberán contar con un catálogo de pruebas preventivas y diagnósticas orientadas a la atención de las personas

lesbianas y bisexuales, procurando evitar una visión parcial de los servicios que pueda derivar en una barrera al acceso oportuno a pruebas de detección.

IX. En la atención médica de mujeres lesbianas y bisexuales se debe promover el control ginecológico y mamario para llevarse a cabo de manera periódica.

X. Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión que contemple la diversidad sexual, la perspectiva de derechos sobre las personas lesbianas y bisexuales y el cuidado de la salud.

XI. Conforme a la disponibilidad operativa de los establecimientos, se deberán establecer políticas de identificación y atención a las mujeres lesbianas y bisexuales sobre conductas asociadas al uso y abuso de sustancias psicotrópicas, de alcohol y tabaco, las cuales 47 pueden estar vinculadas a estrés de origen social y otros factores de riesgo.

XII. En la prestación de servicios de atención médica, es importante conformar esquemas de prevención ante factores de riesgo a la salud específicos de la población de mujeres lesbianas y bisexuales, sin descartar otros cuadros patológicos de riesgo, como las enfermedades crónico degenerativas.

XIII. Es importante que los establecimientos cuenten con espacios adecuados para la entrevista, los cuales deben permitir la comunicación sobre prácticas y comportamientos sexuales y la compilación de información útil en la prestación de los servicios.

XIV. Los formatos de recolección de información demográfica deberán incluir elementos que permitan capturar la orientación de sexual, así como el sexo de nacimiento. Todo lo anterior, deberá ser compilado con el consentimiento expreso de la paciente y estará protegido de conformidad con la normatividad vigente en materia de datos personales.

XV. Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento informado y con base en el derecho que tienen las y los pacientes de decidir, con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.

XVI. El consentimiento informado deberá incluir una explicación comprensible del diagnóstico, la técnica y/o procedimiento a utilizar, de sus alcances, en su caso, de las características específicas del tratamiento en función de la orientación o preferencia sexual de la paciente, así como de los resultados o pronósticos esperados, conforme al saber científico.

XVII. En los servicios especializados en materia de la reproducción asistida los procedimientos se llevarán a cabo en apego a las buenas prácticas, que no tengan un enfoque centrado exclusivamente en diagnósticos de infertilidad, que no promuevan la utilización compulsiva de hormonas ni la realización de estudios invasivos, y que incorporen la perspectiva de maternidades lésbicas para garantizar el acceso a las mejores técnicas de reproducción asistida. Es importante en estos servicios involucrar a la pareja de las mujeres 48 lesbianas y bisexuales como acompañantes del proceso de atención de la solicitante.

XVIII. Los titulares de los establecimientos promoverán acciones afirmativas adicionales en materia de atención médica para las mujeres lesbianas y las bisexuales y, de acuerdo a la capacidad resolutoria, deberán realizar encuestas que permitan conocer el grado de satisfacción en esta población usuaria.

XIX. Las instituciones deberán promover investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales incorporando líneas de trabajo como la promoción de servicios de salud efectivos, esquemas para favorecer la detección de cáncer de mama y cervicouterino, modelos de intervención en el consumo de nicotina y alcohol, así como programas de monitoreo de enfermedades cardiovasculares y prevención de obesidad en mujeres lesbianas y bisexuales entre otros tópicos

ANEXO 3 Perfil general de cada participante.

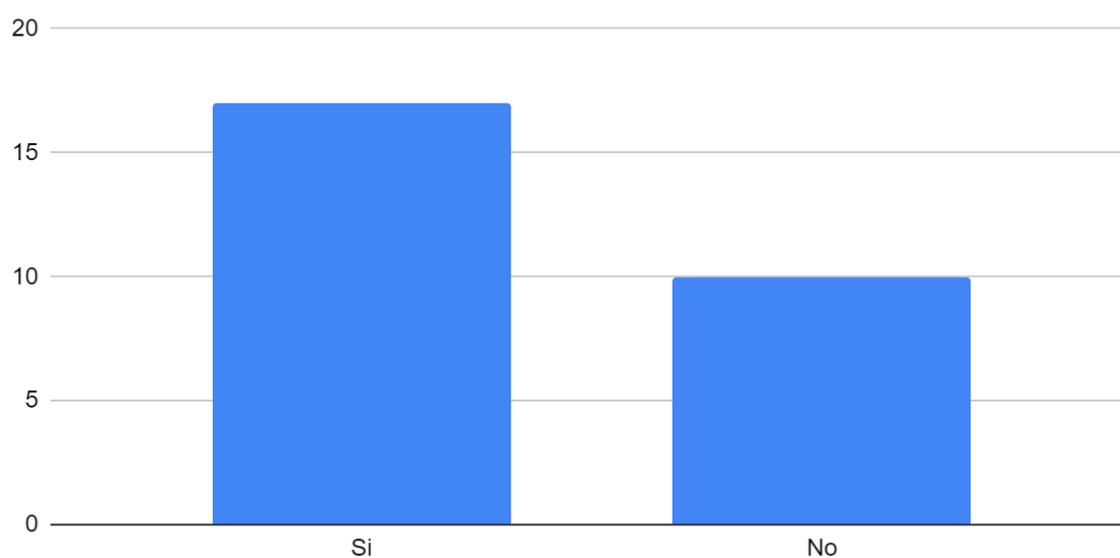
¿Cuántos años tienes?	¿A qué te dedicas?	¿Cuál es tu último nivel de	¿A qué edad te diste cuenta de	¿Eres abiertamente lesbiana o es un tema que tratas con mucha discreción?
------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--

		estudios?	que eras lesbiana?	
16	Ambas		10	Soy abiertamente lesbiana
19	Estudio	Licenciatura	7	Soy abiertamente lesbiana
20	Estudio	Preparatoria	19	Soy abiertamente lesbiana
20	Estudio	Licenciatura	15	Soy abiertamente lesbiana
21	Ambas	Licenciatura	10	Soy abiertamente lesbiana
23	Estudio	Licenciatura	14	Soy abiertamente lesbiana
23	Trabajo	Preparatoria	13	Soy abiertamente lesbiana
23	Ambas	Licenciatura	14	Soy abiertamente lesbiana
23	Ambas	Licenciatura	13	Soy abiertamente lesbiana
23	Ambas	Licenciatura	12	Soy abiertamente lesbiana
24	Estudio	Licenciatura	22	Es un tema que trato con mucha discreción
24	Trabajo	Licenciatura	19	Es un tema que trato con mucha discreción
24	Estudio	Licenciatura	21	Soy abiertamente lesbiana
25	Trabajo	Licenciatura	24	Es un tema que trato con mucha discreción
25	Estudio	Carrera técnica	11	Soy abiertamente lesbiana
25	Trabajo	Bachillerato	13	Es un tema que trato con mucha discreción
25	Ambas	Licenciatura	18	Soy abiertamente lesbiana
25	Ambas	Licenciatura	15	Soy abiertamente lesbiana
26	Trabajo	Licenciatura	23	Soy abiertamente lesbiana
26	Ambas	Licenciatura	14	Soy abiertamente lesbiana
27	Trabajo	Maestría	5	Soy abiertamente lesbiana

28	Ambas	Licenciatura	5	Soy abiertamente lesbiana
29	Trabajo		12	Es un tema que trato con mucha discreción
29	Trabajo	Preparatoria	14	Soy abiertamente lesbiana
29	Ambas	Licenciatura	19	Soy abiertamente lesbiana
32	Trabajo	Licenciatura	7	Soy abiertamente lesbiana
34	Trabajo	Licenciatura	12	Soy abiertamente lesbiana

ANEXO 4 ¿Has tenido relaciones sexuales con hombres?

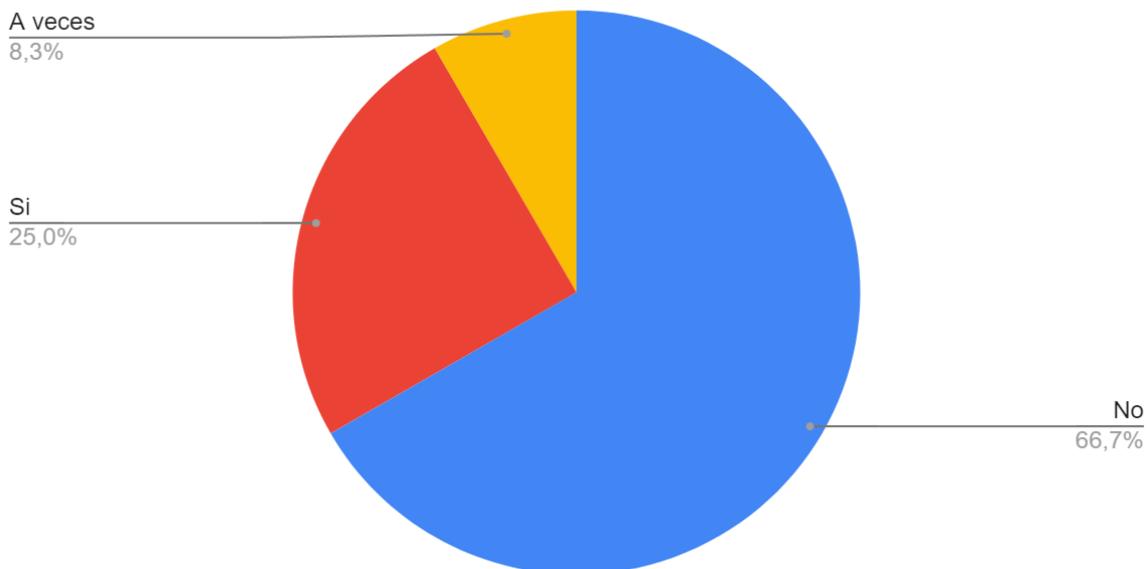
Recuento de ¿Has tenido relaciones sexuales con hombres?



Recuento de ¿Has tenido relaciones sexuales con hombres?

ANEXO 5 Frecuencia en los autocuidados.

Antes, durante y después de tener relaciones sexuales con mujeres ¿practicás algún cuidado o medida preventiva para...



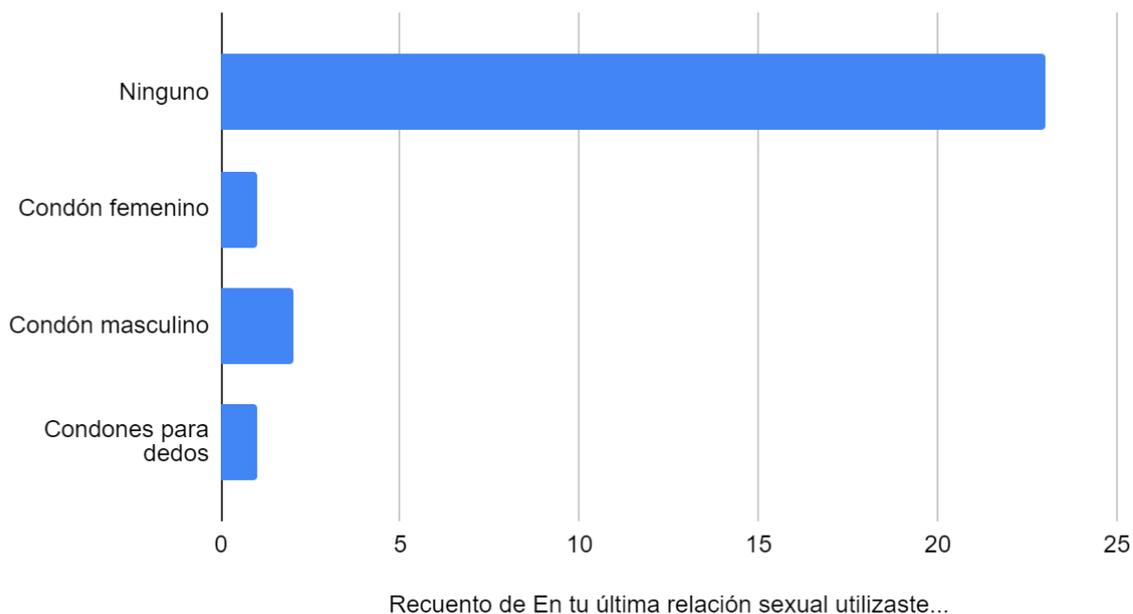
ANEXO 6 Uso de métodos de barrera.

EDAD	No, ninguno	Condón externo (masculino)	Condón interno (femenino)	Condomes para dedos	Barrera de látex hecha con condón masculino	Barrera de látex
16	x					
19	x					
20	x					
20	x					
21	x		x	x	x	
23						x
23		x				
23	x					

23	x					
23		x				
24	x					
24	x					
24	x					
25						x
25	x					
25				x		
25	x					
25	x					
26		x			x	
26		x		x		x
27	x					
28		x		x	x	x
29		x				
29		x				
29						x
32	x					
34		x				
TOTAL	15	8	1	4	3	5

ANEXO 7 Uso de métodos de barrera en la última relación sexual.

En tu última relación sexual utilizaste...



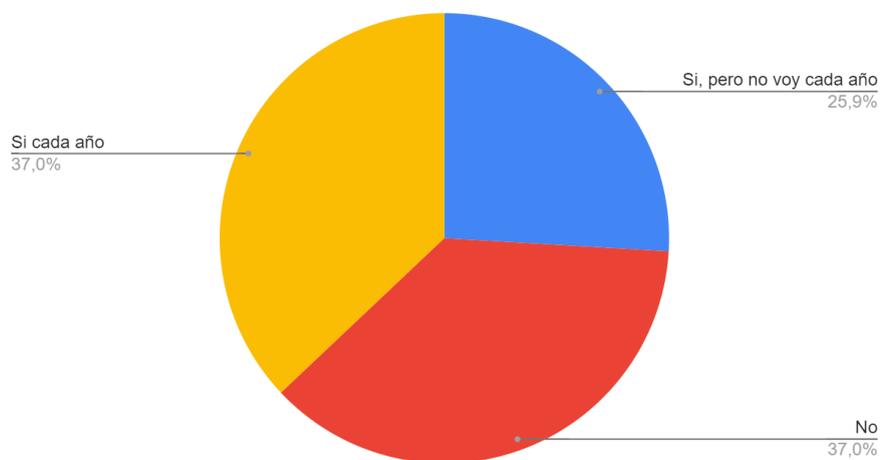
ANEXO 8 Razones del no uso de métodos de barrera en su última relación sexual.

EDAD	En caso de haber respondido "Ninguno" ¿por qué?
16	No sabia que existia algun metodo para prevenir infecciones para relaciones con tu mismo sexo
19	nunca he usado métodos de barrera con mujeres
20	No teníamos
20	No vimos necesidad
23	No contábamos con condones para los dedos.
23	Porque tengo sexo solo con mi novia
23	Es mi pareja estable
23	Mi pareja y yo no lo hemos abordado
24	La última relación sexual que tuve sólo ocupé mis manos por lo cual consideré innecesario usar protección.

24	Tengo la mala idea que no es necesario
24	No tengo acceso a ellos, además, mi pareja y yo somos monógamas y nos checamos de ITS
25	Es acordado y consensuado con mi novia.
25	Es con la única mujer con la que he andado, nos conocemos, pero sin embargo queremos tener más información para llevar nuestra vida sexual responsable
25	Mi pareja y yo somos monógamas y no tenemos ninguna enfermedad de transmisión sexual.
25	Fue con mi pareja y no lo creímos necesario
26	Porque mi novia y yo consideramos que era una práctica de poco riesgo
27	Porque nunca los he utilizado
28	No recuerdo bien cómo fue la última vez que tuve sexo, pero estoy casi segura que no usamos juguetes y no usamos algún método de barrera.
29	Tengo una pareja estable y el acuerdo es de monogamia, aunque no es un método. Nos cuidamos colectivamente
29	Porque no lo considero necesario con mi pareja

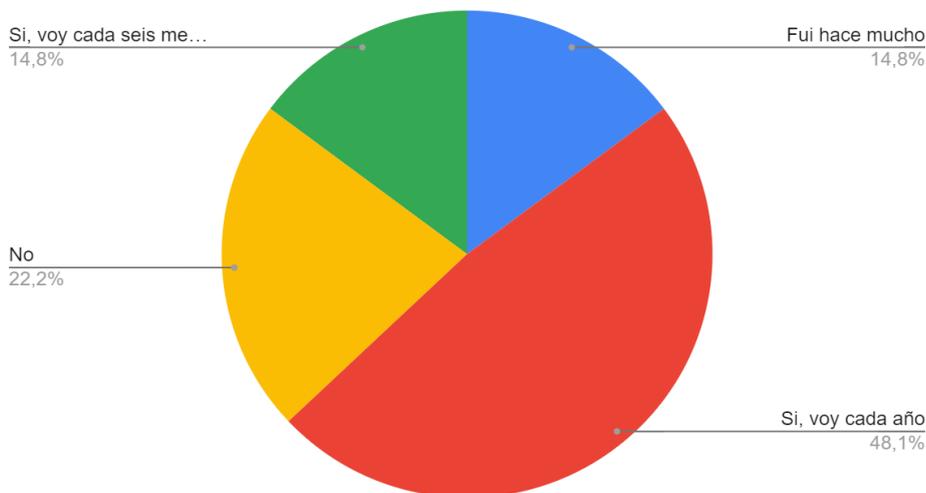
ANEXO 9 ¿Te has realizado el Papanicolau?

¿Te has realizado el Papanicolau?



ANEXO 10 ¿Has ido al ginecologx?

Recuento de ¿Has ido al ginecólogo/a?



ANEXO 11 Experiencia de ir al ginecologx.

Edad	¿Cómo describirías la experiencia de ir al ginecologx?	¿Alguna vez te has sentido discriminada por tu orientación sexual en el sector salud? en caso de ser así, cuéntame cuál fue la situación.
16	Buena	No
19	Pues para mí ha sido muy cómodo poder ir al ginecólogo	No
20	Me gusta	No
20	Incómodo	IMSS al no querer registrar a mi esposa como mi asegurada
21	Incómoda algunas veces, por el material y la exploración lo demás bien	No directamente porque no he hablado de mi orientación con ellxs, pero eso ya es un indicador para mí
23		No

23	Buena	Sí! Una vez, en el hospital las Américas me negaron poder donar sangre una vez que mencioné en el cuestionario oral que era lesbiana. En realidad nunca denuncié o algo ya que mi abuela era la paciente y en el momento ella era lo importante.
23	He buscado las estrategias de acudir a instituciones privadas de forma que tengan una atención integral	No
23	Pues la doctora con la que he asistido me pareció alguien muy profesional, y siempre atenta a mis necesidades y mi salud. La verdad es que es la ginecóloga con la que resultó ir normalmente, pero desde la pandemia la verdad he descuidado mucho el ir.	No, pero realmente porque nunca lo he comentado.
24		Si, en algún momento me daban información sobre planificación familiar y mastectomía para mi pareja, lo cual respondí, que soy una mujer lesbiana y la enfermera se sacó mucho de onda y me miró de una manera despectiva
24	Incómoda pero buena	No
24	Bueno aunque ya tiene que no voy por la pandemia	No
25	Se que es malo el trato	Solo me choca que x tener una relación con una mujer tengas que poner en estado civil soltera.
25	Es muy cómodo porque aparte de que te da la confianza para contarle cualquier cosa te sientes seguro contigo mismo	

25	me gusta, me siento más tranquila después de ir	
26		No
26	Tengo vaginismo, así que siempre es horrible, doloroso e incómodo, sin embargo las ginecólogas suelen ser muy amables y consideradas conmigo.	Siempre me han tratado bien, sin embargo no cuentan con información respecto a la salud sexual de lesbianas o mujeres que se relacionan con otras mujeres y esa es otra forma de discriminación.
27	He tenido experiencias muy malas y experiencias neutrales.	No, pero no ha sido un tema que he tratado
28	Me da miedo	No
29	Segura	No
29	Generalmente es incómoda porque los servicios no cuentan con información suficiente sobre la sexualidad lésbica	Sí, cuando hablo del número de parejas se han emitido juicios, igual cuando respondo a la edad en la que inicié a tener relaciones sexuales. Además, como los formularios están centrados a la reproducción, no se recoge información adecuada sobre mis salud sexual.
	Creo que siempre es hasta cierto punto incómodo pero necesario	No
32	Fue muy amable, era una ginecóloga que atiende a comunidad LBT	Sí, me van raro cada que preguntan que si uso algún método de planificación familiar y contesto que no
34	A veces normal, después del vph me duele ir	No
	Nunca he ido	No
	Incómoda	Sí, no es fácil en términos de disponibilidad comprar de barreras de látex, la atención en los servicios de salud es cisheteronormativa, estigmatizante y enfocada a la reproducción

ANEXO 12 La importancia de que lx ginecólogx sepa la orientación sexual de lx paciente.

¿Cuántos años tienes?	¿Crees que sea importante que tu médicx ginecólogx sepa tu orientación sexual? ¿Por qué?
16	Sí, me explicaría mejor sobre los cuidados
19	Para que esté enterada de mi sexualidad y pueda ayudarme e orientarme
20	Si, para que me de recomendaciones y guía adecuadas para mis prácticas y necesidades
20	Si
21	Si, para ampliar la información y ser inclusives
23	Sí, para que adapte el tratamiento a mis necesidades
23	Creo que ninguna orientación sexual debe de estar peleada con la salud sexual, no lo veo tan importante pero si podría ayudar en ciertas cosas (que claramente no sé porque desconozco del aspecto profesional pero , lo mencioné por si en algo influye)
23	Si, para evitar un mal diagnóstico
23	No estoy segura, pienso que al final y al cabo al tener relaciones sexuales ya sea con hombres o con mujeres puedes adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Así que no sé realmente si ayudaría en algo a la ginecóloga saber mi orientación.
24	Si, eso brinda una comunicación efectiva con el paciente
24	Se habrían cómo abordar el caso y no hacernos sentir incómodas a nosotros como pacientes
25	Si, igual esa información ayuda a saber como contraje alguna infección.
25	si, por los métodos de barrera
26	Si, para saber qué enfermedades puedes contraer
26	No creo que la orientación sexual sea tan importante como las prácticas sexuales de cada

	persona. El que pregunten si las personas con las que me relaciono sexualmente tienen pene o vulva y vagina, puede ser la diferencia entre un diagnóstico certero y oportuno o una serie de especulaciones basadas en la heteronorma.
27	Sí, mis experiencias son muy diferentes a las de las mujeres bi/hetero
28	Sí. Para que descarten embarazo
29	Sí, por patrones
29	Sí, porque así se manifiesta que su servicio es deficiente y porque eso permite una atención centrada en la persona, no en el estereotipo
	Si porque puede orientarte acerca de los cuidados o las prevenciones
32	Sí, no son los mismos cuidados
34	Sí, para las recomendaciones y exámenes

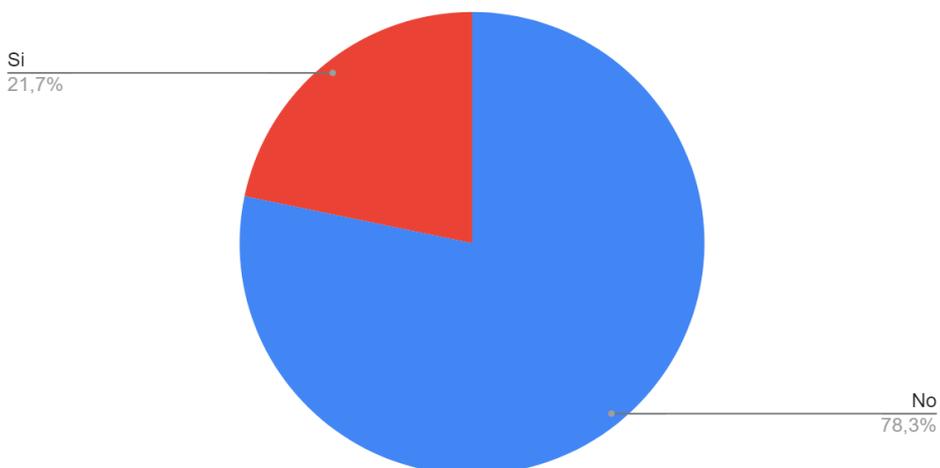
ANEXO 13 Emociones al ir al ginecólogo

¿Cuántos años tienes?	¿Cómo te sientes emocionalmente al ir al ginecólogo?
16	Nerviosa
19	Bien
20	Bien
21	Nerviosa a veces
23	Bien, de pronto puede ser incómodo pero reconozco la importancia
23	Siempre es incómodo, pero por el procedimiento médico
23	Me gusta ir porque me cae muy bien la ginecóloga, sin embargo, creo que siempre que he ido voy espantada me da mucho miedo todo el tema de la salud sexual.
24	Normal

24	Con algo de pena pero es normal tienes que checar tu salud sexual solo si te detectan algo malo obviamente va a ser un golpe muy duro pero tienes que afrontarlo y cumplir con el tratamiento y salir adelante
25	tranquila
26	No me gusta
26	Me asusta por el vaginismo, siempre me lastiman pero es necesario para cuidar de mi salud.
27	Nerviosa
28	Me da miedo
29	Normal
29	Ansiosa
32	Tranquila
34	Después del vph me da miedo
34	Nunca he ido, lo siento intimidante y nunca he visto necesidad

ANEXO 14 Violencia en el sector salud.

¿Alguna vez te has sentido incómoda o violentada en el sector salud por tu orientación sexual?



ANEXO 15 Testimonios de violencia en el sector salud.

¿Cuántos años tienes?	En caso de que te hayas llegado a sentir violentada en el sector salud, ¿Podrías contarme tu experiencia? y ¿Cómo te sentiste? (opcional)
20	En el embarazo al ser lesbiana y haber hecho inseminación
23	Fue cuando intenté donar y me lo negaron. Me molesté pero en el momento no era mi prioridad. Ahora lo reconozco y me siento molesta al respecto
26	Siempre hago investigaciones previas sobre los lugares amigables con las lesbianas y aunque no hay una inclusión e información absoluta, si hay disposición de aprender y dar un buen servicio.
29	Un médico en el seguro social supuso que no usaba métodos anticonceptivos porque soy irregular. Textualmente me dijo "ni creas que embarazándote te vas a regular. Te voy a mandar anticonceptivos que te van a ayudar y así te vas a cuidar". Cuando le dije que soy lesbiana me hizo preguntas muy morbosas sobre si había tenido sexo con hombres, si había sido antes que estar con mujeres, si usaba dildos y cosas similares, pero no apuntó nada en mi registro. Sólo fue por morbo
29	Me da miedo comentarle a mi ginecóloga que soy lesbiana porque no sé cómo va a reaccionar, qué me va a preguntar o cómo me va a tratar. Se nota que es cristiana y no me siento cómoda siendo abierta con ella.

GLOSARIO

Sexo: Categorización biomédica basada en caracteres biológicos como las diferencias genitales y cromosómicas.

Orientación Sexual: Se trata del posicionamiento de nombrarse como una persona con una identidad de género específica que se siente atraída sexual, emocional y/o afectivamente por personas específicas a partir de su género.

Disidencias sexual: Término para nombrar y reivindicar identidades y movimientos políticos que no coinciden con la heteronorma. A diferencia del término “diversidad sexual” o los acrónimos “LGBTTTIQA” (MODII, revisado el 26 de febrero del 2023).

Lesbiana: Orientación sexual que se refiere a una mujer que se siente atraída por otras mujeres.

Bisexual(a): Orientación sexual que se refiere a una persona que se siente atraída por hombres y mujeres.

Lenchitudes: Personas a quienes les atraviesa el estigma dirigido a “las lenchas” en toda nuestra diversidad: somos personas trans, no binaries y cis; lesbianxs, bisexuales, pansexuales, asexuales, travestis, intersex, *queer*; xadres, madres y padres de familias diversas creando lazos en un sistema que constantemente nos invisibiliza a su conveniencia.

(Marcha Lencha [@marchalench][fotografía] Instagram.
<https://www.instagram.com/p/CezKqp0OdvA/>)

Asexual: Orientación sexual referida a personas que no sienten atracción sexual por otras personas.

Pansexual: Orientación sexual para referirse a personas que sienten atracción sexual por otras personas sin importar su género.

Queer: El término queer es complejo en el sentido de que no solo se refiere a una orientación sexual no heteronormativa, sino también a una identidad de género no binaria. Puede preferir el uso de pronombres neutros como elle y ellx.

Cuir: Se trata de un latinismo de la palabra “queer”, al cual se le adjunta un posicionamiento político e interseccional que incluye el color de piel y estatus socioeconómico como motivo de discriminación.

Género: Categoría multidimensional cuyo eje fundamental es estructurar la vida social sobre la idea de roles, que son justificados biológicamente. Sin embargo, actualmente el género en sociedades occidentalizadas implica identidad, expresión, deseo y subjetividad, por lo que el género implica más que roles. (Ciccía Lu, 2022: 253).

Expresión de género: Se refiere a las formas de expresarse, actuar, vestir que suelen estar más apegadas en nuestro imaginario de lo masculino o lo femenino. No necesariamente debe estar relacionada con la identidad de género.

Cis: Identidad de género que se refiere a las personas que se identifican con el género que se les asignó al nacer, es común que sea a partir del binarismo hombre-mujer.

Disidencia genérica: Término para nombrar y reivindicar identidades y movimientos políticos que no coinciden con el cis binarismo de género. A diferencia del término “diversidad sexual” o los acrónimos “LGBTTTIQA” (MODII, revisado el 26 de febrero del 2023).

Trans: Se refiere a las personas que no se identifican con el género que se les asignó al nacer.

Travestis: Personas que se visten y/o actúan como el género opuesto al que se identifican.

Intersex: Término para referirse a personas que cuentan con características que no se ajustan a las dos categorías del dimorfismo sexual que ha establecido la biomedicina.

No binarie: Término para referirse a identidades que no se identifican con las categorías hombre o mujer. Puede preferir el uso de pronombres neutros como elle y ellx.

De género fluido: Se refiere a personas cuya identidad de género no es fija y puede cambiar con el tiempo, como lo dice la palabra, se trata de una identidad fluida.

Género neutro: Se trata de una identidad de género que se identifica como un intermedio entre la categoría de hombre y la categoría de mujer. Puede preferir el uso de pronombres neutros como elle y ellx.

Agénero: Se refiere a personas que no se identifican con ningún género.

Pangénero: Persona que se identifica con múltiples identidades de género al mismo tiempo o en diversos momentos.

