

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2014.

# **Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales.**

Perrotta, Gabriela Viviana.

Cita:

Perrotta, Gabriela Viviana (2014). *Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/249>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/bpY>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# CONCEPCIONES DE SUJETO/PACIENTE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ACCESO DE MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

Perrotta, Gabriela Viviana

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

---

## RESUMEN

Este trabajo se propone visualizar diferentes concepciones de sujeto/paciente que tienen los/as profesionales de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población, focalizando en este caso en la posibilidad de acceso de mujeres lesbianas y bisexuales. El trabajo se enmarca en la tesis de doctorado de la autora sobre "Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva". El conocimiento de derechos por parte de profesionales de salud y de las propias usuarias lesbianas y bisexuales condiciona el acceso a la atención de su salud sexual y reproductiva. Las posiciones de los y las profesionales suelen responder a los estereotipos de género y al modelo de heteronormatividad que presume la heterosexualidad de toda mujer que consulte, a partir un supuesto patrón universal de las relaciones sexuales. Los hallazgos de esta tesis refuerzan la idea de la importancia de la capacitación de profesionales en general, y de salud mental en particular, en perspectiva de género y derechos. También se destaca la importancia del trabajo en un equipo interdisciplinario con participación de profesionales de salud mental para tener en cuenta las singularidades de los sujetos que demandan atención en salud sexual y reproductiva.

## Palabras clave

Sujeto, Género, Derechos, Salud sexual y reproductiva

## ABSTRACT

### CONCEPTIONS OF SUBJECT/PATIENT IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE: LESBIAN AND BISEXUAL WOMEN'S ACCESS

In this paper we propose to visualize different conceptions of subject/patient that health professionals have in the attention of sexual and reproductive health care, focusing in this case in lesbian and bisexual women's access. This paper is based on doctoral thesis on "Conceptions of subject / patient in sexual and reproductive health care". The knowledge of rights on the part of health professionals and of the own lesbian and bisexual women determines the access for their sexual and reproductive health care. The professionals' positions use to answer to gender stereotypes and to a heteronormativity model that presumes the heterosexuality of every woman who consults, based in the universal supposition of heterosexual relations. Findings of this study reinforce the idea of the importance of professionals' training in rights and gender perspective and, specially, the importance of working in an interdisciplinary equipment with mental health professionals to recognize subjects' singularities in sexual and reproductive health care.

## Key words

Subject, Gender, Rights, Sexual and reproductive health

## Introducción

Este trabajo se enmarca en la tesis de Doctorado de la autora. El objetivo del trabajo es identificar concepciones de sujeto/paciente de las/os profesionales de salud en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) que favorecen u obstaculizan el acceso al sistema de salud y a una atención de calidad, así como también al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En esta oportunidad nos centraremos en particular en un área de la salud sexual y reproductiva: la atención de mujeres lesbianas y bisexuales, para tomarlo como ejemplo de diferentes concepciones de sujeto que tienen las/os profesionales de salud acerca de las personas que atienden y de la manera en que la perspectiva de género y derechos atraviesa esas diferentes concepciones, favoreciendo u obstaculizando el acceso al sistema de salud, especialmente a su SSyR.

En las investigaciones que se tomaron como base para la tesis de doctorado mencionada se entrevistaron profesionales de salud y usuarias de servicios. Aquí tomaremos sólo las entrevistas y los resultados que aportan datos para los objetivos de este trabajo en particular.

## Derechos sexuales y reproductivos

El marco legal que garantiza los derechos sexuales y los derechos reproductivos en Argentina es amplio y constituye un sostén importante para la práctica profesional en el ámbito de la salud. Sobre esta base, me interesa analizar qué conocimiento tienen de este marco legal los y las profesionales de salud que están a cargo de la atención en salud sexual y reproductiva para ver cómo influye este conocimiento en la concepción de sujeto/paciente y en la posibilidad de hacer lugar a los padecimientos y a la singularidad de cada sujeto que consulta. Como decíamos, nos centraremos en particular en el acceso de mujeres lesbianas y bisexuales a la salud sexual y reproductiva.

Destaco la importancia de reconocer a los derechos sexuales sin subsumirlos a los derechos reproductivos. Si bien ambos se relacionan directamente e incluso algunos se superponen, es fundamental reconocer a los derechos sexuales como tales para jerarquizar el ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera y visualizar la necesidad de explicitar dicho ejercicio en las consultas de salud y en las políticas públicas y programas de salud sexual y reproductiva, que suelen estar enfocados casi exclusivamente a la reproducción (al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos) y dejan de lado (y a veces hasta niegan) la sexualidad y el placer. En la tesis de doctorado mencionada se destaca que no siempre son reconocidos los derechos sexuales en sí mismos por el equipo o profesionales de salud, lo que actúa en detrimento de la posibilidad de ejercicio de una sexualidad placentera y saludable para la población en general, pero además, en particular, levanta barreras para la atención de mujeres lesbianas y bisexuales.

La invisibilización de los derechos sexuales o el hecho de quedar

subsumidos a los derechos reproductivos responde en parte al modelo de heteronormatividad o al llamado heterosexismo que habla de la presunción de la heterosexualidad como patrón universal de las relaciones sexuales. En algunos casos, los profesionales de salud no reconocen la posibilidad de otra orientación sexual y esto lleva a negar o a invisibilizar determinadas identidades, prácticas y elecciones sexuales de quienes consultan por su salud. A veces ni siquiera se trata de no reconocer sus derechos sino que, al no tenerlos en cuenta, se vulneran por omisión o por negación de las elecciones y prácticas sexuales de las pacientes y los pacientes, que no son incluidas en el imaginario de los profesionales o en su concepción de sujeto/paciente.

### **Conocimiento de derechos de mujeres lesbianas y bisexuales**

Resulta importante analizar el conocimiento de los derechos de mujeres lesbianas y bisexuales a la salud sexual y reproductiva debido a que se trata de uno de los grupos en los que la posibilidad o las barreras de acceso a la atención en salud refleja más claramente el lugar que se le otorga o se le restringe a los derechos sexuales en particular.

En la entrevista con un referente de obstetricia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, aparece reflejada la manera en la que los derechos sexuales se subsumen a los derechos reproductivos y cómo esto invisibiliza, en este caso, los derechos de mujeres bisexuales:

E: Con respecto a la experiencia de atención a mujeres lesbianas y bisexuales, no sé si en el servicio...

- No tenemos experiencia sinceramente, porque como nosotros hacemos salud sexual y reproductiva, los casos de mujeres lesbianas, generalmente no acuden a nosotros, porque el tema de anticoncepción en esos casos no es necesaria. Ahora sí, seguramente en el área de psicología, pero nosotros no vemos grupos de lesbianas u homosexuales, como no atendemos varones, porque es una maternidad, salvo cuando acompañan. (Gineco-obstetra. Encargado SSyR. Hospital público CABA)

El médico dice que “hacen” salud sexual y reproductiva pero parece restringir su práctica a la anticoncepción y justificar con ello el hecho de no tener consultas de mujeres lesbianas. No sólo eso: no parece escuchar el término “bisexuales” en la pregunta o no puede incorporarlo como una posibilidad de elección en la mujer, dando la pauta de que tal vez no puede suponer que una mujer que utiliza un método anticonceptivo pueda tener además relaciones sexuales con otra mujer. Tampoco puede suponer que alguna de las mujeres embarazadas que concurren al servicio pueda tener una pareja que sea otra mujer. Por otro lado, utiliza el término “homosexuales” en lugar de “bisexuales”, refiriéndose exclusivamente a la homosexualidad masculina y dejando por fuera también así a la bisexualidad. El médico recalca, más adelante en la entrevista, que atienden mujeres heterosexuales. Y más aún: supone que las mujeres lesbianas seguramente consultan a psicología, como si la elección sexual fuera un problema psicológico por el que las mujeres deben consultar.

Este discurso y el de otros profesionales nos lleva a suponer que a los médicos o médicas se les hace difícil incorporar la posibilidad de pensar que las mujeres que atienden pueden tener relaciones sexuales con otras mujeres y, sobre todo, que su salud sexual debe ser contemplada y atendida y que son responsables, como profesionales, de hacerles lugar.

Por parte de los y las profesionales entrevistados no aparecen puntualmente casos en los que directamente se desconozcan los de-

rechos de lesbianas y bisexuales sino que simplemente no se les ocurre que las mujeres que consultan puedan serlo, lo que también es una manera de vulnerar sus derechos aunque no sea intencional y habla directamente de la concepción de sujeto que tienen acerca de las mujeres que consultan: las suponen siempre heterosexuales. Algunos profesionales se sorprenden de no tener entre sus pacientes mujeres lesbianas o bisexuales y dicen saber que en otros servicios sí hay, pero no se preguntan por qué no acuden ahí o si tal vez sí lo hacen pero no dicen que tienen relaciones sexuales con otras mujeres porque no sienten que puedan contarlo. En general, no está incorporada la pregunta por el sexo de la pareja en la consulta por salud sexual y reproductiva. Tampoco en ginecología.

De acuerdo a lo manifestado en la mayoría de los profesionales consultados, se le pregunta a las mujeres sobre el método anticonceptivo que usan sin previamente indagar acerca del sexo de su pareja, con lo que las mujeres directamente se encuentran con la suposición de que “deben” ser heterosexuales, lo que seguramente condiciona su posibilidad de hablar acerca de su situación real cuando no lo son.

Nuevamente, podemos suponer que para los profesionales de salud no es fácil hacer espacio en la consulta para que estas mujeres tengan libertad de manifestar su elección sexual, sobre todo cuando dichos profesionales no pueden pensar en la posibilidad de que las mujeres que atienden sean lesbianas o bisexuales. La mayoría manifiesta no haber recibido capacitación al respecto. Sólo se han hecho algunas capacitaciones sobre el tema en el Programa de SSyR de Ciudad de Buenos Aires (1). Y la formación de grado de medicina y otras carreras del equipo de salud no incluyen esta temática en su currícula, lo que sigue siendo una asignatura pendiente (Gómez, 2010).

Frente al vacío de formación y capacitación, la posibilidad de incorporar la perspectiva de género y derechos para mujeres lesbianas y bisexuales depende en gran medida de voluntades individuales. Por otro lado, a partir de los resultados de la tesis de doctorado mencionada, me interesa destacar que aparece un discurso y una posición más abierta en profesionales que forman parte de un equipo interdisciplinario y tienen una visión integral de la salud, un discurso que incluye la salud sexual en sí misma y la preocupación y el interés por hacerle lugar a la sexualidad de las personas, incluso llegando al punto de replantearse la categoría género en la historia clínica.

Podemos ver, con respecto al conocimiento de derechos sexuales y reproductivos de mujeres lesbianas y bisexuales por parte de profesionales de salud que, si bien no aparece una mención explícita a los derechos de estas mujeres, los discursos de los profesionales reflejan en general poca visualización de los mismos si nos basamos en sus prácticas y su actitud frente a la atención de mujeres en general, en la que no suelen hacer lugar a la posibilidad de que la elección sexual de esa mujer no sea siempre heterosexual. Esta posición heteronormativa que se sostiene en el supuesto de heterosexualidad de las mujeres propicia una política de invisibilidad de la salud sexual y los derechos sexuales, que quedan subsumidos a la salud y los derechos reproductivos. De hecho, el lugar específico para la salud sexual y los derechos sexuales aparece en los dichos de pocos profesionales. Esto puede generar una vulneración de los derechos de mujeres lesbianas y bisexuales.

### **Autonomía y condicionamientos de género**

Como decíamos, la posición heteronormativa que se sostiene en el supuesto de heterosexualidad de las mujeres favorece la invisibilidad de la salud sexual y de los derechos sexuales, que quedan subsumidos a la salud y los derechos reproductivos. El estereotipo de género que sostiene la identidad femenina asociada a la mater-

nidad y la heterosexualidad puede dificultar el ejercicio de autonomía por parte de mujeres lesbianas y bisexuales, que no responden a ese estereotipo.

Uno de los temas importantes que señalamos es el de la pregunta del ginecólogo o ginecóloga, en la primera consulta, acerca del método anticonceptivo que usa una mujer. Tanto los profesionales, especialmente si son ginecólogos, como las mujeres entrevistadas refieren que una de las preguntas básicas en la primera consulta es con qué se cuida, lo que se refiere a cuál es el método anticonceptivo que usa. La pregunta por el método anticonceptivo aparece sin antes preguntarle a la mujer si su pareja es un hombre o una mujer o ambos.

Una médica entrevistada sostiene que ella pregunta si tienen pareja y qué método usan para cuidarse y que esa pregunta permite la aclaración acerca del sexo de la pareja, cuando en realidad esa manera de preguntar está dando por hecho que la mujer que consulta es heterosexual y debe cuidarse de un embarazo en sus relaciones sexuales. El problema de este prejuicio heteronormativo es que muchas mujeres lesbianas, según lo que encontramos en los testimonios de las mujeres entrevistadas, se sienten inhibidas por la posición de los médicos y médicas que las interrogan de esta manera. Esa inhibición lleva a que las mujeres no consulten al ginecólogo para evitar pasar por esa situación, en la que se sienten discriminadas. Podríamos encuadrar esta situación en la figura de violencia de género, como violencia simbólica, en la medida en que sostiene un estereotipo, que también remite a la situación de dominación de la mujer en la sociedad (2) en tanto lo que sostiene es el estereotipo de la mujer heterosexual, la invisibilización de la condición homosexual posible, con la consiguiente desatención en salud y vulneración de derechos. También podemos analizar esta situación como una vulneración de los derechos consagrados en la Ley de identidad de género. En otras médicas (3) se repite lo mismo: preguntan sobre el método anticonceptivo antes de preguntar sobre el sexo de la pareja de la mujer que consulta. Lo que preocupa es que estos dichos aparecen en profesionales que, por el resto de su discurso, tienen claramente una posición abierta a la posibilidad de que la mujer sea lesbiana o bisexual y a veces hasta se quedan con la idea de que tal vez esa mujer no se haya animado a confesarlo. Pero, de todas maneras, no encuentran la manera de preguntar y de abrir el diálogo para que la mujer que consulta pueda hablar abiertamente de su sexualidad y preguntar lo que necesite.

Lo importante, en este caso, es visibilizar los riesgos que implica para la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales que los efectos de salud no contemplan su condición y sus necesidades, incluso sin registrar que están tomando una actitud discriminatoria.

Las dificultades de los médicos y médicas para incorporar la perspectiva de género y, más particularmente, la orientación sexual y las diferentes elecciones sexuales al recibir una mujer que consulta no responden sólo a posiciones individuales sino a prácticas colectivas dentro de la medicina y de la atención en salud en general. Estas prácticas colectivas están sostenidas por la formación profesional de grado y postgrado, que no incorpora esta perspectiva y a veces, ni siquiera, incluye la formación acerca del marco legal que defiende los derechos sexuales y reproductivos y compromete al equipo de salud, que tiene la responsabilidad de garantizarlos. La falta de capacitación y de sensibilización sobre estos temas dificulta la posibilidad de los profesionales de incorporar esta perspectiva en su práctica. (4)

Señalemos que, nuevamente, aparece la diferenciación que ya habíamos marcado: los médicos o médicas y otros profesionales que forman parte de un equipo interdisciplinario tienen mayor apertura

y hacen lugar a la posibilidad de que la mujer que consulta sea lesbiana o bisexual, incorporan esta posibilidad con mayor frecuencia, incluso cuando todavía les cuesta encontrar la manera de preguntar y hacer lugar a la elección de esa mujer en la primera consulta, al menos se plantean la inquietud y el interrogante acerca de cómo mejorar la accesibilidad de las mujeres que no son heterosexuales y aprender acerca de sus necesidades para poder darles respuesta. La apertura de algunos equipos de Centros de Salud ha llegado a la posibilidad de incorporar una tercera categoría de género para hacer lugar a las consultas de población LGTB (5). Esto no es lo habitual en los servicios y ni se menciona la inquietud ni la pregunta en los servicios hospitalarios.

### **Conclusiones y hallazgo de la tesis de doctorado**

Los estereotipos de género que identifican la identidad femenina con la maternidad y la masculina con la potencia sexual, sumado al marco general de la heterosexualidad reproductiva que rige la atención en salud sexual y reproductiva, son los patrones principales que hemos encontrado como determinantes de la construcción de concepciones de sujeto/paciente por parte de los profesionales de salud. Uno de los estereotipos de género que condiciona la construcción de concepciones de sujeto/paciente por parte de los profesionales de salud es el que responde al modelo de la heterosexualidad reproductiva o la heteronormatividad: la norma es la heterosexualidad, a las mujeres que consultan se las supone heterosexuales y se las atiende e interroga a partir de este supuesto. Esto lleva a que las mujeres lesbianas y bisexuales se sientan discriminadas y muchas veces eviten la consulta ginecológica para no encontrarse con situaciones incómodas. En el mejor de los casos, esas mujeres tienen recursos simbólicos para defender su elección sexual y su derecho a la atención en salud y pueden enfrentar las situaciones incómodas sin dejar de consultar.

En función de lo desarrollado, el hallazgo de la tesis de doctorado mencionada se refiere a que se presentan en los profesionales de salud básicamente dos concepciones de sujeto/paciente:

La primera supone que los sujetos, mujeres y varones, son autónomos, tienen derechos consagrados en las leyes vigentes (que estos profesionales suelen conocer aunque sea parcialmente), los escuchan, le hacen lugar a la sexualidad y a las diferentes elecciones sexuales de cada uno y cada una, y reconocen los condicionamientos de género que pesan sobre ellos y ellas. El hallazgo de esta tesis es que estas concepciones suelen coincidir con la posición de profesionales que trabajan y se han formado en equipos interdisciplinarios, donde se trabaja a partir de una idea integral de salud y donde el eje de ese trabajo es la promoción de la salud.

La segunda concepción de sujeto/paciente está condicionada por estereotipos de género, por un modelo médico hegemónico que ejerce una regulación de los cuerpos y del sexo (Foucault, 1987), especialmente sobre las mujeres, que todavía ejerce tutela sobre ellas y sobre los y las adolescentes, y por el desconocimiento, confusiones o lecturas signadas por el prejuicio, el estereotipo y el manejo del poder médico, en relación a los derechos sexuales y reproductivos consagrados en las leyes argentinas y los tratados internacionales. Esta segunda concepción de sujeto se presenta en general en profesionales que no trabajan de manera interdisciplinaria ni se han formado con esa lógica ni con una perspectiva de salud integral, género y derechos.

Más allá de los matices que se pueden visualizar entre una concepción y otra, el hallazgo más importante se refiere a la importancia de la interdisciplina y la formación profesional en ese ámbito para la construcción de concepciones de sujeto/paciente que contribuyan

a una mejor calidad de atención.

Queda hacer una mención con respecto a la posición de los profesionales de salud mental en función de lo que se manifiesta en los profesionales médicos entrevistados: a pesar de la posición que se sostiene en la tesis mencionada con respecto a la importancia de la participación de profesionales de salud mental en los equipos interdisciplinarios de salud para tomar un rol crítico frente al modelo médico hegemónico y contribuir con su formación y su escucha para hacer lugar a los sujetos en el ámbito de la salud, no hemos confirmado que esta posición sea tomada por los profesionales de salud mental en los equipos interdisciplinarios en los que ha sido clara la concepción de sujeto/paciente que supone sujetos autónomos a los que se les hace lugar.

Quiero decir con esto que la postura crítica que propongo para el psicólogo, psicoanalista o profesional de salud mental, no parece ser la que dichos profesionales toman con más frecuencia sino que, al contrario, reproducen un modelo hegemónico que es el que propongo debemos cuestionar.

Si bien no se puede generalizar a partir de una muestra de profesionales que no es estadísticamente representativa ni pretende serlo, resulta de suma importancia resaltar este hallazgo ya que resulta un indicador de la falencia en la formación profesional del psicólogo, que tomamos aquí como recomendación.

## NOTAS

(1) El Programa de SSyR de CABA realiza una capacitación permanente a través de un curso anual en el que se trabajan distintos temas de actualización. Durante el año 2011, uno de los temas fue “La salud de lesbianas y mujeres bisexuales: reflexionando sobre las prácticas médicas”.

(2) Como define la Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Ley 26.485.

(3) También en los médicos hombres, pero en este caso los dichos aparecen explícitamente en las mujeres.

(4) La necesidad de formación en estos temas es uno de los ejes que sostiene la materia electiva “El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud”, a cargo de la autora de este trabajo.

(5) Sigla que se refiere a las personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales. Hay distintas variantes para este término, pero elijo la más común para usar aquí. La T incluye también travestis y trans género.

## BIBLIOGRAFIA

Amuchástegui Herrera, A. y Rivas Zivy, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. Estudios Demográficos y Urbanos, septiembre-diciembre, 543-597. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31205703>

Foucault, M. (1987). Historia de la Sexualidad Volumen 1. La Voluntad de Saber. México: Siglo XXI Editores.

Gómez, P. I. et al. (2010). Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado. Lima: Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Grupo de Trabajo en Educación Médica. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673/2002).

Ley Nacional de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (26.485/2009)

Ley Nacional de Identidad de Género (Ley 26.743/2012)

Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria, Ponencia presentada en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%C3%93nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>

Pecheny, M., Andía, A.M, Capriatti, A. y Mario, S. (2012). Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad. En A.L. Kornblit, A.C. Camarotti y G. Wald (comp.), Salud, Sociedad y Derechos (pp. 315-338). Buenos Aires: Teseo.

Perrotta, G. (2010). La perspectiva de género en salud sexual y reproductiva. En Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: “Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales” (pp. 289-290). Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.