

LESBIANAS, SALUD Y DERECHOS HUMANOS DESDE UNA PERSPECTIVA LATINOAMERICANA

Un aporte para la discusión y la reflexión

Autoras:

Laura Eiven (Argentina)*; Alejandra Sardá (IGLHRC, México)** y Verónica Villalba (GAG-L, Paraguay)***

Nota introductoria:

Este es un texto de reflexión, con el que apuntamos a iniciar/continuar el diálogo con nuestras colegas de los movimientos lésbicos, de mujeres, feministas, de salud y de derechos humanos en la región y fuera de ella. Lo elaboramos a partir de nuestras experiencias y reflexiones. Queremos agradecer a los siguientes grupos de lesbianas que han elaborado materiales sobre este tema y que nos han ayudado a pensar las cuestiones que aquí planteamos: CIPAC/DDHH (Costa Rica); Coletivo de Lesbicas Feministas (Brasil); Desalambrando (Argentina); Grupo de Mulheres Felipa de Souza (Brasil); Grupo Lésbico da Bahía (Brasil); Las amantes de la luna (México); Patlatonalli A.C. (México) y Um Outro Olhar (Brasil).

Lamentablemente en algunos temas nos vemos obligadas a citar estudios realizados en Estados Unidos o en Europa, debido a la falta de equivalentes en nuestra región. Lo hemos hecho sólo cuando no disponíamos de materiales “propios” y evaluando siempre cuán aplicables a nuestras realidades podrían resultar.

1. Definiciones operativas

- A los fines de este documento, “lesbiana” es toda persona que:
- se define a sí misma como mujer
 - siente atracción erótica hacia otras personas que se definen a sí mismas como mujeres, con o sin un componente emocional y afectivo agregado
 - reconoce esa atracción y por lo menos se plantea materializarla.

Sabemos que muchas mujeres cuyas conductas entran dentro de los parámetros que acabamos de delinear no utilizan la palabra “lesbiana” para definirse a sí mismas, decisión que respetamos y valoramos. El hecho de utilizar nosotras ese término responde a la necesidad de producir un texto que resulte comprensible a quienes lo lean, y no pretende constituir una apropiación de identidad alguna.

En cuanto a “salud”, tomaremos aquí la definición de la Organización Mundial de la Salud, que entiende a la salud como un estado de “completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad...”¹

Por “derechos humanos” entendemos todos aquellos incluidos en los tratados internacionales y regionales pertinentes o en las plataformas y planes de acción de las Conferencias convocadas por Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos, como así también aquellos que las organizaciones de lesbianas, de mujeres y feministas han venido proponiendo en los últimos años para ampliar el significado y el contenido de los derechos universalmente reconocidos.

A los fines de este trabajo, incluimos a los países del Caribe hispanoparlante (Puerto Rico, República Dominicana y Cuba) dentro de lo que consideramos “una perspectiva latinoamericana” por razones de historia, idioma y cultura comunes, sin dejar por ello de reconocer las particularidades que hacen a su identidad caribeña.

2. Lesbianas, salud y derechos humanos: relaciones

La orientación sexual (en este caso, el lesbianismo) no es más que un aspecto de la identidad. Las lesbianas son también mujeres y están atravesadas por elementos de clase, étnicos, raciales, etarios, idiomáticos, religiosos, de nacionalidad y estado civil - en algunos casos también de estatus migratorio y de discapacidad – que determinan tanto como la orientación sexual (y en algunos casos, inclusive “más que”, según la situación de que se trate) sus posibilidades para el goce de los derechos que les corresponden como humanas, uno de los cuales es la salud. Si bien este documento se concentra en la orientación sexual, es imprescindible no olvidar todos los otros elementos de la identidad que siempre están en juego, en formas más o menos visibles.

Para el logro del “bienestar psico-físico” que equivale a la salud, las lesbianas se enfrentan a obstáculos que provienen a veces de su orientación sexual, a veces de otros

¹ Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado por la Conferencia Internacional sobre Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946.

elementos que hacen a su identidad, y casi siempre de complejas interacciones de todos ellos. Aun así, es posible determinar la incidencia clave de la orientación sexual en algunos problemas de salud que afectan a las lesbianas, de los cuales nos ocuparemos en detalle más adelante – mencionando en cada caso cómo la presencia de otros factores (de clase, principalmente, pero no sólo) agrava o contribuye a solucionar el problema.

Siguiendo el modelo tradicional de los movimientos de reivindicación de los sectores excluidos desde el siglo XVIII, la lucha de las lesbianas (en la mayoría de casos en coalición con hombres homosexuales y a veces también con personas transgénero y bisexuales) se ha centrado en los derechos políticos y civiles. El derecho a la salud –incluido en el grupo de derechos económicos, sociales y culturales- ha recibido menor atención. Casi siempre ha aparecido en las reivindicaciones por los derechos de las parejas, bajo la forma de “derecho a la seguridad social” –es decir, a poder disfrutar del seguro social (que incluye la atención médica) de la compañera. El derecho a la toma de decisiones en caso de incapacidad de la compañera también se incluye en las propuestas de ley de unión civil /parteneriato / sociedad de convivencia que se hallan todavía en debate en la región (Brasil, Colombia, Argentina, México).

Por el mero hecho de ser humanas, las lesbianas gozan de los siguientes derechos, inseparables del derecho a la salud y determinantes de su goce:

- ~ A la vida ^(1,3,6)
- ~ A no ser sometidas a tortura o castigo cruel, inhumano o degradante ^(1,3)
- ~ A no ser sujeto de interferencia arbitraria en su vida privada, familia, hogar o correspondencia ^(1,3,6)
- ~ A la seguridad social ^(1,2,4,5)
- ~ Al trabajo – incluyendo condiciones justas y favorables de empleo, salarios justos, igualdad de oportunidades para la promoción en el empleo, ^(1,2,4)
- ~ Al descanso y al tiempo libre ^(1,2)
- ~ A un nivel de vida adecuado a su salud y bienestar, incluyendo alimentación, vestimenta, vivienda, atención médica ... seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez... ^(1,2,5)
- ~ Al cuidado y atención especial a la madre y la niña o niño ^(1,2,4)
- ~ A la educación ^(1,2,4,5)
- ~ A participar en la vida cultural de la comunidad ^(1,2)
- ~ Al disfrute del nivel más elevado posible de salud física y mental ^(2,5)
- ~ A condiciones que aseguren la atención y servicios médicos ^(2,4)
- ~ Al trato humanitario y respetuoso si están privadas de su libertad ^(3,6)
- Para las menores de 18, a la protección ante toda forma de violencia física o mental, daño o abuso, abandono o trato negligente, maltrato o explotación incluyendo el abuso sexual, por parte de sus padres y tutores ⁽⁵⁾²

² 1: Declaración Universal de los Derechos Humanos

2: Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales

3: Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos

4: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

5: Convención sobre los Derechos del Niño (y de la Niña)

6: Convención Interamericana de Derechos Humanos.

La no-discriminación es un principio fundamental del sistema internacional de los derechos humanos. Todos los tratados mencionados incluyen una cláusula que indica que todas las personas, sin discriminación alguna, gozan de los derechos por ellos protegidos

En el caso particular de la orientación sexual, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas reconoció que se trata de una categoría digna de protección frente a la discriminación y la consideró incluida en la prohibición de discriminar por “sexo”, incluía en el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos³.

Su equivalente para los derechos económicos, sociales y culturales lo constituye el 14 del Comité de Derechos Económicos y Sociales con respecto al derecho a la salud, que en su párrafo 18 afirma que “... el Pacto (sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales) prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud..”⁴

Por lo tanto, ninguna violación a los derechos mencionados invocando la orientación sexual es admisible. Ni legal, ya que dichos tratados han sido ratificados e incorporados a la legislación nacional de todos los países de la región, con excepciones mínimas (que se incluyen en la nota al pie)⁵.

En cuanto al tema de los derechos sexuales, que aún no han sido reconocidos plenamente por la comunidad internacional, es importante citar el Párrafo 96 de la Plataforma de Acción producto de la 4ta. Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyo texto relevante dice: “ Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia...”⁶.

³ Toonen c/Australia. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Comunicación No. 488/1992 : Australia. 04/04/94. CCPR/C/50/D/488/1992.

⁴ Comité de derechos económicos, sociales y culturales. E/C.12/2000/4, CESCR Observación general 14 - 11 de agosto de 2000

⁵ Cuba no ha ratificado el Pacto sobre Derechos Civiles y Políticos; el Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Interamericana de los Derechos Humanos. Chile no ha ratificado el Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Fuente: IGLHRC, Cómo hacer que la montaña se mueva. San Francisco, 2001.

⁶ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (China), 4 -15 de septiembre de 1995, Párrafo 96.

3. Principales temas de salud lésbica

En sus movilizaciones en pro del derecho a la salud, las comunidades lésbicas de la región han identificado algunos temas que consideran de atención prioritaria. Aquí los hemos reseñado, agregando algunos que las autoras también consideramos importantes.

a. El “closet”

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como “la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales”⁷. Cuando el “closet” deja de ser sólo un recurso eventual a utilizar frente a un medio hostil y se convierte en un modo de vida, en una barrera que no puede saltarse, sus consecuencias son precisamente las enunciadas por la OMS en su definición y constituye por lo tanto, un problema de salud sexual.

Para las autoras de este documento, se trata del principal problema de salud para las lesbianas y el que requiere de solución como paso fundamental para atender todos los otros. “Estar en el closet” es una expresión coloquial –con sus diversos equivalentes a lo largo y ancho de la región- que designa al ocultamiento de la preferencia sexoafectiva. La situación más grave –desde el punto de vista de la salud- es la de quienes “están en el clóset” consigo mismas, esto es, quienes niegan tener deseos y sentimientos hacia otras mujeres y luchan por reprimirlos. Como todo acto de represión, conlleva un costo severo en términos de salud física y emocional, así como de integración social y desarrollo de la propia potencialidad.

Aun quienes se han aceptado a sí mismas como lesbianas pueden encontrarse en situaciones de “closet” frente a su familia, vecinas/os, amistades, en el estudio o en el trabajo. Hay situaciones en las cuales estar en el closet es una respuesta funcional a un entorno lesbofóbico y a amenazas concretas a la vida y al bienestar de las mujeres. Lamentablemente, vivimos en un mundo intolerante y violento que es el principal responsable de la existencia de los “closets” en los que muchas mujeres malviven sus vidas. Pero también existen muchas situaciones –sobre todo en áreas urbanas y cuando se trata de mujeres adultas que gozan de independencia económica y de privilegios étnicos, raciales, y educacionales- en las que estar en el closet responde a mecanismos más relacionados con la dificultad para aceptarse a sí misma como lesbiana o con fantasías de abandono o rechazo por parte de familiares o del medio laboral, producto de una relación conflictiva anterior y/o de la baja autoestima. También juega aquí el temor –o la negativa- a perder el lugar de privilegio social que confiere la heterosexualidad. En los casos donde “salir del closet” sería posible y la mujer no consigue hacerlo por temor,

⁷ Citado en Colectivo de Gays y Lesbianas de Madrid, “La orientación sexual y el sistema educativo español”. En www.cogam.org

inseguridad, vergüenza, u otras razones similares, el costo para la salud física y emocional es también considerable.

En todos los casos, el primer paso para demandar igualdad de derechos como lesbiana es salir del closet. Ninguna mujer podrá reclamar por una atención ginecológica eficiente, o por el derecho a acceder a la tecnología reproductiva, o al seguro social de su compañera, si no puede presentarse ante la sociedad como lesbiana. Aun cuando existan (y existen) mecanismos legales que le permitan el disfrute de esos derechos, si no ha vencido la barrera interna del “closet”, ella seguirá viviendo en un estado de exclusión y marginalidad. La existencia de una mayoría de lesbianas que viven total o parcialmente en el “closet” es también un problema para quienes defienden sus derechos, como lo veremos más adelante.

b. La violencia doméstica

(A los fines de este documento, nos ocuparemos solamente de la violencia entre parejas de mujeres. No ignoramos que también existe violencia familiar hacia las lesbianas, cuyas víctimas principales son las niñas, adolescentes y jóvenes que son o parecen ser lesbianas.)

Yone Lindgren, activista lesbiana que participa de la coordinación de Disque Defesa Homossexual –una línea telefónica de ayuda a la población lésbico-gay de Río de Janeiro, Brasil, informó en julio de 2002 que de 900 denuncias recibidas en lo que iba del año por esa agencia, el 20% correspondían a mujeres agredidas por sus parejas.⁸ En una investigación realizada en Puerto Rico por José Toro, del 10 al 13% de la muestra (integrada por gays y lesbianas, lamentablemente no aparece una discriminación por género en estos ítems) había sido víctima de agresión física (golpes, patadas, bofetadas, empujones, obligación de mantener relaciones sexuales) y 12-41% de agresión emocional (gritos, insultos, amenazas, celos, aislamiento, motes...)⁹. Un estudio realizado en 1999 por las activistas Jill Falk y Yolanda Ramírez en México reveló una incidencia de abuso en 1 de cada 4 parejas de mujeres¹⁰. Y el más antiguo, realizado en 1993 en Buenos Aires integrantes de Las Lunas y las Otras para la cátedra de Salud Pública de la Facultad de Psicología (UBA) da un 33% de respuestas positivas a la pregunta de si alguna vez había sido golpeada por otra mujer con la que estuviera manteniendo una relación de pareja¹¹.

c. Cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama

En un estudio presentado en 1998 ante la Asociación Médica Gay-Lésbica de los EEUU, se afirmaba que las lesbianas podrían correr mayor riesgo que las heterosexuales de desarrollar cáncer de mama debido a que sólo un 37% de las lesbianas participantes en el

⁸ Yone Lindgren, comunicación a la lista de correo “lesbicas-br”, Julio 7, 2002

⁹ Toro Alfonso, José. “Hogar... dulce hogar: La violencia doméstica entre parejas del mismo sexo”. Fundación SIDA Puerto Rico. Ponencia presentada al XXVI Congreso Interamericano de Psicología (Sao Paulo, Brasil, 8-11 julio 1997).

¹⁰ Navarro, Cecilia. “Violencia doméstica entre lesbianas”. Fempress, Enero 1999. Nro. 207. Santiago de Chile.P.6.

¹¹ Cátedra de Salud Pública, Facultad de Psicología, UBA. Profesora Titular Alicia Stolkiner. Resumen de investigaciones realizadas año lectivo 1993. P. 14

estudio que originó el informe habían estado embarazadas en comparación con un 83% de heteros (durante el embarazo se liberan ciertas hormonas que tendrían un efecto preventivo con respecto al cáncer). El tener (en promedio) mayor peso que las heterosexuales y mayor consumo de alcohol y tabaco, también son citados por profesionales de la medicina como factores que incrementarían el riesgo de las lesbianas frente al cáncer de mama¹².

En cuanto al cáncer cérvico-uterino, los factores de riesgo son la portación del virus del papiloma humano (HPV), que puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual¹³, pero el factor de riesgo principal es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana. Como explica el ginecólogo brasileño Sérgio Mancini Nicolau (Universidade Federal de Sao Paulo), “el sistema de defensa del organismo del 60 al 70% de las mujeres consigue librarse naturalmente del HPV. El riesgo existe para las que conviven con un tiempo prolongado con el virus ... En su estadio inicial, las lesiones provocadas por el HPV se pueden remover por microcirugía”¹⁴.

En un estudio nacional realizado en EEUU sólo 54% de las lesbianas se habían hecho un Pap el año anterior mientras que 7.5% no se lo habían hecho jamás.¹⁵

Las organizaciones lésbicas de ese mismo país señalan también otros factores como preponderantes en términos de riesgo:

- Que las lesbianas consultan menos (que las heterosexuales) debido a que se sienten incómodas revelando su preferencia sexo-afectiva a las/os profesionales de la salud.
- Que se realizan menos exámenes ginecológicos de rutina porque no requieren anticonceptivos ni atención prenatal con la misma frecuencia que las heterosexuales, lo que implica menores posibilidades de detección temprana de cáncer.
- Que disponen de menores recursos económicos ya que carecen del beneficio de un salario masculino superior (Nota de las autoras: este es un punto a discutir en América Latina, ver más adelante) y de la posibilidad de compartir el seguro social de su pareja.¹⁶

Una encuesta realizada a lesbianas mexicanas en 1997 revela que el 48% nunca consultó a una ginecóloga o ginecólogo. Las principales razones esgrimidas fueron: no haberse sentido mal (30%), miedo (16%) y porque lo consideran innecesario dada su orientación sexo-afectiva (12%). El 50% de las que sí consultaban, ocultaban su orientación sexo-afectiva durante la consulta; la mayoría de ellas (44%), por considerar que tal información no le concernía al ginecólogo.^{17, 18}. Cabe señalar que México ocupa el primer

¹² Zmuda, Richard. Lesbians and Cancer Risk. www.cancerpage.com

¹³ The National Women's Health Information Center, USA. Lesbian Health. En www.4woman.gov/faw/Lesbian.htm

¹⁴ HPV Papilomavirus Humano. Revista Istoe, Edição Especial Saúde da Mulher. Setembro/Outubro 2000. En www.ivenessale.hpg.ig.com.br

¹⁵ The Mautner Project for Lesbians With Cancer. Cancerpage.com

¹⁶ The Mautner Project for Lesbians With Cancer. Cancerpage.com

¹⁷ Patlatonalli A.C. “Todas las mujeres pueden vencer el cáncer cérvico uterino y

lugar en el mundo en cuanto a muertes por cáncer cérvico-uterino (4.194 al año)¹⁹.

d. Alcoholismo y tabaquismo

El sitio español en Internet Guirigay afirma que “en las lesbianas se dan altos índices de alcoholismo y tabaquismo ... Somos sujetos de riesgo ante diversas adicciones debido a la presión social que tenemos que soportar ... Además, la cultura lésbica es, por su especial situación, una cultura de bares. Prácticamente sólo es posible conocer a otras personas lesbianas en los bares, lo que nos anima a beber y fumar...”²⁰.

Según el Instituto de Protección de la Juventud Gay y Lesbiana de Nueva York, el 30% de quienes allí asisten buscan solución al rechazo social en el alcohol o las drogas²¹.

No existen (al menos en nuestro conocimiento) investigaciones sobre este tema en América Latina y por lo tanto sugerimos no tomar las afirmaciones anteriores como reflejo exacto de nuestras experiencias (que tal vez sean diferentes) sino como indicadoras de un área con potencial problemático digna de ser investigada.

e. Enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA

Pese a que las lesbianas han sido consideradas tradicionalmente como un “grupo de bajo riesgo” frente al VIH/SIDA, las organizaciones de lesbianas que trabajan en el tema no concuerdan con esa definición. Entre otras razones, esgrimen las siguientes:

- El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de los EEUU, que sienta criterio en el tema, sólo considera lesbianas a las mujeres que han tenido relaciones sexuales sólo con otras mujeres desde el año 1977 a la fecha, lo que deja afuera a muchísimas (si no a una mayoría) de lesbianas.²²
- Mujeres que fueron usuarias de drogas inyectables son incluidas sólo en esa categoría, sin que se les pregunte su orientación sexual.²³
- Lesbianas que han estado o están casadas, o que se han practicado inseminación artificial con esperma no chequeado médicamente, o que tienen contactos sexuales esporádicos con varones, tampoco son registradas como una categoría especial cuando contraen el VIH.²⁴
- No existen investigaciones sobre prácticas sexuales entre mujeres y sus riesgos relativos de transmisión del VIH²⁵.

mamario”. Guadalajara, Jalisco, México. Mayo 1998.

¹⁸Novarro, Cecilia. “Razones para visitar al ginecólogo”. Las amantes de la luna. No. 1 Segunda Epoca. México DF Año 2000. p. 15.

¹⁹ Patlatonalli A.C. op.cit

²⁰ www.guirigay.es

²¹ Coletivo de Gays y Lesbianas de Madrid. Op.cit

²² Stevens, Patricia: Lésbicas e HIV. Questoes clínicas, políticas e de pesquisa. Tradução ao portuges e adatação: Miriam Martinho. Ousar Viver. Sao Paulo, Brasil. Ano 3, Nro. 4, Abril 1997. P. 3-6

²³ Stevens y Martinho, op. Cit.

²⁴ Stevens y Martinho, op. cit

²⁵ Stevens y Martinho, op.cit.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el virus del papiloma humano (HPV), la gonorrea, las sífilis y las infecciones por hongos (vulvitis, vaginitis, cervicitis, candida, moniliasis, etc.) aparentemente podrían transmitirse entre mujeres pero tampoco existen investigaciones al respecto.²⁶

f. Derechos reproductivos

En la mayoría de países del mundo, las lesbianas que quieren ser madres sólo tienen como alternativa la relación sexual con un varón. En algunos países, entre ellos Argentina, Brasil y México (hasta donde sabemos) las que cuentan con dinero suficiente pueden acceder a tratamientos privados de fertilización asistida, utilizando donantes anónimos o conocidos. Para la mayoría que no dispone de dinero, esa opción resulta inaccesible.

La imposibilidad de ejercer plenamente sus derechos reproductivos produce considerable daño psíquico a muchas mujeres lesbianas y se agrega a la lista de factores que conspiran contra el ejercicio de su derecho a la salud.

g. Salud mental

Las lesbianas requieren de apoyo psicológico en situaciones similares a las que atraviesa cualquier otra persona: crisis vitales, duelos por muerte o separación, cambios, elección profesional, relaciones amorosas y/o familiares. En muchos casos, además, el acompañamiento profesional puede facilitar el tránsito hacia fuera del “closet”, sobre todo del personal.

Sin embargo, salvo en los servicios que proporcionan las organizaciones de lesbianas (ver más adelante) es en algunos casos difícil y en otros casi imposible que la orientación sexual no se convierta en el tema principal de consulta, aun cuando la paciente esté enfrentando otro tipo de circunstancias. Una de las autoras –que es de profesión psicóloga- atendió a una paciente que había consultado a otra profesional por haberse separado de su compañera con la que había vivido 10 años. En ocho meses de tratamiento, la psicóloga se negó una y otra vez a abordar el tema del duelo y prefirió centrarse en interrogar exhaustivamente a la paciente acerca de su preferencia sexual –tema que a esta no le creaba conflicto en absoluto.

En casos más graves, se produce la medicalización o la internación forzada de las lesbianas –sobre todo de las jóvenes- para “curarlas” de su “dolencia”. Tanto en México como en Brasil existen organizaciones religiosas fundamentalistas que disponen de clínicas especializadas en estos tratamientos, siguiendo el modelo de las que existen en Estados Unidos.

En Paraguay, una joven que se reconocía como lesbiana y cuya madre se había enterado accidentalmente de su orientación sexual, fue obligada (por la madre) a seguir un

²⁶ CIPAC/DDHH Guía de salud lésbica (Costa Rica, 2001) y Grupo Arco Iris de Concientização Homossexual “Sexo Seguro” en www.ivesnale.hpg.ig.com.br (Rio de Janeiro, Brasil, 2001).

tratamiento psicológico para “curarse”. El tratamiento incluía mantener relaciones sexuales con el médico. La joven accedió al tratamiento por un tiempo y luego lo dejó, pero nunca denunció el abuso que había sufrido. Ni siquiera ella era conciente de que aquello había sido un abuso sexual.

Estos casos son doblemente invisibles porque de por sí todas las mujeres tienen dificultades para denunciar cuando sufren abuso sexual, porque saben que van a ser juzgadas por un sistema legal que todavía es machista y prejuicioso. Tratándose de una lesbiana, y de una lesbiana en tratamiento psicológico –donde existe una relación de poder desigual frente al profesional y la sospecha social de inestabilidad emocional respecto de la paciente (lo que la hace menos creíble)- los obstáculos son todavía más infranqueables.

4. Principales obstáculos para el pleno goce del derecho a la salud por parte de las lesbianas en América Latina.

En el apartado siguiente veremos las estrategias de intervención que se están realizando para atender a las necesidades de salud de las lesbianas de la región. Para comprender mejor la enorme importancia de los a veces “pequeños” intentos que están haciendo los grupos de lesbianas en este tema, quisimos dedicarnos antes a examinar los obstáculos que se les interponen en el camino. Los hemos listado de los más generales a los más particulares.

a. Situación económica y de los sistemas de salud regionales.

Es sabido que América Latina atraviesa una gravísima crisis económica que redundará en altos índices de desempleo y una desmejora notable de las condiciones de vida (vivienda, alimentación, acceso al agua potable, educación, etcétera). Los planes de ajuste y privatización implementados en todos los países de la región significaron la destrucción de la medicina protegida por el Estado, así como también la de las obras sociales sindicales. Muchas veces, cuando las activistas lesbianas exigimos los beneficios de la seguridad social para las parejas nos sentimos ligeramente anacrónicas. Es un derecho que nos corresponde, por supuesto, pero ¿de qué beneficios estamos hablando cuando en nuestros países la mayoría de las personas tienen empleos precarios sin ningún tipo de seguro social y los Estados en bancarota sólo pueden ofrecerles hospitales públicos desmantelados que se sostienen sólo por el compromiso activo de su personal? Una excepción notable en este sentido es Brasil, donde el Estado no ha renunciado (y esperamos que nunca lo haga) a su deber de garantizar la salud de la población.

Más allá de los problemas específicos que afectan a las lesbianas, consideramos que los factores económicos señalados en el párrafo precedente constituyen el principal obstáculo que afecta a su salud hoy en día en América Latina.

b. Prejuicios por parte de las/os profesionales de la medicina, particularmente notables en ginecología y salud mental.

En el caso de las ginecólogas y ginecólogos, esos prejuicios “pueden llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, preguntas carentes de sensibilidad y tacto y comentarios sexistas”²⁷. Algunos de esos mitos incluyen que:

²⁷ Harrison, Amy. “Primary Care of lesbian and Gay Patients: Educating Ourselves and

- Las lesbianas no mantienen relaciones sexuales
- Las lesbianas no tienen relaciones sexuales con hombres
- Las lesbianas no corren riesgo de contraer ETS incluyendo VIH
- Las lesbianas no necesitan hacerse el Pap con la misma frecuencia que las heterosexuales porque no practican el coito²⁸

Las lesbianas mexicanas que respondieron a la encuesta citada en 3c dijeron que “les desconcierta e inhibe que se haga marcado hincapie en el tema de la anticoncepción, que se dé por sentada su heterosexualidad y que cuando explican que mantienen relaciones sexuales con mujeres se las considere sexualmente inactivas o se ignore a sus parejas”²⁹

Un estudio realizado por el Lesbian Community Cancer Project en EEUU reveló que casi el 25% de las lesbianas dijeron evitar consultar a un médico o médica debido a experiencias negativas que han tenido con ellos/as.³⁰

Según otro estudio, 45% de las/os integrantes de la Asociación Médica Gay-Lésbica de los EEUU que son ginecólogas/os manifestaron haber observado a un/a colega que trataba a lesbianas de manera menos cuidadosa que a pacientes hetero. Otro estudio revela que el 40% de las ginecólogas y ginecólogos entrevistadas/os dijeron no sentirse cómodas/os con pacientes lesbianas. También según ese estudio, las 2/3 partes de las ginecólogas/os no preguntan la orientación sexual de sus pacientes.³¹ En 1996 la Asociación Médica de los EEUU publicó un informe en el que confirma que “las pacientes lesbianas prefieren no revelar su orientación sexual debido a temores –en muchos casos, fundados- de que hacerlo las pondrá frente al prejuicio o a la falta de sensibilidad de los médicos”³².

En el caso de la salud mental, la misma actitud lleva a que las lesbianas no consulten en casos en que atraviesan situaciones de duelo, depresión, dependencia de sustancias o violencia doméstica –lo que, sumado a la falta de una red de apoyo de amigas/os y familiares (que es una de las características de quienes viven en “el closet”)- lleva a que los conflictos se agudicen y deriven en situaciones de daño físico muchas veces irreparables, incluyendo suicidios (logrados e intentos).

Estos prejuicios, sumados a la invisibilización de que todavía son objeto las lesbianas en gran parte de la literatura médica y psicológica, también influyen en la casi nula existencia de investigaciones científicas serias y exhaustivas sobre la salud de las lesbianas, lo que a su vez dificulta de manera seria la atención a su salud, aun por parte de aquellas/os profesionales carentes de prejuicios.

c. Prejuicios del sistema legal y de las/os profesionales que trabajan en violencia doméstica y sexual

Our Students”. Family Medicine 28, no.1, January 1996. En www.suba.com

²⁸ Annotated Bibliography: Lesbians and Health Care. En www.suba.com

²⁹ Navarro op.cit P. 15

³⁰ Zmuda op.cit.

³¹ Zmuda op.cit

³² Zmuda op.cit.

Con la excepción de algunas ciudades de Brasil, donde existen organismos especializados para tratar con víctimas de violencia que sean lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (ver más adelante), en el resto de la región es muy difícil si no imposible que una lesbiana logre ser escuchada y atendida con respeto en caso de haber sido víctima de violencia doméstica o sexual.

Aun donde existen leyes contra la violencia doméstica cuya formulación permite que se traten casos de parejas del mismo sexo, como en Puerto Rico, los prejuicios de quienes trabajan en el tema siguen operando. Ana Rivera Larsen, abogada puertorriqueña, explica que si la víctima de violencia doméstica es una lesbiana de aspecto “masculino” resulta muy difícil que quienes deben tomarle la denuncia le crean³³. En algunos casos, ha habido fiscales que se han negado a tomar casos de violencia en parejas de mujeres. Cuando los grupos que trabajan con lesbianas en Puerto Rico reciben una denuncia de violencia doméstica, buscan con mucho cuidado a qué refugio y/u organización que trabaja en el tema derivar a las víctimas, porque en algunas de esas organizaciones existen prejuicios contra las lesbianas que pueden resultar en una doble victimización.³⁴

En el resto de países la situación es todavía peor. Ni la policía, ni las fiscalías, ni las organizaciones de mujeres que trabajan en violencia doméstica están preparadas para atender a las lesbianas que son víctimas de maltrato. En muchos casos, ni siquiera imaginan que tales situaciones pueden existir. La desprotección de las lesbianas en estos casos es casi absoluta.

Lo mismo sucede con las víctimas de violencia sexual. En muchos casos, la violación de una mujer lesbiana, es una herramienta de castigo: se la viola para que “aprenda cuál es su lugar como mujer”. Las víctimas preferidas en este caso son aquellas “de aspecto masculino”, que desafían tanto las normas de género como las de preferencia sexual y son vividas como “competidoras” por los varones. Estos casos jamás se denuncian, porque la vergüenza que sufre la mujer es muy intensa y también porque ella sabe lo que le espera en manos de un sistema legal que sólo sería capaz de volver a humillarla.

d. Prejuicios y desinformación de la propia comunidad lésbica

Muchas lesbianas comparten los prejuicios de las/os profesionales, creyéndose inmunes a las ETS o menos necesitadas de atención ginecológica debido a su práctica sexual. La idea de que “sexo” es sólo penetración coito-vaginal todavía prevalece en muchos sectores de nuestras sociedades y muchas lesbianas han sido formadas en esa creencia y no la han revisado aún.

En el caso de la violencia doméstica, la creencia arraigada entre muchas lesbianas –sobre todo las que han estado o están en contacto con ciertas corrientes del feminismo, que asumen una postura esencialista - de que “las mujeres no son violentas”, impide tomar conciencia de que se está atravesando una situación de abuso. La existencia de paridad física entre las integrantes de la pareja –que muchas veces permite a la agredida defenderse de una manera que no podría hacerlo si su atacante fuera hombre-, complica

³³ Ana River aLarsen. Intervención en el seminario Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos, organizado por CLADEM. Lima, Perú, noviembre 2002.

³⁴ Margarita Sánchez (MENPRI) e integrantes de Coordinadora Paz para la Mujer. Entrevistas personales con AS en marzo 2002. San Juan, Puerto Rico.

más aún la situación ya que muchas lesbianas dudan de haber sido víctimas de situaciones de violencia en las que lograron resistir el ataque e incluso doblegar a la perpetradora. Entre aquellas que no están en el “closet”, la necesidad de preservar una buena imagen de la comunidad lésbica muchas veces las lleva a negar las situaciones de violencia que se producen en su entorno, temiendo que la difusión de este problema afecte sus posibilidades de obtener conquistas sociales y de derechos, o de integrarse a la sociedad en general.³⁵

e. Dificultades que afectan a las organizaciones de lesbianas

En comparación con aquellas dedicadas a las mujeres, o a los hombres homosexuales, las organizaciones de lesbianas son pocas en la región. Y sus presupuestos son mínimos ya que no se dedican a ninguno de los temas a los que se derivan principalmente los financiamientos destinados a nuestra región (salud reproductiva y VIH/SIDA). Las fundaciones que financian proyectos de lesbianas son: Astraea, el Global Fund for Women, MamaCash y –en algunos países- Novib. Las tres primeras no otorgan nunca financiamientos superiores a U\$S 10.000.

Por el hecho de ser pocas, las organizaciones de lesbianas deben dedicarse a una multiplicidad de tareas –y, en prácticamente todos los casos, sólo cuentan con voluntarias que deben dedicarse a un trabajo rentado durante el día para sobrevivir. El trabajo con la propia comunidad de lesbianas, mediante grupos de apoyo para acompañar los tránsitos hacia fuera del “closet” es muchas veces la tarea primera de estos grupos, imprescindible para crear lazos con la comunidad para la que quieren trabajar. Pero también consume una enorme cantidad de energía y muchas veces termina constituyendo un obstáculo para el desarrollo del trabajo político, ya que agota a las activistas y las encierra en una perspectiva victimizante³⁶.

Así, la búsqueda de recursos para la supervivencia material y el apoyo a la comunidad se llevan la mayor parte del tiempo y de las energías de las activistas lesbianas, dejándoles pocos espacios para la reflexión, la investigación y la discusión de nuevas propuestas.

Según su experiencia previa y según el clima de lesbofobia (y/o de “lesbopía” –ceguera a las lesbianas)³⁷, que prevalezcan entre los movimientos de mujeres y feministas de su país, estos grupos podrán contar o no con cierto grado de apoyo. El aislamiento es un problema serio para muchos grupos de lesbianas. Parte de la dificultad tiene que ver con una actitud defensiva de su parte, muchas veces producto de experiencias negativas. Pero también hay prejuicios del lado de quienes deberían ser sus aliadas “naturales”. Algo que pocas veces, si nunca, hemos observado es que los grupos de mujeres y/o feministas incorporen temáticas que afectan a las lesbianas en proyectos para los que cuentan con recursos (por ejemplo, los de salud reproductiva), y que llamen a activistas lesbianas para que colaboren con ellas en esos proyectos (de manera rentada, por supuesto).

Consideramos que en muchas feministas falta todavía un mayor trabajo interno y grupal

³⁵ Navarro op.cit (Violencia doméstica entre lesbianas y Desalambrando – Programa de Prevención de la violencia doméstica en relaciones de lesbianas, Buenos Aires, 2002.

³⁶ Agradecemos a Lilián Celiberti, de Cotidiano Mujer (Uruguay) por esta idea, que compartimos y “tomamos prestada”.

³⁷ Agradecemos a Patlatonalli A.C. (México) por ayudarnos a desarrollar este concepto.

sobre su temor a ser vistas de lesbianas si appyan en forma activa nuestros reclamos, si participan de nuestras actividades públicas, etcétera. Hemos observado que ese temor es a veces más intenso en las que son lesbianas pero no lo dicen fuera de sus círculos íntimos, que en aquellas de quienes se sabe que son heterosexuales –muchas de las cuales apoyan las iniciativas lésbicas sin ningún problema. Cualquiera sea la preferencia sexual de una feminista, su compromiso con la igualdad de derechos para todas las mujeres, con el derecho de todas las mujeres a ejercer libremente su sexualidad, debería ser parte integral de su activismo. La decisión de salir o no del closet es individual y no nos corresponde juzgarla; pero sí consideramos que –dentro o fuera del closet- ninguna feminista puede ignorar las demandas de las lesbianas (como tampoco de las mujeres indígenas, negras o discapacitadas –que con frecuencia son nuestras compañeras de invisibilidad en el movimiento feminista).

5. Estrategias de intervención que se están desarrollando en la región.

Pese a los obstáculos señalados anteriormente, los grupos de lesbianas de la región se ocupan de cuestiones de salud y lo hacen de manera eficiente y comprometida. ¿Cuáles son los factores que posibilitan la existencia de esos proyectos?

a. En primer lugar, debemos señalar el caso de Brasil, donde la presencia activa del Estado cumpliendo sus deberes en cuanto a la atención a la salud de sus habitantes en mucha mayor medida y con mayor poder económico que en el resto de la región es uno de los factores que contribuyen a generar una situación que difiere de la norma por lo positiva. Organizaciones como el Grupo Lésbico de Bahía, el Grupo de Mulheres Felipa de Souza (Rio de Janeiro) o Um Outro Olhar (Sao Paulo), se benefician de un sostenido apoyo oficial (económico principalmente) para la realización de talleres, seminarios, encuentros, folletos y campañas que apuntan a la salud de las lesbianas. El Seminario Nacional de Lesbicas, que es anual y reúne a activistas de todo el país, cuenta siempre con financiamiento de las Secretarías de Salud y Justicia de la ciudad donde se lo realiza. Algunas personas critican el acento que se pone sobre el VIH/SIDA y las ETS en detrimento de otros temas y lo relacionan con que el apoyo oficial se dirige principalmente a esos asuntos, pero de todas maneras consideramos que es positivo que los grupos de lesbianas cuenten con recursos para abordar cualquier aspecto de la salud de nuestras comunidades, al menos como punto de partida para otras iniciativas. También en Brasil el apoyo de grupos feministas como S.O.S Corpo, CLADEM o la Rede Feminista de Saúde se aparta del modelo señalado en el punto anterior, felizmente. La existencia de una Defensoría Oficial para Personas Homosexuales en Sao Paulo y servicios como Disque Defesa Homossexual en Rio de Janeiro y en otras ciudades (con fondos estatales) también contribuye a la salud de las lesbianas. En el estado de Río Grande do Sul, según la especialista en temas de derecho Jueza Graciela Medina, los casos de violencia doméstica entre parejas del mismo sexo se litigan en los tribunales de familia y la actitud de jueces y juezas es muy positiva y carente de prejuicios³⁸.

b. En el resto de la región y en circunstancias infinitamente menos favorables, grupos como el GAG-L de Paraguay, Patlatonalli de México, Desalambrando de Argentina o el colectivo de lesbianas de Entre Amigos en El Salvador brindan asistencia psicológica a lesbianas por parte de profesionales capacitadas y con honorarios accesibles o en forma gratuita.

³⁸ Jueza Graciela Medina, comunicación personal vía electrónica, agosto 6 de 2002.

- c. Existen experiencias innovadoras como la del Taller Lésbico Creativo de Puerto Rico, un grupo de lesbianas que utiliza técnicas de teatro, danza y mímica para presentar talleres sobre temas difíciles como violencia doméstica, abuso de sustancias y lesbofobia tanto al interior de la comunidad lésbica como al público en general, con notable éxito y sin apoyo financiero de institución alguna.
- d. Grupos como el CIPAC/DDHH de Costa Rica han emprendido por su cuenta y con apoyo financiero mínimo (en algunos casos, sin ninguno) investigaciones sobre el suicidio de lesbianas y gays; el acceso a la mater/paternidad y a la vivienda en Costa Rica. En México, Lesbianas en Colectiva (del Distrito Federal) se encuentra trabajando desde hace algún tiempo en una investigación pionera sobre la pobreza entre las lesbianas. En Uruguay, el Grupo de Reflexión de Lesbianas está haciendo una encuesta sobre discriminación.
- e. Y, por supuesto, como ya mencionamos en los agradecimientos muchos de esos grupos (CIPAC/DDHH, Desalambrando, Patlatonalli, Fundación SIDA – Puerto Rico) han producido materiales como folletos, cartillas, afiches, informes y tarjetas sobre salud de las lesbianas.

Nota: Sólo hemos incluido en esta sección aquellas iniciativas de las que tenemos conocimiento. Suponemos (y deseamos) que haya otras que aún no conocemos, pero que deseamos conocer. Invitamos a todas aquellas cuyo trabajo hayamos omitido mencionar aquí a que por favor se contacten con nosotras lo antes posible, para ayudarnos a superar nuestra ignorancia.

6. Recomendaciones

A los estados de la región:

- Promulgación de leyes antidiscriminatorias que incluyan la orientación sexual a nivel nacional, estadual y local, en aquellos casos donde estas no existan ya.
- Derogación de leyes discriminatorias (como las de sodomía vigentes en Puerto Rico y Nicaragua).
- Promulgación de leyes sobre salud reproductiva que permitan el acceso de las mujeres solteras (incluyendo a las lesbianas) a los servicios públicos de fertilización asistida.
- Promulgación de leyes que garanticen la igualdad de derechos para las parejas del mismo sexo frente a las heterosexuales, sobre todo en cuestiones de seguro social, acceso a planes estatales de salud y vivienda, y decisiones médicas.
- Promulgar leyes sobre violencia doméstica que contemplen la situación de las parejas de lesbianas (y de hombres homosexuales), incluyendo servicios especiales para ellas y la capacitación en el tema del personal que trabaja en esta área.
- Incorporación de talleres y seminarios de sensibilización y formación en temas de salud lésbica (así como homosexual y transgénero) en las universidades públicas para las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Derecho.
- Fortalecimiento de las Defensorías de los Habitantes y Comisiones de Derechos Humanos mediante talleres y seminarios de sensibilización y formación para que puedan recibir denuncias a violaciones a los derechos humanos de las lesbianas (homosexuales, bisexuales y transgénero), incluyendo aquellas relativas al derecho a la salud, con participación activa y rentada de las organizaciones locales que trabajan en el tema.
- Promover investigaciones sobre salud de las lesbianas en las universidades y centros de investigación dependientes del Estado.

A las organizaciones de mujeres y feministas de la región:

- Buscar el contacto con los grupos de lesbianas que existen en el área en que desarrollan su trabajo. Invitarlas a aportar sus perspectivas en los proyectos que puedan involucrarlas. Incorporar actividades para lesbianas en los proyectos que presenten para su financiamiento y compartir esos recursos con las organizaciones de lesbianas que colaboren en el trabajo.

* Laura Eiven Activista desde el año 1990, Fundadora de Las lunas y las otras y Lesbianas a la vista, coordinadora de grupos, colaboradora para el IGLHRC en coordinación de talleres. Actualmente estudia Psicología Social; su formación previa abarca Terapias Corporales, Canto y Musicoterapia. Vive y trabaja en Buenos Aires, Argentina.

** Alejandra Sardá es la coordinadora del Programa para América Latina y el Caribe de la Comisión Internacional para los Derechos Humanos de Gays y Lesbianas, desde noviembre de 1999. Es activista lesbiana en la región desde 1991, y psicóloga clínica de profesión. Trabajó en clínica de pacientes LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgénero) e integró la Red de Terapeutas LGBT de Argentina. A nombre de IGLHRC, colabora con la campaña por una convención de derechos sexuales y reproductivos que CLADEM está llevando a cabo en la región. En la actualidad vive en ciudad de México.

*** Verónica Villalba, activista lesbiana y feminista, es coordinadora del Grupo de Acción Gay-Lésbico (GAG-L) e integrante de la Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP). Es comunicadora social y trabaja en el Área Mujer del Centro de Documentación y Estudios (CDE) en Asunción, Paraguay.