

## Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales\*

Health professional discourse on the sexual health of lesbian and bisexual women (abstract: p. 15)

Discursos de profissionais de saúde sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais (resumo: p. 16)

Diana M. Palma<sup>(a)</sup>

<dianapalma-23@hotmail.com> 

Linda Teresa Orcasita<sup>(b)</sup>

<ltorcasita@javerianacali.edu.co> 

\* Esta investigación hace parte del proyecto "Análisis del modelo de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la ciudad de Cali. Código: 020100646.

<sup>(a, b)</sup> Grupo de Investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad, Línea Familias, Género y Sexualidad, Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali. Cali, Colombia.

Mundialmente se han reconocido diversas problemáticas que afectan la salud sexual de las mujeres lesbianas y bisexuales, pero poco se conoce sobre la realidad en Colombia. Factores como la homofobia y el heterosexismo en la atención en salud retrasan el diagnóstico y el tratamiento, e impiden el acceso a este servicio. Por tanto, es importante comprender las perspectivas de los proveedores. Este estudio cualitativo explora los discursos y las prácticas de seis profesionales de la salud en Cali, Colombia sobre la salud sexual de esta población. Los participantes, provenientes de diferentes áreas de la salud, tenían entre 15 y 30 años de experiencia en su campo. Los resultados señalan brechas en el conocimiento y en la praxis en la atención en salud, que deben ser fortalecidas para proveer una atención de calidad y que reconozca las necesidades de las poblaciones diversas.

**Palabras clave:** Salud sexual. Profesionales de la salud. Atención en salud. Mujeres lesbianas y bisexuales.

## Introducción

Actualmente, cerca de 36.9 millones de personas conviven con el VIH en el mundo, de las cuales el 50% son mujeres<sup>1</sup>. Sin embargo, el número de mujeres lesbianas y bisexuales (MLB) afectadas es desconocido mundialmente, aunque la transmisión sexual en relaciones homoeróticas femeninas ha sido reconocido científicamente<sup>2</sup>. Segregar grupos afectados por el virus según la orientación sexual ha acarreado la estigmatización de las poblaciones; sin embargo, se debe reconocer que la presunción de la heterosexualidad de las mujeres ha generado su invisibilidad y exclusión en programas de prevención y atención en salud sexual, lo que hace necesario estudios específicos sobre sus necesidades y sobre la manera como se les provee de servicios en salud sexual<sup>2-4</sup>.

La salud sexual, es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de bienestar físico, mental y social en la dimensión sexual<sup>5</sup>. Por tanto, la salud sexual incluye el derecho de personas de todas las orientaciones sexuales a tener una vida sexual sana y placentera, libre de coacción, discriminación y violencia<sup>5</sup>. Pero existen diferentes componentes que afectan la salud sexual de las poblaciones, entre ellos, el marco legislativo y las políticas públicas de una nación, dimensiones sociales, el acceso a la educación, características de los sistemas de salud y factores económicos<sup>5</sup>.

En términos legislativos, Colombia tiene una de las constituciones políticas más avanzadas en relación a los derechos LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), en la cual el matrimonio, la adopción y leyes antidiscriminación han sido otorgados<sup>(c)</sup>. Sin embargo, a pesar de estos avances constitucionales, también existen altos índices de violencia hacia esta población, lo que hace que Colombia sea un contexto de interés para explorar las disparidades entre las leyes y las barreras diarias que enfrentan las personas LGBT en diferentes esferas sociales, incluyendo la atención en salud<sup>4</sup>.

Poco se conoce sobre las barreras específicas en salud sexual que viven las MLB en Colombia. Aunque, en una encuesta realizada a 1275 personas LGBT, las MLB y las mujeres transgénero presentaron las tasas más altas de no afiliación a ningún tipo de seguro de salud<sup>(d)</sup>. Solo 20% aseguró haber usado métodos de autocuidado como el condón o barreras de látex y el 40% ha recibido atención en salud sexual<sup>6</sup>.

Estudios nacionales e internacionales sobre el acceso a la salud sexual en las MLB, muestran menores índices de realización de pruebas como la citología y la mamografía<sup>7</sup>; menor acceso a los servicios de salud y mayor dificultad en encontrar un profesional de la salud comprensivo<sup>8</sup>, en comparación con las mujeres heterosexuales. En Colombia, la organización Colombia Diversa<sup>9</sup> encontró que las MLB tienen menores niveles de acceso a la salud porque se sienten incómodas al revelar su orientación sexual en estos espacios.

Por su parte, Chaparro<sup>10</sup> y Formby<sup>11</sup> señalan que la homofobia y el heterosexismo son factores presentes en la atención en salud de las MLB. Estos retrasan el diagnóstico y el tratamiento, así como dificultan el acceso de esta población a múltiples servicios. En este caso, la homofobia es definida como intolerancia o rechazo hacia las personas que tienen relaciones sexuales y/o afectivas que difieren del modelo heteronormativo de la sexualidad. A su vez, el heterosexismo se basa en una concepción de que el funcionamiento natural de la sociedad se enmarca en las relaciones heterosexuales exclusivamente, desde esta representación se limita a quienes van en contra de esa norma<sup>10</sup>.

<sup>(c)</sup> El matrimonio igualitario en Colombia fue aprobado en el año 2016 (SU-214/16). Asimismo, el derecho de las parejas del mismo sexo a aplicar en procesos de adopción fue aprobada en el 2015 (C- 683/15). Otras sentencias constitucionales también se han enfocado en prevenir la discriminación en entornos escolares (T-478/15) y laborales (T-152/07), entre otras esferas sociales. Todas las sentencias de la corte constitucional colombiana sobre los derechos de las personas LGBT pueden ser consultados en: <http://www.colombia-diversa.org/p/sentencias.html>

<sup>(d)</sup> El sistema de salud colombiano tiene dos tipos de seguro de salud de acuerdo a la vinculación laboral. El régimen contributivo es administrado por prestadores privados que recaudan fondos provenientes de empleados y empleadores; mientras que, el régimen subsidiado, es un seguro gubernamental que beneficia a las personas en situación de pobreza y/o desempleo.

En investigaciones que abordan la percepción de las MLB sobre la atención en salud, se encontró que el 75% reportó que los profesionales no preguntan sobre su orientación sexual y el 6% señaló haber recibido comentarios inapropiados por parte de ellos<sup>11</sup>. Resultados similares fueron encontrados en Noruega y Australia, donde se reportó que los profesionales de la salud usualmente asumían su heterosexualidad y ellas por miedo a la discriminación, preferían ocultar su orientación<sup>12</sup>. Asimismo, en otras investigaciones las participantes que perciben que los profesionales tienen una información escasa o inadecuada sobre su salud sexual y las de ITS en relaciones homoeróticas femeninas<sup>11,12</sup>.

Específicamente en Latinoamérica, se ha encontrado que existe una presunción de la heterosexualidad en las consultas ginecológicas que invisibiliza las prácticas homoeróticas femeninas<sup>13</sup>. En resultado, ellas expresan una sensación de inconformidad pues no reciben la información adecuada sobre sus prácticas sexuales<sup>13</sup>. Asimismo, en Perú y Brasil, las razones por las cuales las MLB reportan no acudir al médico es por vivencias de estigma y discriminación<sup>14</sup>.

Esta brecha en el conocimiento y en las prácticas en la atención de los profesionales de la salud, también ha sido reportada en México y Argentina, a través de estudios que señalan la asunción de la heterosexualidad en la consulta médica determina el tipo de preguntas que hace el profesional, el tipo de atención y tratamiento que brindan<sup>15</sup>. Para las participantes del estudio mexicano, la “salida del closet” en el ámbito médico surgía de una manera a veces forzada para recibir una atención adecuada, en la que en ocasiones se enfrentaban a diferentes formas de violencia que incluyen el cambio de actitud, prejuicios o discriminación por parte de los profesionales.

Por otro lado, en el estudio realizado en Argentina, en el que se le aplicó un cuestionario a 161 MLB. Se reportó que el 93,6% de las mujeres atendidas no recibió información sobre las rutas de transmisión de ITS entre dos mujeres<sup>16</sup>. Lo cual, podría dar cuenta de la poca sensibilidad que tienen los prestadores frente a la diversidad sexual y sus necesidades específicas en salud sexual.

Estudios realizados con los profesionales de la salud, muestran que ellos presentan actitudes positivas en relación a las MLB, esas actitudes se relacionan con su nivel de educación los profesionales<sup>17</sup>. Aunque, en contraste, un estudio realizado en Cali, lugar donde se realizó la presente investigación, se encontraron actitudes negativas y una percepción de distanciamiento social hacia las personas LGBT en futuros profesionales de la salud<sup>18</sup>.

Otros estudios enfocados en las barreras de atención en salud han encontrado que los profesionales tienen dificultades individuales como la falta de entrenamiento en diversidad sexual, bajas habilidades de comunicación, miedo de ofender a sus pacientes, pocas experiencias atendiendo a personas LGBT<sup>19</sup>; y creencias heteronormativas sobre la familia, el matrimonio y la reproducción<sup>20</sup>.

Adicionalmente, en un estudio realizado por Khalili et al.<sup>21</sup> se encontraron barreras estructurales en la atención, como la falta de políticas inclusivas hacia esta población. Asimismo, se han reportado barreras que emergen en la interacción entre las pacientes y los profesionales, tales como, la falta de confianza y la percepción de poca confidencialidad<sup>19</sup>. En Latinoamérica, estas barreras han sido descritas como: la heteronormatividad en la práctica médica que obliga a las MLB a ocultar su orientación sexual; el desconocimiento e invisibilidad de las prácticas homoeróticas

femeninas y desinformación en los profesionales de la salud y/o prejuicios sobre la homosexualidad<sup>14</sup>.

Los estudios que abordan la salud sexual de las MLB en Colombia, especialmente desde el punto de vista de los profesionales de la salud, son escasos<sup>4</sup>. Por lo tanto, son necesarios estudios que aborden las experiencias de mujeres colombianas, los conocimientos de los prestadores y sus prácticas de atención en salud, pues en el país existen condiciones sociales, políticas y económicas que impiden el acceso a la salud de la población de MLB, lo que genera dificultades en la creación y en la implementación de políticas públicas que aborden las necesidades de la comunidad<sup>22</sup>. Los profesionales de la salud constituyen una pieza clave en la provisión de los servicios de salud sexual y finalmente es en ellos en quien recae la responsabilidad de proveer en un espacio seguro para conversar sobre las prácticas sexuales y por ello se hace necesario conocer sus perspectivas en el abordaje de la población.

En ese sentido, este estudio explora los discursos y las prácticas de profesionales de la salud en torno a la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales en Cali, Colombia. Este estudio hace parte de la fase diagnóstica de un Programa de Prevención del VIH/Sida diseñado para la población de MLB<sup>(e)</sup>, realizado en el año 2015-2016, los resultados presentados en este reporte alimentaron la identificación de necesidades y los temas abordados en ese Programa. Este programa, y por tanto esta investigación, fue financiado como parte de las Becas de Jóvenes Investigadores Colciencias núm. 645.

## Método

Este estudio tiene un diseño cualitativo exploratorio<sup>23</sup>. Este diseño es útil para proveer una descripción inicial del fenómeno en el contexto donde se realiza la investigación, pues poco se conoce sobre el tema en Colombia sobre las perspectivas, actitudes y representaciones de los profesionales de la salud en relación a la salud sexual de mujeres con sexualidades no-heteronormativas. La presente investigación tomó lugar en Cali, Colombia entre el año 2015 y 2016.

## Participantes

Seis profesionales de la salud participaron en este estudio. Se adoptó un método de muestreo intencional con el fin de incluir casos que pudieran proveer una información basta sobre el tema de investigación<sup>24</sup>. Dada la brecha de información sobre la atención en salud proveída a las MLB y las perspectivas de los profesionales alrededor de ella, un muestreo heterogéneo fue realizado para recuperar información de diferentes campos de la salud<sup>24</sup>. Los criterios inclusión incluyeron ser profesionales de las áreas relacionadas con la salud, tener más de diez años de experiencia profesional y trabajar directamente en la atención de personas en temas de salud sexual. La manera como se identificó a los participantes fue a través de informantes claves que referían a profesionales de la salud que cumplieran con esos criterios.

De esta manera, este estudio incluye relatos de psicólogos, ginecólogos, médicos generales y especialistas en salud pública. Igualmente, se incluyen profesionales de ambos regímenes de salud en el país, pues la mitad de ellos han trabajado en el sector público y la otra mitad ha trabajado en el sector privado. Estos participantes contaban

<sup>(e)</sup> "La Solución es la Tijera" fue un programa de prevención del VIH/SIDA para mujeres lesbianas y bisexual desarrollado en Cali, Colombia que tuvo como objetivo promover la vivencia de una sexualidad saludable y placentera, mediante el fortalecimiento de prácticas de autocuidado y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. A través de metodologías participativas se abordaron temas como: conocimientos y prácticas sexuales. Prácticas preventivas, redes sociales de apoyo, recursos para la revelación de la orientación sexual, acceso a servicios de salud, derechos ciudadanos y derechos sexuales y reproductivos.

con 15 - 30 años de experiencia en el ejercicio de su profesión. La siguiente tabla sintetiza las características de los participantes.

**Tabla 1.** Caracterización de participantes.

Participante	Profesión	Género	Años de experiencia laboral	Sector de trabajo
1	Ginecología	Masculino	15 años	Sector Público
2	Ginecología	Femenino	28 años	Sector Público y Sector Privado
3	Psicología	Femenino	13 años	Sector Privado
4	Psicología	Masculino	24 años	Sector Público
5	Medicina General	Femenino	18 años	Sector Privado
6	Especialista en Salud pública	Femenino	10 años	Sector Público

## Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas. Previo a las entrevistas se construyó una guía de tópicos y preguntas que fue validada por tres jueces expertos de áreas de la psicología y enfermería con experiencia en investigación cualitativa y en salud sexual para aumentar la rigurosidad metodológica del estudio. A partir de las brechas identificadas en la literatura sobre el acceso y la calidad de la atención en salud por parte de los proveedores, las entrevistas abordaron temas como (a) los conocimientos que tienen los proveedores sobre la transmisión de ITS en la población de MLB; (b) sus creencias sobre la homosexualidad femenina para identificar cómo sus representaciones, estereotipos y/o actitudes influyen en sus prácticas de atención en salud; (c) la manera como abordan a la población de MLB en sus consultas y (d) las barreras que perciben en la atención y las necesidades específicas que creen que presentan las MLB.

## Procedimientos

“Recolección de datos”. Se realizaron entrevistas individuales con un promedio de duración de una hora. En general, se realizaron en los consultorios de los participantes. De acuerdo a la resolución 008439 de 1993, emitida por el Ministerio de Salud, que contiene las normas para la investigación de salud en Colombia, todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y el carácter voluntario de su participación<sup>25</sup>. Se obtuvo el consentimiento informado y se protegen datos que permitan su identificación. Las entrevistas fueron grabadas en audio y luego fueron transcritas para la sistematización de los datos.

“Análisis de datos”. Se realizó análisis temático para identificar, segmentar y establecer las ideas principales de los participantes<sup>23</sup>. En primer lugar, la calidad de las transcripciones fue revisada para después organizar los datos en categorías principales construidas a partir de antecedentes empíricos y conceptuales. Estas categorías fueron: conocimientos sobre ITS, creencias sobre la homosexualidad, prácticas de atención en salud y necesidades de atención en salud en MLB.

Los datos fueron codificados a través del software ATLAS.TI. Para reducir sesgos en el análisis, captar de manera sustancial la complejidad de los datos y otorgar rigor al proceso investigativo se usó la estrategia de Análisis Cualitativo Consensuado (Consensual Qualitative Research, CQR), en el que se genera consenso entre los investigadores cuando se codifican los datos<sup>26</sup>. En el proceso, dos investigadoras codificaron las entrevistas de manera independiente en relación a las categorías planteadas, después las apreciaciones fueron compartidas y en caso de existir desacuerdos en la categorización de las ideas las diferencias fueron consultadas con una persona adjudicada como “juez” quien finalmente tenía el papel de escuchar ambas posiciones y retroalimentar sobre el proceso de codificación.

Adicionalmente se buscó añadir credibilidad<sup>27</sup> a los resultados por medio del reconocimiento por parte de personas allegadas al fenómeno que verificaron que los resultados presentados correspondieran a la realidad. Antes de escribir este reporte, se realizó un programa de salud sexual y reproductiva dirigido a mujeres lesbianas y bisexuales, así como la presentación de estos resultados a profesionales de la salud en conferencias y seminarios, en donde a través de conversaciones se discutieron estas experiencias.

## Resultados

### Conocimientos sobre ITS y prácticas homoeróticas

En esta sección se identificaron conocimientos relacionados con la transmisión del VIH y otras ITS en prácticas homoeróticas femeninas<sup>(f)</sup>. También se indagó sobre el reconocimiento de políticas inclusivas dirigidas hacia la población.

En primer lugar, se encontró que los participantes tenían conocimiento científico general, sin embargo, señalaron no tener claridad sobre la transmisión de ITS entre dos mujeres. Esto se relaciona con el desconocimiento de sus prácticas sexuales y las lógicas relacionales que subyacen las relaciones entre ellas, por ejemplo, algunos profesionales consideran que no existe penetración ni intercambio de fluidos. De igual manera, reportaron el desconocimiento de las múltiples prácticas sexuales actuales o “modernas”. Esto evidencia que existe una brecha entre el conocimiento científico sobre las ITS y la comprensión de las prácticas sexuales entre mujeres, así como el desconocimiento de casos diagnosticados en la población.

Yo asocio la transmisión de ITS a la genitalidad exclusivamente entre hombre-mujer, pero entre ellas médicamente puede ser posible... Yo no sé y no he tenido experiencia... me causa curiosidad cómo pude una mujer adquirirlas pero se me ocurre que la vía oral pudiera ser una de las vías (Ginecólogo)

Uno realmente no conoce mil cosas sobre sexualidad porque en las escuelas de medicina eso no se habla, entonces la homosexualidad es un mundo desconocido al que uno no ha entrado y no sabe cuáles son los riesgos para podérselos advertir a ellas ni mucho menos orientarlas (Ginecólogo)

<sup>(f)</sup> Se aclara que al referirse a prácticas homoeróticas, no se refiere a una especificidad de las ITS propias de la orientación sexual de las personas sino al conocimiento de los prestadores sobre la posibilidad de transmisión de ITS entre dos mujeres, es decir conocimientos médicos de la comunicabilidad de las infecciones. Estos conocimientos médicos son primordiales para el acompañamiento de la población sobre prácticas sexuales seguras.

Por otro lado, ningún profesional tenía conocimiento de programas o políticas públicas para la comunidad LGBT, señalaron que la razón por la que percibían que no existían era porque había temor institucional de realizar intervenciones específicas para la población. Otros señalaron que la población heterosexual es de mayor proporción y por ende los programas enfatizan en ella; las políticas públicas del país no consideran a la población y por tanto, aunque exista una mirada desde la diversidad sexual en los programas, esta reflexión está desvinculada de sus prácticas:

La población heterosexual es más grande por eso las actividades se centran más hacia ellos, pero creo que sería una apuesta importante hacer un énfasis no muy puntual, pero si incluirlo dentro de la generalidad (Médica general)

Falta cambiar el imaginario de los que hacen las políticas porque a pesar de que tengamos mente abierta seguimos haciendo lo mismo, pensamos en blanco y negro y hacemos políticas en blanco y negro que dejan por fuera muchos sectores de la población (Salubrista pública)

Tal como reportaron los participantes, esta brecha en el conocimiento puede deberse a que ninguno recibió entrenamiento o cursos sobre diversidad sexual en sus programas de formación o en las instituciones en las que trabajan, ni están enterados de avances a nivel político y social.

### **Creencias sobre la homosexualidad femenina**

Se encontró que los participantes concebían la homosexualidad femenina como una expresión válida de la sexualidad. Sin embargo, también tenían creencias alrededor del desarrollo de la orientación sexual relacionadas con la homosexualidad como una moda juvenil; como una identidad válida sólo cuando se tienen claridad del proyecto de vida; como un estilo de vida con una alta rotación de pareja a la que se llega después de haber tenido relaciones sexuales con alguien del sexo opuesto o por consecuencia de una situación traumática, es decir que se percibe que “se deserta de la heterosexualidad”.

[...] yo diría que la mayoría de las mujeres lesbianas han sido abusadas, yo intuiría que haber sido víctimas de ese abuso las llevo a desertar de la heterosexualidad. Lo otro es que el bisexualismo está aflorando en Cali, será que eso se volvió moda, porque me han dicho que siempre se reúnen una mujeres jovencitas en el (centro comercial) (Psicólogo)

De igual manera, se encontró la creencia de que una mujer lesbiana puede pasar desapercibida en los servicios de salud porque, al igual que en la sociedad, la expresión de afecto entre dos mujeres es válida socialmente y eso permite cierta sensación de “camuflaje”:

las mujeres lesbianas se encubren más porque estamos más acostumbradas a ir juntas al baño, a que nos damos las manos por la calle, nos damos abrazos y besos y todo el mundo dice “ay, tan amigas” esa es una ventaja, que se diluyen

en la sociedad pero asimismo se diluyen en la consulta porque no podemos identificarlas a simple vista (Ginecóloga)

Estas creencias desde formas estereotipadas de lo que significa ser MLB, configura la manera como se aborda esta cuestión en la atención.

### Estilos de abordaje de las MLB en la atención en salud

Se encontraron tres tipos de formas de atención en salud que hacen parte de las prácticas cotidianas y/o procedimientos institucionales que resultan a partir del análisis de los profesionales entrevistados. En primer lugar, se encontró un estilo de atención evitativo en el que no se hacen preguntas directas sobre la orientación sexual, además de brindar una atención basada en una visión heteronormativa de la sexualidad desde la cual se asume *a priori* la heterosexualidad de la mujer. En este modo de atención, se esperaba fuera la paciente quien comentara su orientación sexual. Esto tiene como consecuencia que los profesionales no perciban haber atendido una gran cantidad de MLB:

uno les dice ¿bueno, y su compañero? Y dicen no, es que no tengo compañero, tengo compañera. No es frecuente que ellas vayan a consulta por algo ginecológico, probablemente algunas de las que han ido por otras razones tengan esa orientación en la consulta no indago, puede uno haberlas tenido al frente pero no haberse dado cuenta (Ginecólogo)

Otra forma de atención encontrada fue la neutralidad, en la que la orientación sexual se considera una dimensión neutra que no es abordada, porque no es considerada relevante y se brinda una atención generalizada:

Aquí lo que hacemos lo hacemos pensando en toda la comunidad, tratamos que toda la información se dirija a toda la comunidad sin discriminación (Médica general)

Dependiendo del motivo de consulta tiene importancia preguntar la orientación, otras veces no, sería importante si ellas consultan por alguna alteración genital por las prácticas que hay detrás, pero generalmente no es un elemento importante porque los motivos de consulta más frecuente son alteraciones de sangrado, dolor... (Ginecólogo)

Asimismo, en menor medida, se encontró que existe segregación en la atención, en la que existe un juicio de valor sobre el estado de la salud mental de las MLB, en la que se patologiza su orientación sexual, y/o se remiten a otros profesionales: "lo más seguro es que si me dicen que debo atender a una mujer lesbiana o a su pareja yo más bien le diría - mira porqué más bien no vas a hablar con fulana de tal- la remito porque siento que no tengo los recursos suficientes" (Psicólogo).

Por tanto, el desconocimiento y el poco abordaje de la función erótica de la sexualidad están generalmente presentes en la atención en salud de las MLB, pues se aborda desde la patología, la enfermedad y el silencio.

### **Barreras percibidas por los profesionales en la atención de MLB**

Los participantes identificaron barreras estructurales para la atención de las MLB. Estas barreras reportadas son la omisión de la diversidad sexual en los programas de formación y en las instituciones de prestación de servicios; y la existencia de sistemas de información que no incluyen la opción de registrar la orientación sexual de los pacientes, por tanto, se dificulta su seguimiento y el conocimiento de su acceso a la salud. En el caso específico de la atención del VIH se encontró que en los talleres de capacitación de la asesoría pre-post de la prueba, realizados por el Ministerio de Salud, no se aborda a la mujer lesbiana como vulnerable frente a la epidemia, por tanto, en el diagnóstico de casos no se pregunta por la orientación sexual de las mujeres. Los siguientes relatos reflejan estas barreras:

En la capacitación de asesoría para la prueba voluntaria realizada por el Ministerio (de salud), nunca se habla de lesbianas, en el cronograma y guía del Ministerio no está considerado. Nosotros (el personal en salud) no lo vemos problemático (Psicólogo)

En la historia clínica ginecológica, la pregunta de orientación sexual no existe. En el diseño de la historia se preguntan muchas otras cosas, pero qué orientación sexual tiene la persona no es parte de la ecuación (Ginecólogo)

Los participantes reportaron, además, una gran dificultad para preguntar la orientación sexual por miedo a ser intrusivos, prefiriendo no ser ellos quienes inician el tema. Igualmente, reportaron que sienten que no tienen los recursos suficientes para abordar la orientación sexual; para mostrar apertura frente al tema o para fortalecer la comunicación y la confianza con esta población. Se resalta que manifestaron preocupación por “no tener los recursos para determinar a simple vista a una mujer lesbiana”:

Nosotros no estamos sensibilizados a poder detectar la orientación sexual de una mujer, tenemos más agudizados los sentidos para detectar el hombre homosexual pero eso es derivado de una homofobia de la sociedad, los hombres se la pasan viendo cuál es el tipo que no es tan macho (Ginecóloga)

Esta preocupación de poder “detectar” la homosexualidad a simple vista implica la existencia de estereotipos sobre la apariencia de las MLB, que no solo son incorrectos sino dañinos, pues dificulta su acompañamiento en salud e inclusión dentro de los programas.

## Necesidades de atención de las MLB percibidas por los profesionales

Los participantes identificaron dos tipos de necesidades en salud que presenta la población. La primera, se refiere a mejoras que deben realizarse a nivel estructural en el sistema de salud. Estas implican la creación de historias clínicas más incluyentes que permitan el registro de cuántas mujeres acceden, cuáles son sus motivos de consulta y sus características. Otra mejora es la creación de guías y protocolos de atención que le indique a los prestadores cómo proceder de manera adecuada. Los siguientes relatos soportan lo anterior:

la homosexualidad es más en hombres que en mujeres, esa es mi percepción porque aquí no tenemos registros de cuantos pacientes homosexuales consultan, no tenemos registro de esa población. Conocemos las otras causas son de enfermedad general pero no específicamente qué es lo más común o lo particular en ellas. (Médica General)

En segundo lugar, los participantes resaltaron necesidades en la promoción de la salud sexual. Estas necesidades tienen que ver con la inclusión o mejora de servicios existentes en salud sexual. También, señalaron la necesidad de hacer mayor énfasis en la promoción del autoexamen de seno y la realización de la citología, pues consideran que ellas no se realizan regularmente estos exámenes.

Asimismo, algunos profesionales consideran importante abordar riesgos psicosociales y el consumo de sustancias psicoactivas, producto de la homofobia internalizada. Todo lo anterior en el marco de una atención cálida y confidencial.

## Discusión

Este estudio tuvo como objetivo explorar los discursos de un grupo de profesionales de la salud alrededor de la salud sexual de MLB en Cali, Colombia. Los resultados encontrados dan cuenta de brechas en el conocimiento y las prácticas para la atención de la población, que deben ser fortalecidas para proveer una atención que garantice su derecho a recibir una atención de calidad y acorde a sus necesidades<sup>28</sup>. En general, las dificultades expresadas por los prestadores son el resultado de visiones heteronormativas que imperan en la atención en salud y les impide responder de manera adecuada en la provisión de estos servicios a la población<sup>14</sup>.

En esta investigación se reafirman los resultados encontrados en otros estudios en los que los profesionales desconocen las formas de transmisión de ITS en relaciones homoeróticas femeninas<sup>11</sup>, dificultando la asesoría adecuada en el ámbito de la consulta. Estos resultados aportan a la visibilización de la necesidad de mejorar la inclusión de las MLB en los sistemas de salud, aun cuando en Colombia se ha avanzado constitucionalmente en los derechos de esta población.

El desconocimiento por parte de los participantes se relacionó con la poca educación recibida en temas relacionados de diversidad sexual, variable que se considera elemental para la prestación adecuada de atención en salud<sup>10</sup>. Por lo tanto, dado que la educación es un eje fundamental para la re significación de creencias y actitudes, es necesario considerar la inclusión de cátedras y cursos de especialización

en los programas de pregrado y de posgrado, que aborden de manera afirmativa las necesidades específicas en salud de los todos grupos poblacionales, considerando las intersecciones étnicas, etarias, de género, entre otros aspectos<sup>19</sup>. Este entrenamiento sería especialmente útil en Latinoamérica, en donde se tienen representaciones de género particulares que jerarquizan los valores masculinos sobre los femeninos, permeando el acceso a la salud y a la educación en salud sexual<sup>19,29</sup>.

Los resultados evidencian vacíos en relación al abordaje de la dimensión erótica de la sexualidad, por tanto, es necesario educar a los profesionales en entender la sexualidad como un concepto multidimensional con funciones biológicas, eróticas, comunicativas y relacionales<sup>30</sup>. Es desde esa comprensión que se podrían superar creencias erróneas que vinculan la homosexualidad con un trauma infantil, con una moda juvenil o como una “desviación” la heterosexualidad.

Sin embargo, los relatos de los participantes reflejan que, más allá de una educación netamente conceptual, se deben incluir entrenamientos que le permitan al profesional identificar mejores prácticas y fortalecer sus habilidades de comunicación. Precisamente, la forma de comunicación entre el profesional y las mujeres fue descrita por los participantes como un diálogo mediado por el temor y la sensación de no tener los recursos para abordar el tema de la orientación sexual, lo que en últimas marcaba sus estilos de atención en salud, aspecto que termina convirtiéndose en una barrera específica del acceso a la salud.

Según las formas de atención encontradas en los participantes, prevalecen estilos evitativos y neutrales hacia las MLB. Tal como lo encontró Formby<sup>11</sup>, los profesionales generalmente asumen la heterosexualidad de sus pacientes y no ahondan sobre la orientación sexual. Además, se otorga a ellas la responsabilidad de romper el silencio y revelar un aspecto que es central para la atención y el diagnóstico<sup>12</sup>. Entonces, ceder esa responsabilidad a la población misma puede causar lo que los participantes llaman “diluirse” dentro de los servicios de salud y, en consecuencia, impide que se visibilicen las necesidades de la población dentro de ellos. Por esta razón, los profesionales de la salud deben ser capaces de elicitar y crear una historia sexual y social detallada.

Preguntar la orientación sexual trasciende la mera toma de información y se convierte en un asunto que reconoce la dignidad y la identidad de las personas, púes genera su reconocimiento dentro de un sistema de salud que tradicionalmente las ha ignorado en sus políticas y programas<sup>12,28</sup>. Este planteamiento centra al profesional como un agente clave en la creación de un espacio seguro y respetuoso, pero así mismo los sitúa en un lugar central para reducir las disparidades en salud que actualmente enfrenta la población y para visibilizar la no heterosexualidad femenina en el campo biomédico<sup>14,19</sup>. Por lo tanto, es importante nombrar a las MLB en los contextos de salud, hablar de su cotidianidad, de su humanidad y de su vida, de manera que se reduzca esa sensación de lejanía e invisibilidad reportada en este estudio<sup>31</sup>. Estos aspectos deben reconocerse también al interior de las estructuras de orden político que son los encargados de crear y orientar las líneas de acompañamiento en términos de salud.

El abordaje de la orientación sexual en el marco de la salud sexual, debe ser un abordaje positivo, en lugar de un abordaje patologizante. En ese sentido, la orientación sexual debe ser entendida de una manera respetuosa y manejada de manera que permita el mejoramiento de la salud y no el señalamiento de los grupos o los colectivos

sociales<sup>4</sup>. Conocer esta información es valiosa para el adecuado acompañamiento de las mujeres, pues para promover la salud sexual es necesario, no solo conocer las prácticas sexuales sino también las motivaciones, los retos, las experiencias de las mujeres. Estas características se relacionan con la vivencia de su orientación sexual e incluyen aspectos de orden individual, social e incluso político<sup>4</sup>.

En cuanto a las barreras estructurales reportadas en el estudio, se reflejan los retos en la provisión de servicios en salud para la población en Colombia. Desde sus relatos se evidencia la necesidad de ajustar las historias clínicas de los centros de salud, de manera que se pueda registrar la orientación sexual de los pacientes, eso permitirá identificar de manera sistemática los motivos de consulta, los procedimientos y las necesidades puntuales de la población. Asimismo, es necesario crear políticas y protocolos que se aparten de miradas heteronormativas de la provisión en salud, no solo a nivel institucional sino también a nivel regional y nacional. Estas barreras estructurales también han sido reportadas en otras investigaciones<sup>21</sup> y reflejan la necesidad de seguir construyendo sistemas de salud que sean sensibles a la diversidad sexual.

Por lo anterior, se hace prioritaria: (a) la capacitación y sensibilización en diversidad sexual del personal de salud para lograr una formación médica que resulte en una atención en salud inclusiva alejada de supuestos heteronormativos y homofóbicos; (b) el diseño de programas que atiendan las necesidades de todas las poblaciones, con miradas que reconozcan las distintas orientaciones sexuales (c) la creación de recursos informacionales desde lenguajes que incluyan a la población, por ejemplo, la creación de folletos para la toma de citología o del autoexamen de mama que expresen de manera clara y adecuada que estos exámenes de rutina deben ser realizados para todas las mujeres independientemente de su orientación sexual, pues esas omisiones en el lenguaje cotidiano también se traduce en barreras de la población para el acceso a los servicios de salud.

Los resultados de este estudio exploratorio, sugieren que es importante seguir planteando investigaciones que permitan conocer las distintas experiencias de las MLB en el acceso a la salud sexual en diferentes regiones de América Latina<sup>4</sup>, dado que a través de estos servicios se retroalimentan lo que ellas mismas perciben sobre su salud<sup>11</sup>.

Este trabajo de orden cualitativo provee comprensiones iniciales sobre la situación en el contexto caleño que pueden ser usadas para la atención de este contexto particular. Sin embargo, dado que poco se conoce sobre el tema en Colombia, el tamaño muestral incluido resulta limitante para generar comprensiones sobre la atención de las MLB a nivel nacional y se sugiere la realización de estudios de orden mixto en diferentes regiones del país para lograr una comprensión más amplia del fenómeno.

Asimismo, en este estudio no se consideró el género del personal de salud y el número de participantes mujeres fue mayor, por lo que sería relevante realizar investigaciones que tengan en cuenta la variable género en las respuestas de los profesionales. Por último, esta investigación hace parte de una investigación macro que aborda prácticas sexuales y preventivas frente al VIH, es por esta razón que las preguntas se orientaron hacia los componentes conceptuales relacionados con el virus. Sin embargo, aunque los resultados pueden ser extrapolados al campo general de la salud sexual, es necesario realizar investigaciones más específicas en temas como el VPH, el cáncer de mama y la reproducción para indagar el acceso de la población.

La razón por la que se enfatizó esta problemática es por la resistencia tradicional de los gobiernos y programas para incluirlas dentro de las agendas de promoción y atención del VIH<sup>4</sup>

Por último, la importancia de estos resultados es que permite la identificación de dificultades en la provisión de servicios en salud a la población a nivel local que podrían aportar a los esfuerzos que deben realizarse localmente según la Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos, planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>32</sup>.

### Contribuciones de las autoras

Todas las autoras participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

### Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



## Referencias

1. UNAIDS. Global AIDS update 2016 [Internet]. Ginebra; 2016 [citado 2 Jun 2017]. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
2. Logie CH. (Where) do queer women belong? Theorizing intersectional and compulsory heterosexism in HIV research. *Crit Public Health*. 2015; 25(5):527-38. doi: 10.1080/09581596.2014.938612.
3. Poteat T, Logie C, Adams D, Lebona J, Letsie P, Beyrer C, et al. Sexual practices, identities and health among women who have sex with women in Lesotho—a mixed-methods study. *Cult Health Sex*. 2014; 16(2):120-35. doi: 10.1080/13691058.2013.841291.
4. Palma DM, Orcasita LT. Considerations for the design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programs for lesbian and bisexual women. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):1031-8. doi: 10.1590/1807-57622016.0790.
5. Organización Mundial de la Salud. Developing Sexual Health Programmes: a framework for action [Internet]. Ginebra; 2010 [citado 2 Jun 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?ua=1)
6. Universidad Nacional de Colombia. Profamilia. Encuesta LGBT: sexualidad y derechos [Internet]. Bogotá; 2009 [citado 2 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47154/1/9789587192384.pdf>



7. Mollon L. The forgotten minorities: health disparities of the lesbian, gay, bisexual, and transgendered communities. *J Health Care Poor Underserved*. 2012; 23(1):1-6. doi: 10.1353/hpu.2012.0009.
8. Hiestand K, Horne S, Levitt H. Effects of gender identity on experiences of healthcare for sexual minority women. *J LGBT Health Res*. 2008; 3(4):15-27.
9. Colombia Diversa. Revisión de intervenciones afirmativas de salud para personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas). Bogotá: Colombia Diversa; 2010.
10. Chaparro R. Efecto del entrenamiento para intervención psicológica con población de gays, lesbianas y bisexuales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
11. Formby E. Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England. *Cult Health Sex*. 2011; 13(10):1165-79. doi: 10.1080/13691058.2011.610902.
12. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27(4):238-43. doi: 10.3109/02813430903226548.
13. Mertehikian YA. Salud sexual-reproductiva y heteronormatividad: experiencias con los servicios de salud de jóvenes lesbianas y bisexuales en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En: Ponencia presentada en 11o Jornadas de Sociología, Carrera de Sociología; 2015; Santiago del Estero. Santiago del Estero: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2015. p. 13-7.
14. Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Luciani Conde L, Perrotta GV, Capriati A, et al. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):673-84. doi: 10.1590/1807-57622013.0049.
15. Navarro-Corona C, Rocha T, Tena O, Cruz C, Herrera C, Salgado PC. Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual. *Psicol Iberoam*. 2016; 24(2):44-52.
16. Silberman P, Buedo PE, Burgos LM. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev Salud Publica (Córdoba)*. 2016; 18(1):1-12. doi: 10.15446/rsap.v18n1.48047.
17. Vazquez M, Sayers-Montalvo S, Nazario-Serrano J. Actitudes hacia gays y lesbianas en psicoterapia de estudiantes graduados/as de psicología y psicólogos/as clínicos/as con licencia. *Interam J Psychol*. 2013; 46(3):435-46.
18. Velásquez A, Gutiérrez J, Quijano C. Representaciones sociales sobre la homosexualidad en estudiantes heterosexuales de psicología y de biología: un estudio descriptivo. *Teor Crit Psicol*. 2013; 3:40-62.
19. Stott DB. The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. *Med Teach*. 2013; 35(9):752-9. doi: 10.3109/0142159X.2013.801943.
20. De Oliveira J, Almeida MJ, Nogueira C. Exploring medical personnel's discourses on the sexual health of lesbian and bisexual women in greater Lisbon, Portugal. *Rev Colomb Psicol*. 2014; 23(2):297-309. doi: 10.15446/rcp.v23n2.38657.
21. Khalili J, Leung LB, Diamant AL. Finding the perfect doctor: identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender: competent physicians. *Am J Public Health*. 2015; 105(6):1114-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.302448.



22. Jaime M. Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de las comunidades LGTBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Buenos Aires: CLACSO; 2013.
23. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. 2a ed. London: Sage; 2010.
24. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990.
25. Ministerio de Salud. Resolución nº 008439, de 4 de Octubre de 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993 [citado 2 Jun 2017]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
26. Hill CE, Knox S, Thompson BJ, Williams EN, Hess SA, Ladany N. Consensual qualitative research: an update. *J Couns Psychol.* 2005; 52(2):196.
27. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003; 34(3):164-7.
28. Fish J, Bewley S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health Soc Care Community.* 2010; 18(4):355-62. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x.
29. Bravo MDLLG. Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México. *Arch Hispanoam Sexol.* 2009; 15(1).
30. Alzate H. Sexualidad humana. Bogotá: Editorial Temis; 1987.
31. Røndahl G. Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(1):146-52.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014 [citado 2 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

---

Although factors affecting the sexual health of lesbian and bisexual women are widely recognized, little is known about the reality in Colombia. Attitudes such as homophobia and heterosexism in healthcare services delay diagnosis and treatment and hinder access to services. It is therefore important to understand the perspectives of the people who provide these services. This qualitative study explores the discourse and practices of health professionals working in different areas of healthcare in Cali, Colombia, in relation to this group. Six professionals with between 15 and 30 years of experience in their field took part in the study. The findings reveal gaps in knowledge and in the praxis of healthcare, which must be strengthened to provide the quality of healthcare and the recognition of the needs of diverse populations.

**Keywords:** Sexual health. Health professionals. Healthcare. Lesbian and bisexual women.



Embora o mundo todo reconheça várias questões que afetam a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais, pouco se sabe sobre a realidade na Colômbia. Fatores como a homofobia e heterossexismo na atenção à saúde retardam o diagnóstico e tratamento e impedem o acesso aos serviços, por isso é importante compreender as perspectivas dos provedores. Este estudo qualitativo explora os discursos e as práticas de seis profissionais de saúde em Cali, Colômbia sobre a saúde sexual dessa população. São profissionais de diferentes áreas da saúde, com idades entre 15 e 30 anos de experiência no seu campo. Os resultados apontam lacunas no conhecimento e na práxis da atenção à saúde, que deve ser fortalecida para prover uma atenção de qualidade e o reconhecimento das necessidades das diversas populações.

**Palavras-chave:** Saúde sexual. Profissionais de saúde. Atenção à saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais.

Presentado el 15/06/17.

Aprobado el 06/06/19.