



## Lesbianas y bisexuales en el sistema de salud ecuatoriano: garantía del derecho a salud sin violencia

*Lesbians and bisexuals in the Ecuadorian health system: guarantee of the right to health without violence*

Ana Karen Garita Sánchez <sup>1, @</sup>

<sup>1</sup> Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede Ecuador.

@ Autor/a de correspondencia: psi.karengarita@gmail.com

Recibido: 31/07/2020

Aceptado: 03/10/2020

### Resumen

Una de las principales problemáticas que afecta a las mujeres lesbianas y bisexuales es la violencia, el rechazo familiar y social que conlleva en muchas ocasiones a recurrir a la invisibilidad o el ocultamiento de una parte del ser humano, como puede ser el caso de la orientación sexual. Dentro del ámbito de salud, dicho ocultamiento al momento de acudir a una atención médica también puede responder al factor de la discriminación, ya que los comportamientos y actitudes del personal de salud pueden llegar a casos extremos de violencia lesbofóbica, por ejemplo, a través del maltrato durante procedimientos gineco-obstétricos. Dicho lo anterior, mediante el uso de metodología cuantitativa y cualitativa se investiga sobre las percepciones que la población indicada tiene sobre el servicio de salud pública en una muestra de 75 mujeres; así como las impresiones de un grupo de 7 actores de salud que trabajan dentro del Sistema de Salud Pública en el centro “Las Casas” en Quito, que forma parte del programa piloto de centros incluyentes del Ministerio de Salud Pública. Los resultados más relevantes muestran que el 72% de las informantes tiene percepciones negativas sobre el Sistema de Salud, caracterizándolo principalmente con insuficiencia de información y un lugar en el que se sufren tratos discriminatorios. Además, se da cuenta de la importancia de mejorar las herramientas para el abordaje de información gineco-obstétrica para el caso de mujeres lesbianas y bisexuales, así como la importancia de la salud mental como un eje a considerar dentro de las prácticas del personal de salud que coadyuvan a la prevención y erradicación de la violencia, con el fin de no excluir simbólica o materialmente la existencia de mujeres lesbianas y bisexuales.

**Palabras clave:** Salud, mujeres lesbianas, bisexuales, derechos, no violencia.

### Abstract

One of the main problems that affects lesbian and bisexual women is violence, family and social rejection that often leads to invisibility or concealment of a part of the human being, such as sexual orientation. Within the field of health, such concealment when it goes to medical care can also react to the factor of discrimination, since the behaviors and attitudes of health personnel can reach extreme cases of lesbophobic violence, for example, through abuse during gynecological-obstetric procedures. That said, through the use of quantitative and qualitative methodology, research is carried out on the perceptions that the indicated population has about the public health service in a sample of 75 women; as well as the impressions of a group of 7 health actors working within the Public Health System at the “Las Casas” center in Quito, which is part of the pilot program of inclusive centers of the Ministry of Public Health. The most relevant results show that 72% of the participants have negative perceptions about the Health System, characterizing it mainly with insufficient information and a place where they suffer discriminatory treatment. In addition, it realizes the importance of improving the tools for addressing gynecological-obstetric information for lesbian and bisexual women, as well as the importance of mental health as an axis to be considered within the practices of health workers that contribute to the prevention and eradication of violence, in order not to symbolically or materially exclude the existence of lesbian and bisexual women.

**Keywords:** Health, lesbian and bisexual women, rights, nonviolence.

## INTRODUCCIÓN

En Ecuador, la homosexualidad fue considerada un delito hasta 1997. El artículo 516 inciso primero del Código Penal tipificaba el delito de homosexualismo con penas de privación de la libertad de cuatro a ocho años. Cabe señalar que esta legislación no mencionaba las relaciones lésbicas, muy posiblemente debido a la concepción misógina del derecho penal que menospreciaba la sexualidad de las mujeres. Sin embargo, las mujeres lesbianas, bisexuales o con sexualidades no heteronormativas se han visto particularmente afectadas por el silenciamiento y la invisibilidad de sus vidas, incluyendo la vida sexual.

Desde entonces, las luchas lésbicas se han articulado en torno al reconocimiento de las sexualidades no normativas, así como de su potencial transformador como agentes de cambio frente a la violencia. Durante los primeros cinco años de la década del 2000, los activismos lésbicos mantuvieron una articulación estratégica con el movimiento LGBTI para ejercer demandas específicas ante el Estado. Principalmente incidieron en el reconocimiento de la igualdad y no discriminación por orientación sexual, así como otros derechos fundamentales que se compartían en una agenda amplia del movimiento de mujeres (Sancho, 2020).

En este escenario complejo, donde los grupos ultraconservadores se oponen a la inclusión del género como una de las herramientas para erradicar y prevenir cualquier tipo de violencia<sup>1</sup>, las colectivas lésbicas se articulan en torno a una agenda feminista. La lucha contra la violencia machista, los feminicidios, la violencia sexual y las muertes por abortos clandestinos provocan profundas inquietudes sobre la vida y la seguridad de las mujeres. El debate público alrededor de los temas sobre la vida privada, la educación y la salud expone problemáticas que el Estado se negaba a asumir, por lo que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen un espacio crucial en estas luchas en tanto visibilizan la discriminación y la violencia lesbofóbica. Si bien, la emergencia de los transfeminismos como parte de la lucha contra la violencia patriarcal representan un conocimiento y aporte que debe tomarse en cuenta como parte de un posicionamiento político y filosófico en torno al género, para fines de la presente investigación nos concentraremos en reconocer la experiencia alrededor de seres humanos que por motivos anatomofisiológicos son leídas socialmente como mujeres y cuya percepción se ancla a partir de un marco de interpretación heteronormativo que obstaculiza la representación de otras formas de vivir la sexualidad responsablemente y de acuerdo a una elección erótica y afectiva legítima.

Ubicar el derecho a la salud de las mujeres en el centro del debate ante la sociedad y el Estado, ha desembocado a la enunciación de los derechos sexuales y reproductivos. Así, se pone en cuestión el hecho de percibir la sexualidad como un asunto ligado exclusivamente a la reproducción, a la vida íntima y se discute la salud sexual más allá de una perspectiva higienista. Por lo que en el actual contexto, cabe entender las necesidades reales de mujeres que han pasado de una condición clandestina y de silencio respecto a su sexualidad a

generar debates cruciales para el mejoramiento de la calidad de vida a través de la exigencia, vigilancia y elaboración de herramientas psicoeducativas para el cumplimiento del derecho a la salud libre de discriminación.

## LAS LESBIANAS EN EL DISCURSO MÉDICO-POLÍTICO

El término *lesbopía* señala la ceguera de la ciencia médica hacia las mujeres lesbianas y, tal como lo propone Vergara (2013), hay que entender que se trata de una violencia estructural y cultural que domina los cuerpos sexuales femeninos más allá de las desazones que acontecen en el interior de los consultorios médicos, donde el personal de la salud no está sensibilizado o preparado; a lo que debe sumarse el hecho de que una mujer que acuda por atención médica no entienda cuáles son o como reclamar sus derechos.

La *lesbopía* hacia las relaciones sexo-afectivas entre mujeres dentro de la sociedad ha hecho indispensable profundizar en aspectos que permitan presentar las dificultades y obstáculos para hacer valer nuestro derecho a la salud. Por ello, este documento tiene como finalidad brindar información en torno a las condiciones de acceso a servicios de salud, discriminación y violencia durante atención médica, relaciones de pareja, prácticas sexuales, aborto y métodos de reproducción asistida desde la población lésbica-bisexual y, por otro lado, analizamos las creencias de los profesionales de la salud como un aspecto que influye antes y durante la atención que se brinda dentro del Sistema de Salud, con el deseo de mejorar la calidad del cuidado de salud hacia mujeres lesbianas y bisexuales (Eiven, Sardá y Villalba, 2007).

La sexualidad se convierte en un signo de cómo marcha la sociedad. De hecho, la relación establecida desde el modelo tradicional de los derechos sexuales y los derechos reproductivos para las mujeres ha reproducido la idea de que la sexualidad está únicamente conectada a la procreación, ocultando los procesos sociales que ligan la heterosexualidad con la normalidad y la posicionan como un aspecto principal de la reproducción en la sociedad, fundamentando y reproduciendo el pensamiento heterosexual (Garbay, 2003). ¿De qué manera la garantía del derecho universal a la salud da cuenta o no, visibiliza o no, las posibles formas de violencias vividas por mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador? ¿son las políticas públicas el vehículo que garantiza la ciudadanía sustantiva de las lesbianas en materia de salud?

La atracción afectiva, erótica y sexual entre mujeres ha existido siempre a lo largo de la historia en distintas culturas<sup>2</sup>. Si bien el uso del adjetivo "lesbiana" remite a una práctica y orientación sexual específica, en su dimensión política y social, evoca a su vez el cuestionamiento de la forma en que nos concebimos como sujetos en las dinámicas cotidianas. Las lesbianas, como mujeres, no están anudadas a concepciones asociadas a la heterosexualidad como modelo de vida funcional y útil.

De aquí que se desprendan concepciones naturalizadas de los sexos, que estructuran una única manera de pensar la vida afectiva, erótica e íntima bajo patrones culturales,

1 Ejemplo de ello son las marchas consecutivas que se han realizado en Colombia, Ecuador y Perú bajo el eslogan "Con mis hijos no te metas" para refrenar la implementación de educación sexual integral.

2 En Occidente, uno de los relatos que se ha convertido en referencia obligada para muchas lesbianas es el de la poeta Safo de Lesbos en la antigua Grecia, quien instruyó a sus estudiantes en el arte de la poesía. Estos escritos ubicados en un contexto histórico específico han contribuido a dar "nombre a la experiencia lésbica" (Gimeno, 2005: 50).

sociales, políticos y económicos heteronormativos presente en nuestras leyes, gobiernos e instituciones asociadas, generando dinámicas de discriminación, exclusión y violencia en todos aquellos cuerpos de los sujetos que no lo reproducen.

Si bien la construcción de la identidad lésbica involucra la conciencia de la discriminación histórica del ser mujer y no ser parte del ideal social, en esta palabra se alojan concepciones negativas y naturalizadas, construidas y estructuradas desde discursos, académicos, biologicistas, religiosos y políticos a través de la historia. Es por lo que, en más de una ocasión, muchas mujeres que tienen prácticas sexo-afectivas con otras, deciden no autoidentificarse como lesbianas y, por tanto, se invisibilizan (Falquet, 2012).

Desde el pensamiento y la práctica feminista existe un ejercicio constante de cuestionamiento por el sujeto político mismo, dicho ejercicio supone un debate identitario a través de análisis y críticas filosóficas, económicas, políticas, sexuales y de diversas esferas de lo social que confluyen en la conformación del sujeto político *mujer*. Por su parte, las lesbianas latinoamericanas han señalado la importancia de impulsar representaciones, instituciones y espacios sociales colectivos y políticos en torno a las relaciones entre mujeres desde los espacios locales, con el fin de acompañar, apoyar y conocer las distintas situaciones y condiciones en las que se desenvuelven las vidas de mujeres lesbianas y bisexuales (Espinosa, 2007).

Pese a que desde 2008 se ha conseguido la aprobación de varios derechos para las mujeres y para la población LGBTI en Ecuador, la invisibilidad y la falta de acceso a los servicios de salud por razones de discriminación han continuado. Por ejemplo, de acuerdo al “Estudio sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador” realizado en 2013 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), de 2805 personas entrevistadas el 58% no contaba con ningún tipo de seguro de salud; para el caso de las 517 mujeres lesbianas y bisexuales, el 50% de ellas no contaba con acceso a seguros de salud, de las cuales 81 declararon haber experimentado discriminación, exclusión y/o violencia en el ámbito de salud.

Así mismo, el gobierno en turno posterior a la Asamblea Constituyente de 2008 en la que participaron hombres y mujeres, activistas profesionales y personas en general, que por una parte conforman los principales movimientos sociales, así como otros agentes que se encontraban al interior del aparato gubernamental fueron articulando esfuerzos progresivamente para que en 2017 lograsen la publicación del Manual de Atención Integral a personas lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales en el Ministerio de Salud cuyo objetivo es brindar la información y protocolos correspondientes de atención a la población sexo-diversa.

Por su parte, la *Investigación sobre condiciones de vida de mujeres lesbianas y bisexuales en la ciudad de Guayaquil*, publicada por la Fundación Mujer & Mujer en el año 2018, muestra que de un total de 300 mujeres encuestadas el 58% reportó como experiencia negativa en la atención de salud haber sido asumidas como heterosexuales, además el 78% de las encuestadas reportó no haberse realizado ningún tipo de control ginecológico durante el último año. La investigación también reveló que el 52,7% de las

informantes no cuenta con un seguro de salud, el 88% no conocía ni había asistido a los centros de atención inclusiva del Ministerio de Salud Pública, el 58% había sido reprimida por su orientación sexual, de las cuales resalta que el 58% de ellas asistieron a terapias de conversión por su orientación sexual con psicólogos o psiquiatras, mientras que el 36% recibió atención por parte de curas, pastores, curanderos o yerbateros. Entre otros datos, cabe resaltar que el 24% de las encuestadas se encontraba sin empleo.

Esta información muestra que la desatención del derecho a la salud afecta la vida de las mujeres lesbianas y bisexuales. Encontrar espacios seguros para la atención de salud de esta población no es un ejercicio fácil, esta situación está condicionada en la medida en que su orientación sexual, identidad y expresión de género son dignificadas socialmente, así como los procesos de deconstrucción de la salud y la sexualidad. En este sentido, la forma en que se ha naturalizado la atención de salud por medio del control de la sexualidad tanto en la cura, en la prevención y en el tratamiento obstaculizan el acceso pleno a la salud (Menéndez, 1988; Vergara, 2013).

La heterosexualidad rechaza dentro del imaginario social la existencia de otras preferencias sexuales, inclusive en el lenguaje, como señala Wittig (2006) ya que sus efectos han llevado a la dificultad de que muchas mujeres lesbianas no se asuman como tales, por no conocer la posibilidad de serlo, o no conocer palabras para definir los sentimientos que experimentan; o, por el contrario, reconocerse únicamente a través de los marcos de inteligibilidad legitimados por la heterosexualidad.

Del mismo modo, la violencia ejercida hacia lesbianas y bisexuales presenta dificultades en su conceptualización. Los alcances de la *heterosexualidad obligatoria*, un concepto desarrollado por Rich (1996) para aproximarse a los efectos materiales de este sistema político sobre los cuerpos lesbianos, se extienden también a la salud por lo que sólo las relaciones entre parejas heterosexuales, así como sus prácticas son conceptualizadas, planteadas y legitimadas.

Además, la idea de la inversión sexual creada por la medicina a finales del siglo XIX sigue jugando un papel determinante al momento de concebir ideas sobre las sexualidades lésbicas y bisexuales. La permanente confusión entre identidades lésbicas y *trans*<sup>3</sup>, por ejemplo, es un problema habitual en nuestro contexto. La mayoría de estereotipos derivan del desconocimiento de las formas en que construyen sus sexualidades las mujeres lesbianas y bisexuales.

En la mayoría de los casos se confunde la orientación sexual, es decir la atracción afectiva, erótica y sexual por una persona, con la identidad de género. Esta última hace referencia al deseo de vivir un género determinado independientemente del sexo asignado al momento de nacer. En este sentido, aunque lo lésbico se asocia al deseo de algunas mujeres por otras, la construcción de su identidad

3 Trans es un prefijo que hace referencia a personas que no se ajustan al género impuesto socialmente independientemente del sexo asignado al momento de nacer. Existen personas trans masculinas, es decir, quienes fueron concebidas en un sexo de mujer y que construyeron una identidad de género masculina. Así mismo, hay personas transexuales que se alejan de su biología corporal a través de distintos procedimientos hormonales y quirúrgicos, aunque no siempre se da en todos los casos.

de género es variable y no necesariamente va ligada al desempeño exclusivo de roles masculinos o femeninos. Respecto a las prácticas sexuales de mujeres lesbianas, los mitos y estereotipos se asientan en la perspectiva coitocéntrica que ubica el sexo vaginal heterosexual como la única forma de placer sexual.

Si analizamos cómo repercuten estos mitos y estereotipos en el ámbito de la salud, notamos que cuando las mujeres lesbianas y bisexuales solicitan atención médica pueden atravesar una serie de dificultades para acceder al servicio. En más de una ocasión, la suposición de la heterosexualidad como orientación sexual obstaculiza el cuidado y la información brindada a las consultantes. De hecho, con solo nombrarse lesbianas o bisexuales pueden tropezar con malos tratos por parte del personal médico, este fenómeno es denominado *lesbopía* por Karina Vergara (2013) para señalar la ceguera de la ciencia médica hacia las mujeres lesbianas.

Lo anterior no se debe únicamente al discurso médico y a las prácticas violentas en sí mismas, se articula a la estructura cultural, social y económica que impone a las mujeres la heterosexualidad obligatoria. La vida cotidiana y la salud de mujeres con sexualidades diferentes pueden ser afectadas por no acudir a consultas ginecológicas y a pruebas diagnósticas preventivas, aumentando el riesgo de afectar su salud (Vergara, 2013). Un ejemplo de ello, se observa en la "Investigación sobre condiciones de vida de mujeres lesbianas y bisexuales de Guayaquil (2018)" mencionada anteriormente, en donde el 79% de las mujeres entrevistadas dijo no haberse realizado ningún tipo de control ginecológico en el último año.

Deconstruir y resignificar los mitos y estereotipos supone revisar cuidadosamente la evolución de los conocimientos que se asumen como verdades únicas para explicar las sexualidades. Al explorar la historia de la sexualidad, nos damos cuenta de que la heterosexualidad es un concepto moderno surgido a finales del siglo XIX y que buena parte de lo que se cree acerca de las lesbianas y bisexuales provienen del pensamiento científico moderno que instauró creencias sobre las sexualidades no normativas como verdades que se asumieron socialmente.

## METODOLOGÍA

La convocatoria para la realización de esta investigación considera el deber de las ciencias sociales de dar un trato ético, respetuoso y responsable desde la teoría, metodología y análisis de las experiencias, testimonios y vivencias de las mujeres lesbianas y bisexuales bajo el carácter interseccional, que no es más que la reflexión desde el cruce de categorías como el género, el sexo, la raza, la clase social, la orientación sexual, la identidad y expresión del género, entre otras que constituyen dobles y triples opresiones hacia las mujeres lesbianas o bisexuales en distintas zonas o regiones del Ecuador (Curiel, 2007). Se busca entender por qué se produce el rechazo a las lesbianas a través de prácticas lesbofóbica internas y externas. En este sentido, mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans viven en una lucha constante contra un sistema que las sanciona por el hecho de ser mujeres biológicas y disidentes de la heterosexualidad, con consecuencias psíquicas y

emocionales, y también en términos de acceso a derechos y justicia. En este caso particular exploramos cómo dichos efectos suceden frente a una institución del Estado como lo es el Sistema de Salud pública, siendo esta una institución vital para el buen desenvolvimiento de una vida íntegra y saludable, libre de discriminación, exclusión y violencia.

## Objetivos de la investigación

### Objetivo General

Visibilizar las necesidades y problemáticas de las mujeres lesbianas y bisexuales para acceder a una adecuada atención de salud libre de discriminación, exclusión y violencia a través de información estratégica que contribuya al mejoramiento de las políticas del Sistema Nacional de Salud pública desde una perspectiva de género y diversidad sexual.

### Objetivos Específicos

- Conocer la situación de las mujeres lesbianas y bisexuales en relación al cuidado de la salud, caracterizando las percepciones en el cuidado prestado por los servicios del Sistema de Salud pública.
- Identificar y describir las necesidades y problemáticas específicas percibidas por la población lesbiana y bisexual para acceder a los servicios del Sistema de Salud pública.
- Analizar las actitudes de los profesionales de la salud vinculados a la atención brindada y las necesidades específicas de lesbianas y mujeres bisexuales, así como las herramientas con las que cuentan como personal de salud.
- Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los servicios del Sistema de Salud pública para trabajar con mujeres lesbianas y bisexuales de una forma respetuosa, responsable y considerada, libre de discriminación, exclusión y violencia.

## Diseño de la investigación

Esta es una investigación de tipo exploratoria en la que, a través de un sondeo general de la experiencia de mujeres lesbianas y bisexuales en el Sistema de Salud pública en Ecuador, se busca dar representatividad a la discriminación y violencia que experimenta nuestra población desde una perspectiva multidisciplinaria y que utilice metodologías tanto cuantitativas como cualitativas. Esta última consiste en un método de recolección que nos permite indagar de forma profunda en la otra cara de la moneda, es decir, las experiencias del personal médico, para procurar construir un puente de comunicación entre estos dos actores. Se busca conocer, describir, analizar y contribuir con el servicio que brinda la institución, recolectando las perspectivas, opiniones, necesidades y problemáticas que se pueden encontrar en el desenvolvimiento del servicio, sus usuarias y operadores con respecto a discriminación, exclusión y violencia por su orientación sexual, expresión e identidad de género.

Dichos efectos discriminatorios, específicamente en el ámbito de salud, son difíciles de captar dada la invisibilidad de mujeres sexo-diversas, el carácter íntimo de las relaciones entre mujeres, así como de la relación médico-paciente, lo que dificulta la consciencia propia sobre los hechos de

violencia percibidos. Podemos remitirnos a la investigación realizada por Brandão, T., Falcon, K., Meijer, M., Moreno, M. Galvis, A. y Cañadas, S. (2018) con relación a la violencia obstétrica percibida por las mujeres en las unidades de salud pública ubicadas en Quito. Es por ello por lo que se plantea el uso de distintos instrumentos cualitativos para facilitar la participación y el diálogo entre dos agentes cuyos marcos interpretativos difieren en cuanto práctica

Las técnicas de recolección de información a aplicar en esta investigación responden a la cuestión de conocer de forma múltiple y variada datos como orientación sexual e identidad y expresión de género, percepciones sobre salud, frecuencia con la que acuden a la atención de salud, visibilidad de la orientación sexual en la atención de salud y situaciones de discriminación en los centros de salud. Por lo que se aplicará una encuesta virtual mediante un cuestionario con preguntas cortas, estandarizadas y puntuales que será socializada a través de correo electrónico y redes sociales a nivel nacional, con el fin de indagar de forma rápida, eficiente y masiva las categorías antes mencionadas desde una perspectiva descriptiva y con un muestreo por bola de nieve en el que informantes inscritas a su vez inscriben a otras participantes para el estudio.

En primer lugar, el muestreo estadístico se definió a partir de una base de datos de 300 mujeres lesbianas y bisexuales proporcionada por la Fundación Mujer & Mujer. Sabemos que la mirada de quienes trabajan en el ámbito sanitario es importante para mejorar y transformar las prácticas de atención en salud de una población que ha sido discriminada históricamente. Por ello, se plantea conocer cuáles son los aportes y observaciones de los profesionales de la salud respecto a las necesidades específicas de la población lesbica y bisexual. Por lo que en este caso se aplicarán entrevistas desde la metodología cualitativa, ya que permite de forma semiestructurada aplicarse a una muestra cualitativa compuesta por 7 entrevistas al personal del Sistema de Salud en diferentes niveles, se incluyó a la Directora Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión de la Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social; a la Directora y el Coordinador Zonal de Promoción de la Salud de la Coordinación Zonal 9 del Ministerio de Salud Pública; al Administrador Técnico, Médico General, Psicóloga y Ginecólogo del Centro de Salud Las Casas, todos ellos ubicados en Quito.

Además, se informa a todas las mujeres y personal de la salud participantes las consideraciones éticas que se tendrán en cuenta para levantar los datos, como son la petición de un consentimiento informado, así como la confidencialidad de la información proporcionada.

Las categorías de análisis seleccionadas desde la investigación permiten entender la relación entre discriminación a mujeres lesbianas o bisexuales y la atención recibida en el Sistema de Salud. A través de los datos se exploran las principales barreras que enfrentan para acceder a una adecuada atención de salud. Se propone conocer las respuestas estatales alineadas con los compromisos internacionales asumidos por el Estado para garantizar el derecho a una atención universal de salud libre de discriminación y violencia. Se enfatiza en la necesidad de conocer a la población para seguir trabajando en guías y protocolos especializados de salud sexual y reproductiva, así

como las recomendaciones pertinentes para su desarrollo y aplicación de forma respetuosa y responsable.

## RESULTADOS

### *Encuesta Rápida: Caracterización de la muestra y desglose de los resultados*

Se realizaron un total de 75 encuestas a mujeres lesbianas y bisexuales desde el uso de herramientas virtuales que permiten el control en el acceso y su difusión en red de conocidas, amigas, voluntarias y compañeras de la organización Mujer & Mujer a nivel nacional, con la finalidad de preservar los objetivos y la muestra en el sondeo. El cuestionario consta de 11 preguntas de las cuales se plantean resultados cuantitativos. Siendo la pregunta número 7 y 11 abiertas y descriptivas, enfocadas en los aspectos cualitativos de las percepciones y opiniones de las encuestadas con respecto al uso del Sistema de Salud Pública y sus operadores y en referencia a la discriminación, exclusión y violencia. obteniendo los siguientes resultados.

Las mujeres que participaron de la encuesta virtual se encuentran principalmente entre un rango de edad de los 18 - 41 años, representando un 79% de los resultados. Lo que nos permite deducir que la mayor parte de las mujeres encuestadas son jóvenes y se encuentran en edades activas en el desarrollo personal, social, económico y político. Así como un 78% de las mujeres que vive en las principales ciudades de Ecuador, como son Quito su capital y parte de la sierra con un 42% de representatividad y Guayaquil, una de las ciudades más grandes e importantes de la costa con un 37%, mientras que un 17% de las encuestadas viven en otras partes del país y un 4% de las mismas no respondió a la pregunta.

Encontramos que hay un 55% de mujeres lesbianas, un 32% de mujeres bisexuales, como también un 13% de "otra/os" que, si bien cumplen con la categoría principal, su identidad de género es aún más diversa (ver Gráfica 3). Por lo que descripciones como heterosexual, andrógino, pansexual, transmasculino, mujer homosexual y transgénero-heterosexual también fueron parte de los resultados del sondeo realizado. Dado que la investigación está realizada en función del trato recibido en los centros de Salud Pública es de vital importancia establecer si las informantes son o no son usuarias. Un 77% de las mismas usa el sistema de salud pública y un 23% lo ha usado, pero no lo usa actualmente, dando como razones que es deficiente y que no es bueno en un 47% y que cuentan con las posibilidades económicas y de acceso al sistema privado que es mejor en un 41% de los casos que no usa el sistema de salud pública.

Al preguntar por la frecuencia en el uso del sistema de salud pública las mujeres participantes expresaron que en su mayoría lo usa entre una o dos veces al año representando un 69% de los datos recabados, un 20% lo usa entre tres a cuatro veces al año y solo un 11% lo usa más de 5 veces. Por lo que consta su uso además de la importancia y necesidad constante de un sistema de salud accesible, eficiente y respetuoso para el bienestar integral de todas las mujeres que realizaron la encuesta. En relación al trato recibido indagamos cómo las encuestadas describen la atención recibida en el sistema de salud, en este sentido se realizó una

pregunta abierta en donde las mujeres a través de 3 palabras debían dar atributos a su experiencia. Estos atributos fueron a su vez caracterizados en positivos y negativos, siendo un 17% de los datos obtenidos percepciones positivas y un 50% de ellas negativas, a la vez que un 7% dio respuestas neutrales.

ATRIBUTOS DE TRATO EN ATENCIÓN	
<b>Positivos</b>	
Confiable/Incluyente	3%
Buena/Excelente	4%
Cordial/Amable/Respetuoso	6%
Atento/Seguro	1%
Eficiente/Rápida	3%
<b>Negativos</b>	
Discriminatorio/No inclusivo/Rechazo	6%
Desinformado/Ignorante	8%
Deficiente/Inapropiado/Ineficiente/Lento	8%
Insensible/Indiferente	5%
Moralista/Prejuicioso/Machista	3%
Pésimo/Malo	7%
Incómodo/Miedo/No revelo mi orientación	4%
Irrespetuoso/Exagerado/Agresivo	6%
Obsoleto/Inexistente/Sin Calidad	3%
<b>Neutrales</b>	
Normal/Básico	4%
Regular	2%
Aceptable	1%
N/R	26%
TOTAL	100%

Tabla 1. Frecuencia de atributos en atención recibida.

Al profundizar en los datos recabados y desglosar las respuestas se observa que los atributos positivos más nombrados son "cordial, amable, respetuoso"; mientras que los negativos "desinformado, ignorante, deficiente, inapropiado, ineficiente, lento, pésimo y malo" tuvieron más preponderancia y fueron parte de las principales problemáticas que encontramos en el servicio de salud pública referente al trato que tienen sus operadores con respecto a la orientación sexual, identidad y/o expresión de género (ver Tabla 1). La desinformación consta como uno de los factores más importantes, ya que al ignorar estos temas no pueden dar un trato adecuado, agravando las problemáticas de carácter estructural como la eficiencia y la prontitud en la atención requerida. Un 72% de las encuestadas refleja que consideran la existencia de alguna forma de discriminación, exclusión y/o violencia por parte de los operadores y actores de sistema de salud pública, mientras un 24% considera que no y un 4% no concretó claramente una opción, comunicando que considera que, el buen trato depende de otros factores como las particularidades de los sujetos que le atendieron, situaciones puntuales donde las problemáticas están ligadas al uso y necesidad de áreas médicas especializadas,

principalmente, en la ginecología enfocadas desde la consideración y manejo de la orientación sexual.

Al preguntar concretamente sobre la actitud de los médicos/operadores/actores del sistema de salud, damos cuenta que el 52% dijo que eran tratadas de forma respetuosa, mientras que un 40% dijo que no y el 8% de las mujeres entrevistadas no dieron respuesta. Con respecto a la amabilidad, 47% dijo haber recibido un trato amable, mientras que el 41% dijo no haberlo recibido, absteniéndose de responder un 12% de ellas. Finalmente, en el caso de la eficiencia encontramos que la mayoría no considera que lo sea con 57%, mientras un 29% piensa que lo es y el 13% no contestó a la pregunta.

Posteriormente, se realizaron 2 preguntas referentes al acceso a servicios y beneficios del Sistema de Salud pública en razón de la obtención de tratamientos y realización de exámenes médicos de forma gratuita y; recibir apoyo o atención psicológica por motivos relacionados con su orientación sexual. Los resultados expresan que la mayoría de las mujeres encuestadas con un 71% han recibido en algún momento acceso gratuito a los beneficios del sistema de salud pública, en contraste con un 28% que no y un 1% que no respondió a la pregunta. Por lo que se establece que, si bien existen formas de discriminación, exclusión y violencia percibidas por las usuarias, éstas no afectan la gratuidad y el acceso a tratamientos médicos y sus respectivos exámenes en dos tercios de la muestra aproximadamente.

La atención psicológica es uno de los temas menos mencionados desde el abordaje de la salud, siendo importante acotar que su desarrollo es vital para el desenvolvimiento integral de todas las personas. Si bien sólo un 7% de las mujeres que realizaron el cuestionario han sido beneficiadas por este servicio brindado en el Sistema de Salud de forma gratuita, un imponente 89% no (ver Gráfica 9), lo cual nos lleva a preguntarnos los motivos por los cuales esto es así. Sería importante indagar si las mismas mujeres lo consideran una necesidad y de qué forma se podría generar alternativas para el apoyo y la ayuda a mujeres que sí lo necesitan, concientizando a su vez sobre la importancia que tiene la salud mental y la atención que requieren los estados emocionales. Sobre todo, de quiénes han sido afectadas por discriminación, exclusión y violencia por motivos de orientación sexual, identidad y/o expresión de género en diferentes ámbitos de la vida.

Por otro lado, se preguntó concretamente si la participante había vivido alguna situación problemática en el Sistema de Salud Pública en referencia a su orientación sexual con el fin de establecer que las percepciones antes expresadas formaran parte o no de la vivencia propia, o si es posible que su opinión se vincule a rumores, comentarios o vivencias de otras personas; así como a la lesbofobia interiorizada que suele generar percepciones negativas hacia lo desconocido.

Un llamativo 73% de las mujeres expresó no haber vivido ninguna problemática por su orientación sexual en el Sistema de Salud Pública, mientras un 23% confirma haber vivido problemáticas con respecto a su orientación sexual. Siendo solo un 4% las mujeres que prefirieron no responder a la pregunta.

Finalmente, se agregó una pregunta abierta que permitiera a las encuestadas desarrollar un resumen de

sus experiencias, dando cabida a opiniones más puntuales desde hechos ocurridos y perspectivas sobre los mismos. De los comentarios obtenidos podemos decir que un 31% de ellos fueron aspectos negativos, en su mayoría ya antes mencionados, un 10% fueron positivos; 5% hablaban de situaciones vividas en otra institución, 10% volvió a plantear el problema estructural de demora y saturación del servicio, un 5% lo nombró regular y/o normal, mientras que un 3% expresó no revelar su orientación sexual durante las consultas médicas, otro 35% decidió no decir nada.

De los datos obtenidos hasta ahora, los problemas que se presentan en el Sistema de Salud Pública tienen que ver con su eficiencia y capacidad de respuesta a la alta demanda por parte de la población en general, por lo que el acceso a un buen servicio está limitado y no es concretamente responsabilidad directa de los operadores. Aunque se puede observar de acuerdo con las percepciones de las entrevistadas que la mayor parte del personal de salud procura dar un trato respetuoso y amable, cerca la mitad de las mujeres encuestadas consideran que el Sistema de Salud no está informado, actualizado o es suficiente para dar cuenta de las necesidades específicas para las relaciones sexo-afectivas entre mujeres.

- En relación a los comentarios recibidos en la última pregunta, resaltan las siguientes problemáticas sobre tratos anti-éticos durante revisiones de rutina y consultas de control principalmente ginecológico:

- Acoso y morbo por parte de médicos ginecólogos de sexo masculino.

- Críticas a la capacidad reproductiva y la conformación de familias entre mujeres.

- Violencia obstétrica durante chequeos de control ginecológico y cuestionamiento a la libre decisión de no ser madre.

- Actitudes de indiferencia, eludir o esquivar preguntas sobre métodos de protección o barrera para relaciones sexuales entre mujeres.

- Prejuicios, malos tratos y ofensas verbales durante consultas de carácter psicológico sobre la vida sexual.

- Falta de información y abordaje de la orientación sexual, identidad y expresión de género en instituciones de salud privada.

- Asunción de la heterosexualidad y confusión del lesbianismo con el deseo de ser hombre.

De esta forma, el ejercicio pleno del derecho a la salud para mujeres lesbianas y bisexuales se ve obstaculizado por largos periodos de espera, saturación de la demanda, desinformación referente a los temas y tratos para el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos, prejuicios de género y ciertos comportamientos inapropiados por parte del personal de los centros de salud hacia la población de mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador.

### **Entrevistas con actores de Salud: Opiniones y aportes**

Para conocer cuáles son los protocolos o políticas públicas que actualmente existen y se están ejecutando dentro del MSP a favor del derecho a la salud de mujeres lesbianas y bisexuales, mirando de una forma más específica con respecto a la población LGBTI se entrevistó a 7 actores del Sistema de Salud, entre ellos, a la Abogada María del

Cisne Ojeda, Directora Nacional de DDHH, Género e Inclusión de la Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.

Es importante mencionar que la estructura administrativa del Ministerio de Salud Pública (MSP) se organiza en el nivel central y el nivel desconcentrado, a partir de nueve Coordinación Zonales que tienen como ámbito de competencia diferentes Distritos que contemplan toda esa población, los distritos constituyen núcleos territoriales desconcentrados del MSP, por lo que la implementación de políticas, normativas y estrategias baja en forma de cascada. Para conocer las herramientas e instrumentos con los que cuentan las Coordinaciones Zonales para trabajar con la población de mujeres lesbianas y bisexuales, se entrevistó a la Directora Zonal de Promoción de la Salud y al Coordinador de la Zona 9; se acudió al Centro de Salud Las Casas y tuvimos oportunidad de conversar con el Administrador Técnico, una médica general, la psicóloga y el ginecólogo.

- De acuerdo con los datos obtenidos a través de la participación de los informantes, se resaltan los siguientes aspectos a considerar durante el abordaje de atención a mujeres lesbianas y bisexuales en uno de los centros de salud inclusivos del MSP:

- Elaboración de indicadores que permitan dar seguimiento al cumplimiento de objetivos de sensibilización y para la implementación de réplicas por parte de funcionarios del ámbito de salud.

- Existe la consideración del enfoque de derechos y de género dentro de los centros inclusivos, como son la inclusión de variables sexo-género y orientación sexual en dos sistemas de registro de información, aunque el tratamiento de la información aún debe mejorarse por motivos de logística, así como por las ideologías operantes que contradicen los principios de aplicación.

- Detección de necesidades de atención psicológica para la población de mujeres lesbianas y bisexuales que deben considerar la medicina familiar y los aportes de profesionales de salud mental sensibilizados con el tema.

- Necesidad de enfoques que consideren las necesidades particulares de Niños, Niñas y Adolescentes NNA que se encuentren bajo riesgo por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género.

- Se detectó la existencia de trabajo sexual en parte de la población lébico-bisexual que asiste a centros de salud.

- Es importante replicar principios de bioética para establecimientos de salud en políticas generales que incluyan la regulación de la Salud Privada.

- Necesidad de sancionar a profesionales de la Salud que incumplan con las normativas y protocolos que garantizan el acceso universal a la salud, así como el compromiso social que debe adquirir la población en general.

- Demanda de información y servicios para ejercer derechos reproductivos y planificación familiar, así como información epidemiológica sobre enfermedades presentadas en la población de interés.

### **CONCLUSIONES**

Las mujeres lesbianas y bisexuales han estado excluidas históricamente de su nombramiento puntual a la hora de aplicar políticas públicas en el área de salud por parte del Estado. Si bien muchas de ellas están dirigidas a erradicar

cualquier trato discriminatorio, excluyente y/o violento para la población LGBTI que las incluye, el generar acciones afirmativas puntuales en favor de esta población desde sus características particulares, aún es una labor que debe fortificarse. Esta invisibilización social y legal, aunada a la invisibilidad adoptada por las mujeres lesbianas y bisexuales, más la falta de información especializada y generalizada en la sociedad son las principales causas de las problemáticas encontradas en esta pesquisa.

Un estudio como el que se plantea desde esta investigación siempre está sujeto a múltiples factores que intervienen a la hora de comprender las problemáticas a las que se enfrenta una población determinada, por lo que es de tener en cuenta que este ha sido un primer acercamiento, a explorar, hacer un sondeo sobre las experiencias, percepciones, opiniones e ideas que puedan ser encontradas desde las limitaciones de tiempo, espacio y recursos.

Cuando nos preguntamos cómo es la atención que reciben, el trato y acceso que tiene la población de mujeres lesbianas y bisexuales a los servicios y beneficios que el Sistema de Salud Pública brinda, cuáles son las problemáticas existentes percibidas tanto por las usuarias como por el personal que les atiende, de qué forma consideran que esto puede mejorar, nos adentramos en un sin fin de posibilidades desde las que se puede lograr captar una idea de las necesidades, dificultades y requerimientos que enfrenta y tiene nuestra población en pro de recibir un mejor servicio para que puedan ejercer plenamente su derecho a la salud libre de discriminación, exclusión y/o violencia.

Al observar los resultados obtenidos en la encuesta rápida realizada a las 75 mujeres lesbianas y bisexuales miramos que los problemas que se presentan en el Sistema de Salud Pública se aunaban a la percepción de poca eficiencia y capacidad de respuesta a la alta demanda poblacional en general. Sin embargo, cerca la mitad de las mujeres encuestadas consideró que el Sistema de Salud no está informado, actualizado o es suficiente para dar cuenta de las necesidades específicas para las relaciones sexo-afectivas entre mujeres.

Cabe resaltar las denuncias y quejas que se recuperaron de las preguntas abiertas giraron en torno a la existencia de tratos anti-éticos durante revisiones ginecológicas de rutina y consultas de control giraron en torno a: acoso y morbo por parte de médicos ginecólogos de sexo masculino; críticas a la capacidad reproductiva y la conformación de familias entre mujeres; violencia obstétrica durante chequeos de control ginecológico y cuestionamiento a la libre decisión de no ser madre; actitudes de indiferencia, eludir o esquivar preguntas sobre métodos de protección o barrera para relaciones sexuales entre mujeres; prejuicios, malos tratos y ofensas verbales durante consultas de carácter psicológico sobre la vida sexual; falta de información y abordaje de la orientación sexual, identidad y expresión de género en instituciones de salud privada y, finalmente; asumir la heterosexualidad y confundir el lesbianismo con el deseo de ser hombre.

- Si pensamos en los puntos importantes que se trataron en este sondeo, la importancia que tienen los testimonios en referencia al trato justo y adecuado de la población de mujeres lesbianas y bisexuales en el Ecuador, así como los recursos y políticas destinadas para ello, destacamos los siguientes:

- El derecho a la salud es un deber primordial del Estado que busca ejecutarse a través de políticas públicas que desarrollen e implementen herramientas estratégicas para que los profesionales de la salud atiendan a toda la población sin discriminación. Sin embargo, la falta de elaboración de indicadores que permitan dar seguimiento al cumplimiento de objetivos de sensibilización y para la implementación de réplicas por parte de funcionarios del ámbito de salud es una tarea pendiente para garantizar el derecho a la salud libre de violencia, así como la generalización de centros de salud amigables en todo el MSP. Además, la demanda de información y servicios para ejercer derechos reproductivos y planificación familiar, así como información epidemiológica sobre enfermedades presentadas en la población lesbica-bisexual existe.

- La aparición del enfoque de derechos como el enfoque de género dentro de las leyes y políticas que garantizan el acceso a la salud son más que necesarios, inclusivos, como son la inclusión de variables sexo-género y orientación sexual en los sistemas de registro de información, así como la aplicación de principios de bioética que incluyan la regulación de la Salud Privada.

- Detección de necesidades de atención psicológica para la población de mujeres lesbianas y bisexuales que deben considerar la medicina familiar y los aportes de profesionales de salud mental sensibilizados con el tema, así como la importancia de construir enfoques integrales que consideren las necesidades particulares de Niños, Niñas y Adolescentes NNA que se encuentren bajo riesgo por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género.

- Por último, la necesidad de sancionar a profesionales de la Salud que incumplan con las normativas y protocolos que garantizan el acceso universal a la salud y a su ejercicio pleno y libre de violencia, así como el compromiso social que debe adquirir la población en general para eliminar barreras estructurales que obstaculizan la efectividad de las políticas públicas y la garantía de DDHH.

Creemos necesario que visibilizar las necesidades de salud de las mujeres lesbianas y bisexuales es fundamental para incidir en el desarrollo de políticas que apunten a la superación de las barreras por razones de discriminación basada en la orientación sexual.

Un desafío es la ampliación de información a través de una encuesta de mayor alcance que permita explorar con mayor profundidad temas como la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y bisexuales. La producción de información de esta investigación nos coloca ante la necesidad de continuar indagando las problemáticas de salud que enfrentan las mujeres lesbianas y bisexuales a fin de hacer sus vidas más vivibles (Butler, 2017).

## REFERENCIAS

- Brandão, Thais; Falcon, Kirsten; Meijer, Magriet; Moreno, María; Galvis, Alejandro; Cañadas, Sofía. 2018. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 143 (1): 84-88.
- Butler, Judith. 2017. *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Curyel, Ochy. 2007. Crítica poscolonial desde las prácticas

- políticas del feminismo antirracista. *Revista Nómadas* 26: 92-101.
- Eiven, Laura; Sardá, Alejandra y Villalba, Verónica. 2007. Lesbianas, salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana. *Revista Mujer Salud*, 2: 43–54.
- Espinosa, Yudelkis. 2007. *Escritos de una lesbiana oscura: reflexiones críticas sobre feminismo y política de identidad en América Latina*. Buenos Aires Lima: En la Frontera.
- Falquet, Jules. 2012. *De la cama a la calle: Perspectivas teóricas lésbico-feministas*. Bogotá: Brecha Lésbica.
- Fundación Mujer & Mujer. 2018. *Investigación sobre condiciones de Vida de Mujeres Lesbianas y Bisexuales en la ciudad de Guayaquil*.
- Garbay, Susy. 2003. Reflexiones sobre los derechos sexuales y la ciudadanía de mujeres lesbianas, *Revista Existencias Lesbianas* 1: 6-8.
- Gimeno, Beatriz. 2005. *Historia y análisis político del lesbianismo. La liberación de una generación*, Barcelona: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2013. *Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en Ecuador*.
- Menéndez, Eduardo. 1988. *Modelo médico hegemónico y atención primaria*.
- Rich, Adrienne. 1996, La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana. *DUODA, Revista d'Estudis Feministes* 10: 15-31.
- Sancho, Fernando 2020. *Del silencio a la invisibilidad: activismos, politización y derechos humanos de las mujeres lesbianas en Ecuador*. Consejo Nacional para la igualdad de Género.
- Vergara, Karina. 2013. *El viaje de las invisibles. Manifestaciones del régimen heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, Tesis de maestría.
- Wittig, Monique. 2006. *El pensamiento heterosexual*. Barcelona: Egales, Barcelona.