

Prácticas sexuales no heteronormadas en mujeres: violencias y (des)atenciones ginecológicas

Non-heteronormal sexual practices in women: violence and gynecological (in) attention

 *Valentina Andreani*^{*}

 *Fabiana Ivankovic*^{**}

 *Catalina Díaz*^{***}

Resumen

La literatura internacional ha dado cuenta respecto a la atención ginecológica de mujeres que se relacionan sexualmente con mujeres, tanto de los problemas de accesibilidad a las consultas, como también de los mitos, desconocimientos, actos de violencia y discriminación por parte de profesionales de la salud durante la asistencia. Dado que en Chile resultan escasos los estudios que indaguen en dicha problemática, la presente investigación se propuso analizar, desde tal contexto nacional, de qué forma tener una orientación sexual diversa influye en las percepciones y experiencias de mujeres jóvenes frente a la atención ginecológica. Respecto a sus resultados, destaca que en la mayoría de los casos se ilustran diferentes formas de discriminación, malos tratos, desinformación y prejuicios. Como consecuencia, se registran disposiciones predominantemente negativas o temerosas frente a las consultas ginecológicas y una obstaculización del desarrollo de la salud sexual de las participantes del estudio.

Palabras claves: Ginecología - Heteronormatividad - Discriminación - Mujeres No-Heterosexuales.

* Socióloga de la Universidad de Chile. Diplomada en Género, Familia y Políticas Públicas por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Email: valentina.andreani@ug.uchile.cl

** Socióloga de la Universidad de Chile. Diplomada en Análisis Político por la Facultad de Gobierno de la Universidad de Chile. Email: fabiana.ivankovic@ug.uchile.cl

*** Socióloga de la Universidad de Chile. Email: catalina.diaz.1@ug.uchile.cl

Abstract

Regarding the gynecological care of women who maintain sexual relationships with other women, international literature has reported both the problems of accessibility to medical consultations, as well as myths, ignorance, acts of violence and discrimination that comes from health professionals. Given that there are few studies in Chile that study this problem, the present research is aimed to analyze, from this national context, how having a diverse sexual orientation influences the perceptions and experiences of young women regarding gynecological care. Concerning its results, it is noteworthy that in most cases different forms of discrimination, mistreatment, misinformation, and prejudice are illustrated. As a consequence, predominantly negative or fearful dispositions towards gynecological consultations are recorded, as well as a hindrance to the development of the sexual health of the women who participated in the study.

Keywords: Gynecology - Heteronormativity - Discrimination - Non-Heterosexual Women.

Fecha de recepción: Junio 2022

Fecha de aprobación: Junio 2023

Salud sexual y atención ginecológica en mujeres no heterosexuales: antecedentes y problemáticas

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es un elemento fundamental para el bienestar general de las personas. Considerada afirmativamente, contempla un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, al mismo tiempo que implica la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de discriminación y violencia (OMS, s.f.). Sin embargo, factores educacionales y

económicos, las políticas públicas y los sistemas de salud, junto con las normas sociales y las dinámicas de poder relacionadas con el género, son aspectos que pueden afectar el goce de este derecho (OMS, s.f.; Palma y Orcasita, 2019).

Desde esta última perspectiva, es posible ahondar en el caso específico de las diversidades sexuales, donde se constata una alta preocupación respecto a la salud sexual de hombres homosexuales desde la década de 1980, a raíz de la pandemia del VIH/SIDA. A pesar del control posterior de dicha crisis sanitaria, la atención persistió en tal grupo dada la permanencia de extendidos prejuicios sociales (Mertehikian, 2017). Por su parte, las mujeres lesbianas ocuparon un segundo plano, lo que guarda estrecha relación con la centralidad dada a la reproducción y la anticoncepción en las atenciones ginecológicas (Navarrete, 2018).

Efectivamente, este énfasis en lo reproductivo, que conlleva una priorización del sexo coital, ha desincentivado que mujeres no heterosexuales asistan a consultas ginecológicas (Mertehikian, 2017). A ello se suman los mitos que presentan los/as profesionales de la salud, durante la atención, sobre la sexualidad entre mujeres. Por ejemplo, la idea de una baja o nula susceptibilidad de contagio de infecciones de transmisión sexual (lo que lleva a descartar el examen del Papanicolau), la inexistencia de relaciones sexuales «verdaderas» o la predominancia de relaciones monógamas, duraderas y exclusivamente entre mujeres (Marrazzo, Coffey y Bingham, 2005; Power, McNair y Carr, 2009). Sin duda, estas creencias y estereotipos evidencian una anulación e invisibilización sistemática de las prácticas sexuales lésbicas, como también la concepción extendida de que los cuidados sexuales para mujeres no heterosexuales serían innecesarios. De acuerdo a Navarrete (2018), ello ha influido directamente en que este último grupo presenta una baja percepción de riesgo.

Sumado a lo anterior, otra barrera registrada en la atención dentro de las consultas ginecológicas corresponde a la denominada «presunción de heterosexualidad» de las

pacientes, por parte de los/as profesionales de la salud. Al respecto, algunas investigaciones apuntan a que el 75% de estos/as profesionales no consultan la orientación sexual de las mujeres durante la consulta y que estas, por su parte, pueden preferir ocultar tal orientación por miedo a sufrir discriminación (Palma y Orcasita, 2019). Ciertamente, el no revelar esta información impide que las pacientes consulten por métodos de cuidado o realicen preguntas concernientes a su sexualidad (Mertehikian, 2017), al mismo tiempo que los/as profesionales se enfocan en aspectos como el embarazo y los riesgos de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que conlleva el coito. En suma, la presunción de heterosexualidad dificulta el desarrollo de la salud sexual de mujeres no heterosexuales y produce desencuentros entre ellas y los/as profesionales de salud (Navarrete, 2018). De hecho, se ha dado cuenta que estas experimentan en la consulta ginecológica sentimientos de miedo, angustia, pudor e inseguridad (Mertehikian, 2017).

Las distintas barreras constatadas exigen ahondar no solo en las experiencias y percepciones de las mujeres no heterosexuales respecto a las consultas ginecológicas, sino también en la desinformación y los prejuicios de los/as propios/as profesionales de salud. Si bien esta perspectiva ha sido escasamente pesquisada, la investigación de Palma y Orcasita (2019), situada en la ciudad de Cali en Colombia, puede resultar ilustrativa. En este estudio, sus participantes señalaban su desconocimiento frente a las prácticas sexuales lésbicas o «modernas», lo que llevaba a una falta de claridad sobre la transmisión de ITS entre mujeres y la percepción de que en estas prácticas no habría intercambio de fluidos o penetración. Asimismo, algunos/as de los/as profesionales de la muestra concebían la homosexualidad femenina como una moda juvenil, como expresión de la falta de un proyecto de vida o como una deserción de la heterosexualidad. Finalmente, la investigación también apuntó a un estilo de atención evitativo, donde no se pregunta directamente la orientación sexual de las pacientes o se presume que se relacionan con hombres a no ser que se «detecte» la homosexualidad (a partir de estereotipos sobre las mujeres lesbianas y

bisexuales). En este sentido, las dificultades y mitos que rodean la atención ginecológica registrados en las experiencias de las mujeres no heterosexuales se constatan también a raíz de la visión de los/as propios/as profesionales de la salud.

Mirando el contexto chileno, resulta escasa la investigación respecto a la atención ginecológica de mujeres que se relacionan sexualmente con mujeres. En general, el foco ha sido puesto en las organizaciones feministas y sus estrategias para fortalecer la información y el autocuidado en mujeres lesbianas, y no en la atención proveniente de la salud institucionalizada. Entre los antecedentes disponibles respecto a esto último, destaca la encuesta realizada por el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) en 2019 a 2.146 mujeres, cuyos resultados se encuentran en su “XVIII Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile (Hechos 2019)”. Entre sus hallazgos, cabe destacar que la mayoría de las mujeres de la muestra que han asistido a el/la ginecólogo/a y/o matró/a, no fueron consultadas por su orientación sexual durante la asistencia (63%), no se han practicado la prueba del Papanicolau (67%), nunca han utilizado métodos de protección de ITS (66%), consideran que no existe información suficiente sobre dichos métodos para mujeres que tienen sexo con mujeres (87%) e indican que los/as profesionales de la salud no están capacitados/as para atender personas LGBTQ+ (54%).¹ Asimismo, las mujeres que no han asistido a una consulta ginecológica, dan como principal razón la desconfianza hacia los/as profesionales (74%).

Estos datos arrojan tendencias fundamentales respecto a la atención ginecológica de las mujeres no heterosexuales en el país. No obstante, dado que el estudio citado no ahonda concretamente en las experiencias que acontecen dentro de las consultas, o en las causas que generan tales alarmantes resultados, persiste la necesidad de una investigación más exhaustiva. Desde ahí, el presente estudio tuvo como propósito analizar de qué forma

¹ Acrónimo que refiere a Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Trans, Queer y otras identidades no hétero-cisnormativas (+).

tener una orientación sexual diversa influye en las percepciones y experiencias de mujeres jóvenes frente a la atención ginecológica, en Chile.

Heterosexualidad obligatoria y saber-poder ginecológico:

abordajes teóricos de la investigación

«Tú-serás-heterosexual-o-no-serás»

Considerando el objetivo de la investigación, resulta pertinente abordar el concepto de «heteronormatividad». Al respecto, es posible señalar desde Rubin (1989) que la sexualidad -aspecto que comprende los deseos, identidades y prácticas sexuales de las personas- se ha constituido en un vector de opresión específico en las sociedades occidentales modernas y que, dentro del sistema jerárquico del valor sexual construido, lo heterosexual aparece como el modelo aceptable. La idea de «heteronormatividad», desarrollada con posterioridad, busca aludir precisamente a cómo la heterosexualidad aparece como la forma precultural, natural, preferible y única para llevar relaciones sexo-afectivas, a la vez que se constituye como una práctica esencial para el funcionamiento del orden social (Cohen, 1997).

Más aún, siguiendo los aportes del feminismo lésbico la heteronormatividad también es base del patriarcado (Curiel, 2013; Espinoza, 2016; Poblete, 2014). En efecto, nociones como «heteropatriarcado» en Jeffreys (1996) y «heterosexualidad obligatoria» en Rich (1996), así como los escritos de Wittig (1992), se dirigen a comprender la heterosexualidad como institución o régimen político que cimienta y reproduce la misoginia y la dominación masculina. Ello es posible en la medida en que los vínculos heterosexuales aparecen como los únicos posibles, teniendo así una pretensión de universalidad y de indispensabilidad social al estilo «tú-serás-heterosexual-o-no-serás».

Desde América Latina y el Caribe, Yuderkys Espinoza y Ochy Curiel señalan que han sido autoras europeas y norteamericanas las que han emprendido una mayor

teorización lesbofeminista y que ello, en la región, aún está pendiente (Espinoza, 2016). Asumiendo tal colonialidad, estas feministas han retomado y aplicado en el contexto latinoamericano los aportes de Wittig y Rich, particularmente, pues reconocen el carácter pionero y necesario de entender la heterosexualidad obligatoria como régimen o institución política -antes que mera práctica sexual- fundante del patriarcado (Curiel, 2013; Curiel, 2017; Espinoza, 2007; Espinoza, 2016).

Ahora bien, la pregunta central es cómo se produce tal fundación. Los feminismos lésbicos han buscado dar cuenta del rol de la heterosexualidad en el surgimiento y reproducción del género, señalando que la división de los sexos en «hombre» y «mujer» se construye no sólo en términos de desigualdad, en el sentido de superioridad-inferioridad o dominación-subordinación, sino también a partir de su modelamiento como categorías exclusivas, opuestas y necesariamente complementarias. En una palabra, el género y sus relaciones de poder tiene como presupuesto la heterosexualidad (Rubin, 1986; Wittig, 1992), siendo así la “institución social responsable de la producción de un sujeto femenino cuyo deseo e identidad asegura la dependencia al varón” (Espinoza, 2007, p.133).

Butler (2017) también ha apuntado a este vínculo entre heteronormatividad y patriarcado, al sostener que la unidad interna del género exige una relación causal entre sexo, género y deseo, siendo estos elementos comprendidos desde una complementariedad binaria y jerárquica. Agrega que tal relación causal se ha instaurado como norma de inteligibilidad que otorga a la identidad de las personas su coherencia y posibilidad. En otros términos, la heterosexualización del deseo ordena el género definiendo formas reales-verdaderas o irreales-falsas de masculinidad y feminidad, instalando diferencias en el valor de la vida y en el estatus propio de humanidad conferido a las personas. Así, aquello que se aleja de las normas sexo-genéricas es sistemáticamente deshumanizado y desrealizado, punto desde el cual surge la invisibilización y la violencia física y simbólica reiterativa. En una línea similar, Rubin (1989) sostiene que aquello que se

distancia de las posiciones altas en la jerarquía sexual, como la homosexualidad, es sancionado y violentado; al mismo tiempo que se le niega reconocimiento, respetabilidad, legalidad, movilidad y beneficios materiales.

En este marco, las mujeres lesbianas, bisexuales y todas aquellas que más allá de las categorías identitarias se vinculan sexo-afectivamente con mujeres, aparecen como una forma inadecuada de lo femenino y su misma existencia cuestiona y tensiona la estabilidad del género. En el fondo, si esta se construye desde la complementariedad y la sumisión, entonces las relaciones lésbicas hacen emerger la interrogante de qué es ser mujer y qué es ser hombre (Butler, 2017). A esto apunta precisa y categóricamente Wittig (1992) cuando asevera que, bajo un régimen heterosexual de pensamiento, “las lesbianas no son mujeres” (p.57).

Esta inadecuación ante lo femenino y el impacto político-subversivo que presentan las mujeres no heterosexuales, lleva a que estas sean sistemáticamente invisibilizadas, apareciendo como posibilidad impensable e innombrable. Asimismo, son construidas como mujeres desviadas y aberrantes que atentan contra la naturaleza humana y que, por tanto, deben ser castigadas y erradicadas. Desde ahí, son deshumanizadas y excluidas, sufriendo la violencia física y simbólica específica desde ese cruce entre sexismo y homofobia (Alfarache, 2012; Rich, 1996).

La disciplina ginecológica como tecnología de hétero-normalización

Considerando el objetivo del estudio, resulta pertinente abordar las maneras en que la heteronormatividad, analizada anteriormente, se despliega específicamente en la ginecología. Es posible considerar que las instituciones y saberes de esta disciplina operan como dispositivos de disciplinamiento de la matriz heterosexista. Para ahondar en ello, es necesario ante todo aludir al vínculo entre medicina y sexualidad desde una perspectiva general.

Siguiendo a Foucault (2006), en el siglo XIX la sexualidad humana adquiere el estatus de objeto de estudio científico y, en este marco, la medicina se institucionaliza como su principal campo de saber legítimo. Así, se instala un régimen específico de saber sobre el cuerpo, que estableció los límites entre lo permitido y lo prohibido respecto a los placeres, deseos y prácticas sexuales. En concreto, la heterosexualidad (reproductiva) se consolidó como norma obligatoria, siendo además el punto de referencia desde el cual se calificaba al resto de las conductas y orientaciones. Estas últimas, denominadas por el autor como «sexualidades periféricas», quedaron estigmatizadas y patologizadas. Desde esta visión, es posible concebir el saber médico como tecnología de normalización y disciplinamiento heteronormativo.

Al analizar particularmente la ginecología, esta ha aparecido como un área clave en la construcción y desarrollo de tal saber biomédico heteronormativo. Lo anterior, en tanto se ha instituido como una «ciencia de la mujer», esto es, una ciencia legitimada alrededor de las diferencias entre hombres y mujeres; al mismo tiempo que ha operado como dispositivo de reforzamiento de la heterosexualidad femenina (Rohden, 2009; Cano, 2019). Es posible reconocer tres mecanismos básicos mediante los cuales la disciplina ginecológica controla y (hetero)normaliza los cuerpos «femeninos».

Un primer mecanismo corresponde a la extendida presunción de heterosexualidad en la ginecología hegemónica, que se puede asociar fuertemente con las normas de inteligibilidad que reconoce Butler (2017). En otras palabras, para el saber y la práctica ginecológica “a un cuerpo con sexo ‘femenino’ (portador de vagina) le corresponde el género ‘mujer’; y de las mujeres se espera, se proyecta, un deseo heterosexual hacia los varones” (Cano, 2019, p.49). Esta presunción del deseo heterosexual de las pacientes está indisociablemente asociada al carácter normal o deseable otorgado al sexo entre hombre y mujer, con un fuerte énfasis en el coito y en lo reproductivo. De hecho, para Cabral (2009) el saber biomédico está regido por el vínculo entre lo femenino y la penetrabilidad (que es

atribuida exclusivamente a varones cishétero), por lo que aquellas prácticas y deseos que se alejan de las relaciones coitales se tornan ininteligibles y patologizables.

El último punto lleva a un segundo mecanismo del poder gineco-normalizador, a saber, la reiterada invisibilización, infantilización, moralización y patologización de las sexualidades no heteronormadas. En efecto, de acuerdo a Cano (2019) la especialidad ginecológica ha tendido a leer las prácticas sexuales lésbicas como irreales, lo que se puede expresar tanto en el no reconocimiento de estas conductas como «propia­mente sexuales» o, en casos más radicales, en la negación absoluta de su existencia. Asimismo, el saber médico puede no invisibilizar las sexualidades periféricas, pero las estigmatiza al otorgarles un carácter pervertido o patológico, o bien las impugna moralmente al tildarlas de promiscuas o desviadas.

De acuerdo a la misma autora, un tercer mecanismo de normalización es el uso de la violencia verbal, simbólica y hasta física hacia pacientes no heterosexuales. Es relevante señalar que estos tres dispositivos identificados tienen como consecuencia una distribución diferencial y jerarquizada de los cuidados y atención ginecológica, donde las mujeres heterosexuales aparecen como el único sujeto al que se otorga legitimidad y por el que se asume responsabilidad. En contraste, las mujeres que tienen sexo con otras mujeres ven obstaculizada su salud sexual, en tanto enfrentan a profesionales con prejuicios y desconocimientos que pueden desembocar incluso en discriminación y violencia (Cabral, 2009; Cano, 2019).

Metodología

Con el propósito de analizar de qué forma tener una orientación sexual diversa influye en las percepciones y experiencias de mujeres jóvenes frente a la atención ginecológica, en Chile, se construyeron tres objetivos específicos: (1) caracterizar las percepciones de mujeres jóvenes que se relacionan sexualmente con mujeres en torno a las atenciones ginecológicas; (2) indagar respecto a sus experiencias y los elementos que

obstaculizan o afectan el desarrollo de su salud sexual; (3) describir sus disposiciones y acceso frente a la asistencia ginecológica.

Desde ahí, la investigación -de tipo transversal- presentó un alcance descriptivo y una estrategia de métodos paralelos. En primera instancia, el método cuantitativo se vinculó a la realización de una encuesta que, considerando los objetivos de investigación, fue dirigida a mujeres cisgénero que se relacionan sexualmente con otras mujeres cisgénero, de 18 a 35 años de edad, que han asistido a consultas ginecológicas y que residen en Chile, tratándose así de un estudio de alcance nacional. Desde ahí, se conformó una muestra de 165 casos.²

Cabe referirse a las justificaciones en torno a la selección de la muestra. Por un lado, el énfasis en el carácter cisgénero de las sujetas de estudio se vincula a que la experiencia de personas trans con vulva en consultas ginecológicas puede estar influenciada de forma relevante por su identidad de género, lo que excede los propósitos de la investigación. Por otro lado, el rango etario escogido responde la búsqueda por dirigir el análisis a mujeres «fértil», de las que se espera que asistan a atenciones ginecológicas para una salud sexual que, sin embargo, es pensada en términos de planificación familiar. Asimismo, las mujeres jóvenes tienden a carecer de un capital acumulado en tanto pacientes, esto es, presentan prácticas más rotativas en el sistema sanitario. Aquello conduce a diversas experiencias con distintos/as profesionales, lo que enriquece el estudio. Ahora bien, cerca de los 35 años el capital acumulado tiende a ser mayor, lo que permite establecer un corte superior en la muestra, sin dejar de acceder a aquellos casos en que se ha definido un/a profesional o institución determinada (Brown et. al., 2014). Por cierto, el corte inferior responde a que no se trabajó con menores de edad. Finalmente, se apostó por considerar como sujetas de estudio a «mujeres que tienen sexo con mujeres», en cuanto se pretendió ir más allá de categorías específicas o fijas de orientación sexual -tales como

² Inicialmente la encuesta contó con 199 respuestas, pero fueron eliminados aquellos casos que no cumplían con los criterios muestrales, anteriormente señalados.

lesbiana, bisexual o pansexual- e incluir a cualquier mujer (cis) que mantenga prácticas homosexuales.

Respecto al tipo de muestreo, este fue no probabilístico, decisión que se vincula tanto a los recursos disponibles para la investigación, como al hecho de que no se dispone de un marco muestral respecto a la población de mujeres que se relacionan sexualmente con otras mujeres en Chile. La estrategia de contacto fue de tipo guiada por redes, específicamente por bola de nieve, difundiendo la encuesta por redes sociales mediante un cuestionario Google Forms durante todo diciembre de 2020 y enero de 2021, siendo estas últimas las fechas de comienzo y término de la recolección de datos.

En relación a las variables del instrumento, estas se dirigieron a caracterizar socio demográficamente la muestra, incorporando aspectos como las orientaciones sexuales, la edad y la región de residencia, centralmente.³ Posteriormente, se incorporaron una serie de preguntas cerradas de opción múltiple y, en ocasiones, de selección múltiple; dirigidas a abordar los tres objetivos específicos. Efectivamente, estas apuntaron al acceso y a las percepciones en torno a la discriminación vivida en las consultas ginecológicas; a las experiencias, tratos y posibles actos de violencia recibidos durante las asistencias; así como a los mitos, prejuicios o desconocimientos por parte de los/as profesionales de salud. Las categorías de respuesta fueron construidas a partir de los resultados de otros estudios (expuestos en los antecedentes), y de los mecanismos del poder gineco-normalizador reconocidos por Cabral (2009) y Cano (2019). Los datos recolectados fueron abordados a partir de un análisis estadístico de tipo descriptivo, realizado en el *software* Excel.

En segunda instancia, el método cualitativo se vinculó al análisis de *una* pregunta abierta, incorporada en la encuesta anteriormente descrita y respondida por las 165 participantes. Dicha interrogante apuntó a que las mujeres del estudio relatasen cómo han

³ Se incorporaron tres rangos etarios en el cuestionario: de 18 a 25 años, de 26 a 30 años y de 31 a 35 años. Esto presenta una finalidad descriptiva más que explicativa, en cuanto el estudio no tiene por objetivo analizar diferencias según edad.

sido sus consultas ginecológicas desde la primera vez que asistieron. Aquello permitió profundizar o bien complementar la información recabada paralelamente por el método cuantitativo (para los tres objetivos específicos), como también permitió ir más allá de las variables contempladas por las investigadoras. Las respuestas a esta pregunta fueron analizadas bajo la técnica de análisis de contenido, pues esta permite identificar y comprender de forma integral el contenido tanto manifiesto como latente del material a utilizar, lo que posibilita realizar un análisis descriptivo y/o interpretativo (Raigada, 2002).

Resultados

Descripción de la muestra

A continuación, se expone una caracterización de la muestra conformada tras la aplicación de la encuesta descrita en el apartado anterior. Un primer elemento a destacar corresponde a las orientaciones sexuales, donde la bisexualidad y el lesbianismo aparecen como las categorías más escogidas por las encuestadas, con un 41,8% y un 39,4%, respectivamente. Asimismo, sobresale el hecho de que una amplia mayoría de las participantes tenía entre 18 y 25 años (76,3%) y que, en términos de distribución geográfica, hubo una marcada predominancia de la Región Metropolitana, con un 60% de los casos. El detalle de los resultados anteriores sobre la composición de la muestra, incluyendo el nivel educativo como parte de su descripción sociodemográfica, se presentan a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1

Descripción de la muestra

Variable	Categorías	Porcentaje (%)
Orientación sexual	Lesbiana	39,4
	Homosexual	1,8
	Bisexual	41,8
	Pansexual	10,9
	Queer	3,0
	Heterosexual	2,4
	Asexualidad	0
	Otra	0,6
Edad (años)	18 a 25	76,3
	26 a 30	17
	31 a 35	6,7
Región de residencia	Arica y Parinacota	0
	Tarapacá	0,6
	Antofagasta	4,2
	Atacama	0,6
	Coquimbo	1,2
	Valparaíso	7,3
	Metropolitana	60,0
	Libertador Bernardo O'Higgins	4,8
	Maule	1,8
	Ñuble	0
	Biobío	13,3
	La Araucanía	0,6
	Los Ríos	1,8
	Los Lagos	3,6
	Aysén	0
Magallanes y de la Antártica Chilena	0	
Nivel Educativo	Enseñanza Media Completa	17
	Técnico Profesional (incompleto o completo)	9
	Universitario Incompleto	50
	Universitario Completo	19
	Postgrado (incompleto o completo)	5

Fuente: Elaboración propia. (2023).

Aproximaciones a las percepciones, experiencias y disposiciones frente a las consultas ginecológicas

En este apartado se presentan los hallazgos centrales de la investigación, desde el método cuantitativo. Se exponen las percepciones de las participantes del estudio sobre la discriminación vivida dentro de las consultas ginecológicas, así como sus experiencias en dichas instancias y los tratos que han recibido desde los/as profesionales de la salud. A su

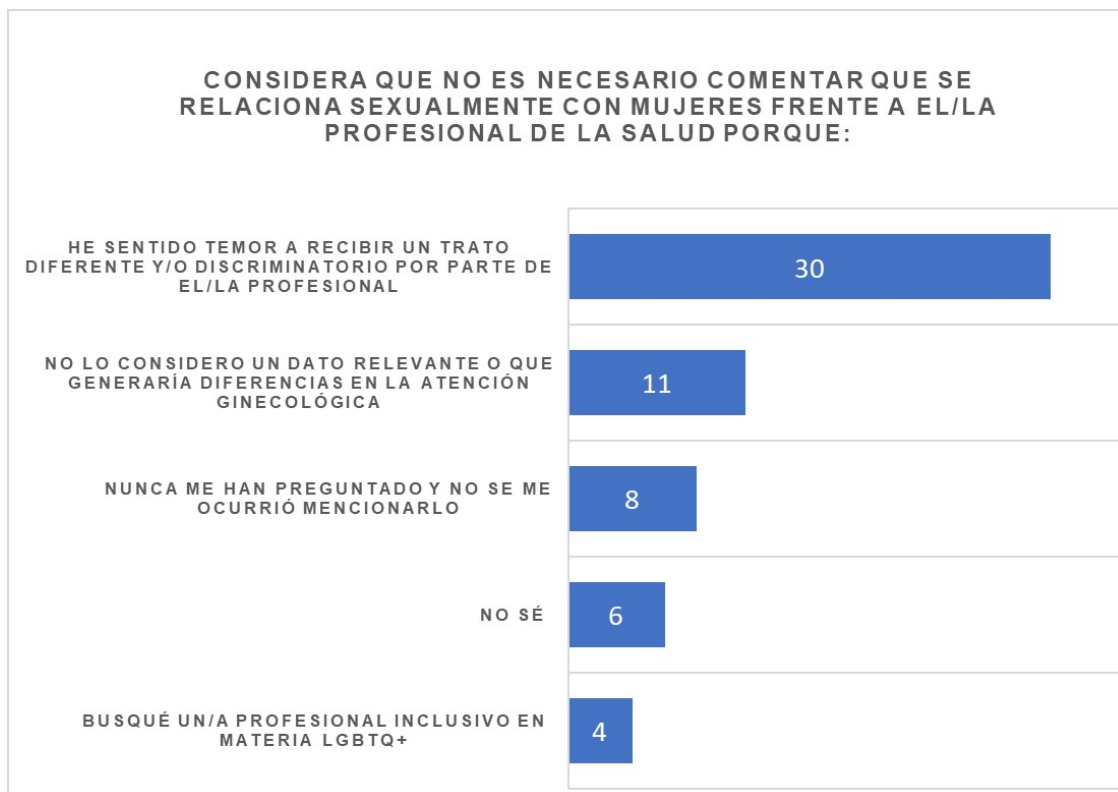
vez, se desarrollan los resultados en torno a los prejuicios y mitos que presentan estos/as últimos/as en torno a las sexualidades no heteronormadas, como también el grado de accesibilidad de las mujeres que tienen sexo con mujeres, para recibir atención en salud sexual.

En este marco, un primer elemento a destacar corresponde a la extendida presunción de heterosexualidad de las mujeres por parte de los/as profesionales de la salud. En efecto, 150 participantes (90,9%) indicaron que, durante alguna consulta, se asumió que se relacionaban exclusivamente con hombres hasta que ellas indicaron lo contrario. Este resultado se alinea a la idea de que la ginecología espera y proyecta en las mujeres un deseo dirigido hacia los varones, lo que invisibiliza la existencia de mujeres que tienen sexo con mujeres.

En el marco de esta presunción de la heterosexualidad, la mayoría de las mujeres de la muestra sí considera necesario indicar que se relaciona sexualmente con mujeres frente a el/la profesional de la salud (111 casos, 67,27%), contrastando con las respuestas negativas a esta pregunta (42 casos, 25,45%) y la alternativa “no sé” (9 casos, 3,64%). Entre aquellas personas que indicaron no comentar tal información, la principal razón señalada fue el temor a recibir un trato diferente y/o discriminatorio por parte de el/la profesional. Aquello concuerda con los resultados de otros estudios, dando cuenta de cómo la presunción de heterosexualidad puede ser un obstáculo en la atención ginecológica y para la salud sexual en general. Por cierto, otras razones dadas por las encuestadas se exponen en el Gráfico 1, que muestra los resultados de esta pregunta (de opción única).

Gráfico 1

Razones dadas por quienes no comentan tener sexo con mujeres a el/la profesional



Fuente: Elaboración propia. (2023).

Ahondando en el fenómeno de la discriminación en la atención ginecológica, puede señalarse, por un lado, que 62 mujeres (37,58%) de la muestra afirmaron creer que al ir a una consulta ginecológica y señalar su orientación sexual, serán tratadas irrespetuosamente; 56 (33,94%) consideraron que serían atendidas respetuosamente y 47 (28,48%) señalaron que no han pensado en el trato que podrían recibir. Respecto a la discriminación percibida efectivamente durante alguna asistencia, los resultados del estudio se ilustran en el Gráfico 2, bajo una pregunta de opción única.

Gráfico 2

Percepción de discriminación en la atención ginecológica



Fuente: Elaboración propia. (2023).

Los resultados indican que un número importante de casos (43%) señala no haber percibido discriminación. Sin embargo, la suma de respuestas afirmativas a la pregunta, bajo las categorías “sí, algunas o pocas veces” (36%) y “sí, muchas veces” (9%), es levemente mayor. Lo anterior es relevante puesto que la percepción en torno a la discriminación vivida, o bien el miedo a vivir eventualmente una situación de esa índole, puede obstaculizar el desarrollo del cuidado en materia sexual de estas pacientes.

En relación a las experiencias y tratos recibidos por las mujeres de la muestra, de parte de los/as profesionales de salud, el Gráfico 3 exhibe los resultados de una pregunta - de selección múltiple o sin alternativa única (permitiendo incluir todo lo que se ajustase a la experiencia de las participantes)- que consultaba sobre distintas situaciones que constituyen algún tipo de violencia.

Gráfico 3

Tratos recibidos de parte de profesionales de la salud⁴



Fuente: Elaboración propia. (2023).

Al observar los resultados, destaca positivamente que la principal categoría contestada fue haber recibido un trato respetuoso durante la atención (62 casos, 37,58%). Ahora bien, sumando el total de las otras categorías (referidas a distintos malos tratos), se evidencia que la mayoría de las encuestadas señalan haber experimentado algún tipo de discriminación o violencia a raíz de su orientación/práctica sexual. Por ejemplo, 56 personas (33,94%) optaron por la alternativa de que, aun sin experimentar las situaciones expuestas

⁴ Las siglas OS en los Gráficos 3 y 4 se refieren a Orientación Sexual.

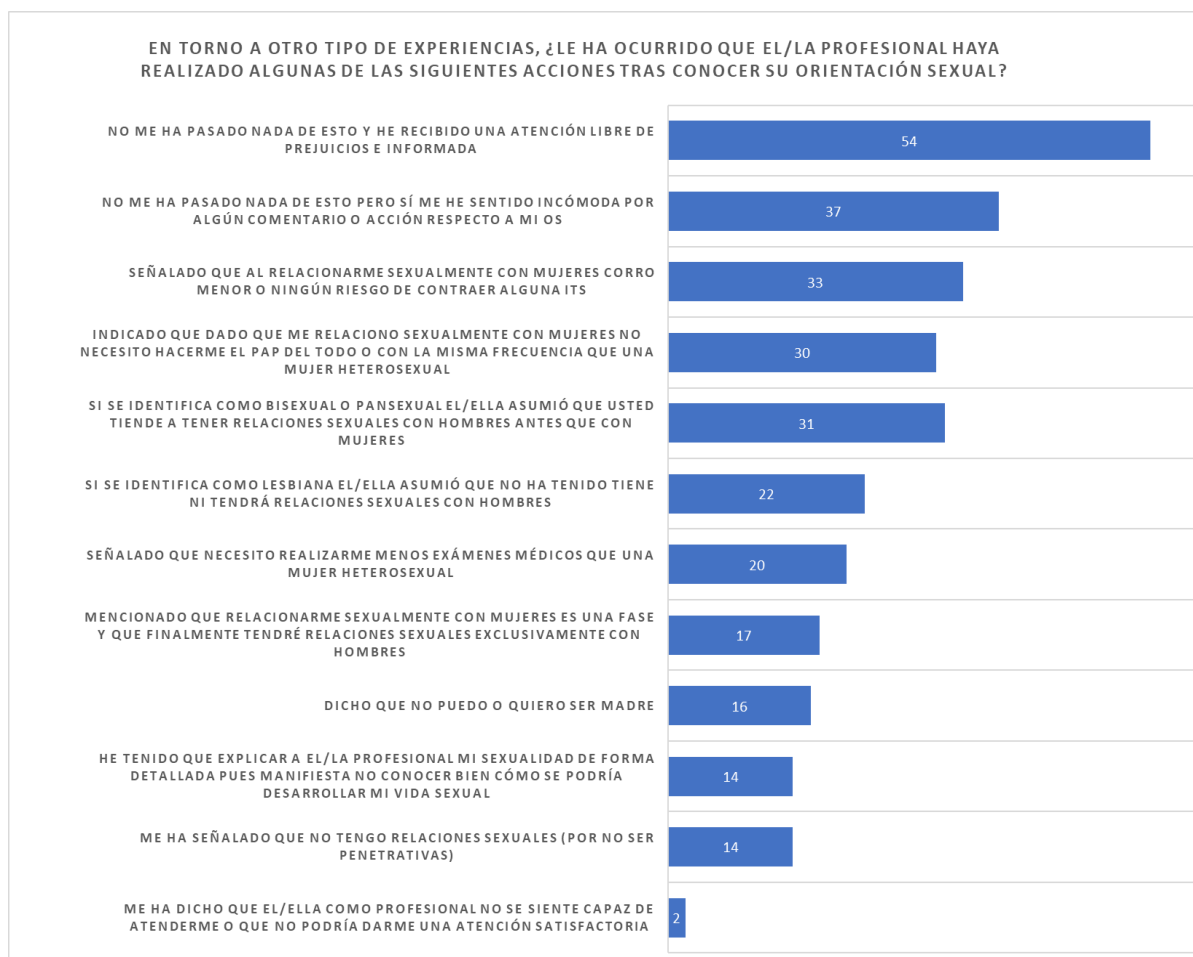
en el cuestionario, sí se habían sentido incómodas a raíz de comentarios y/o acciones por parte de el/la profesional respecto a su orientación sexual.

Asimismo, existen casos de invisibilización de las sexualidades no heteronormadas, donde las prácticas lésbicas aparecen como no “propiedades sexuales” (10 casos, 6,06%). También, se registran situaciones de estigmatización y de impugnación moral, lo que incluye asociar la orientación o práctica sexual con la promiscuidad (8 casos, 4,85%), la anormalidad (6 casos, 3,64%) o con enfermedades (1 caso, 0,61%). Sumado a ello, se registran actos de violencia verbal (6 casos, 3,64%), simbólica (1 caso, 0,61%) e incluso física (1 caso, 0,61%). En este sentido, es posible concluir que la muestra exhibe la presencia, en las atenciones de mujeres no heterosexuales, de los mecanismos del poder gineco-normalizador anteriormente detallados.

El estudio también consultó sobre posibles desconocimientos, prejuicios o mitos de parte de profesionales de la salud en torno a las sexualidades no heteronormadas. Al igual que en la pregunta anterior, las participantes podían incluir todas las alternativas dentro de la encuesta que se ajustaban a su experiencia. El Gráfico 4 resume los resultados a este respecto.

Gráfico 4

Situaciones de desconocimiento, prejuicios y mitos de parte de profesionales de la salud



Fuente: Elaboración propia (2023).

Positivamente, la categoría más contestada por las mujeres de la muestra fue que, en sus atenciones, los/as profesionales de la salud habían mostrado estar libres de prejuicios e informados/as sobre diferentes sexualidades (54 casos, 32,76%). Es necesario señalar que, considerando todas las demás categorías, en la mayoría de los datos se evidencia aún la persistencia de mitos, prejuicios o desconocimientos en el saber médico que en algunos casos constituyen formas de violencia y obstaculizan la salud sexual de las pacientes.

A modo de ejemplo, se evidencia el mito de la baja susceptibilidad de contagio de ITS en el sexo entre mujeres y la menor necesidad de realizarse exámenes médicos. En concreto, a 20 (12,12%) mujeres de la muestra se les señaló que necesitan realizarse menos exámenes que una mujer heterosexual, a 30 (18,18%) que no requieren hacerse el PAP del todo o con la misma frecuencia que una mujer heterosexual, y a 33 (20%) que no corren riesgo o corren menor riesgo de contraer una ITS. Otro mito observado es que el sexo lésbico no es sexo *per se* (14 casos, 8,48%) o que las lesbianas no tienen relaciones sexuales con hombres (22 casos, 13,33%).

Otras categorías aluden a la desinformación por parte de los/as médicos/as o matrones/as que han dificultado una atención adecuada, como tener que detallar sobre las prácticas y la vida sexual. También, se constataron prejuicios por parte de los/as profesionales, que incluyen: considerar que relacionarse sexualmente con mujeres constituye una fase (17 casos, 10,3%), invisibilizar la bisexualidad (31 casos, 18,79%) y negar el deseo o la posibilidad de ser madres (16 casos, 9,7%).

Cabe decir que estas distintas experiencias de discriminación, violencia, posturas prejuiciosas y/o desinformadas por parte de los/as profesionales de la salud, podría estar en parte explicando otro hallazgo de la investigación, a saber, que un 51,5% de las encuestadas ha buscado un/a médico/a ginecólogo/a o matrón/a específicamente por el hecho de que es amigable con la comunidad LGBTQ+.

Adicionalmente, la investigación también ha dado cuenta de otras expresiones de la distribución diferenciada y jerarquizada de los cuidados en salud ginecológica, relacionadas al acceso a las consultas. Por ejemplo, al preguntar si se percibe que las mujeres no heterosexuales tienen una experiencia distinta o igual a las mujeres heterosexuales en la consulta ginecológica; y si tienen menos, iguales o más opciones que las últimas en este ámbito, se registró que la gran mayoría de las mujeres de la muestra consideran tener menores posibilidades de contar con una atención ginecológica satisfactoria dadas sus

orientaciones y/o prácticas sexuales que sus contrapartes heterosexuales (67,3%). Ahora bien, también se consultó si a raíz de experiencias o comentarios homofóbicos se ha dejado de atender con un/a profesional o en alguna institución, donde la mayoría de los casos respondió negativamente (59,4%). Así, puede señalarse que generalmente las participantes del estudio no han visto condicionado su acceso a consultas ginecológicas de forma tal que deben buscar otros lugares para su atención. De todas formas, esto sí ocurrió en cerca de un tercio de los casos, pues un 29,7% contestó afirmativamente, mientras que el 10,9% señaló no saber/preferir no responder.

En la misma línea, otro resultado relevante radica en que la mayoría de los casos de la muestra (90,9%) señaló que nunca algún/a profesional de la salud o institución médica se ha negado a darle atención ginecológica al señalar que se relaciona sexualmente con mujeres, contrastando con un 0,6% afirmativo. De esta forma, puede señalarse que la orientación o práctica sexual, en la gran mayoría de los casos de la muestra, no condiciona el acceso a las consultas ginecológicas en el sentido de derechamente no poder atenderse con cierto/a profesional o en determinada institución. Esto puede considerarse un aspecto evidentemente positivo para las mujeres no heterosexuales, aunque es necesario señalar que ello no es indicio, como se ha demostrado, de que las consultas sean espacios libres de discriminación, violencia o desconocimiento.

Profundizando en las experiencias ginecológicas de las mujeres que se relacionan sexualmente con mujeres

Esta sección presenta el análisis de las respuestas escritas de las participantes del estudio, en miras a profundizar en sus experiencias en las atenciones ginecológicas. Las vivencias recabadas fueron divididas por las investigadoras en positivas, neutras y negativas, a partir de lo indicado por las propias encuestadas. A continuación, se exploran los factores y situaciones que influyen en optar por cada una de estas valorizaciones.

En primera instancia, una minoría de respuestas (27 casos, 16,36%) identifican experiencias positivas dentro de la atención ginecológica, lo que se asocia principalmente con una actitud de aceptación, apertura y respeto de la orientación sexual dentro de las consultas. En efecto, algunas características que se repiten y son resaltadas en muchas respuestas es que los/as profesionales han sido respetuosos/as, comprensivos/as, amables y cordiales en el trato.

De todas formas, algunas mujeres manifiestan en sus respuestas que creen que su experiencia positiva corresponde a una excepción en cuanto a las vivencias que tendrían la mayoría de las mujeres no heterosexuales. Algunos ejemplos de respuestas como estas son: “No he tenido malas experiencias, pero creo que soy la excepción” (encuestada 71, pansexual, 26-30 años) y “Afortunadamente nunca me he sentido incómoda ni juzgada, siempre en entornos seguros y comprensivos. Claramente siempre podría ser mejor” (encuestada 73, lesbiana, 18-25 años). Otras respuestas demuestran sorpresa ante un trato respetuoso ya que sus expectativas frente a la consulta ginecológica son bajas, más aún cuando se enfrentan a profesionales de avanzada edad.

Un punto relevante presente en varias respuestas que expresan una experiencia positiva es que ello estaría relacionado directamente a la elección precisa o específica de el/la profesional tratante. Por ejemplo, una participante manifiesta que ella ha ido manteniendo la precaución de tratarse en lugares especializados en disidencias sexuales, mientras otras buscan profesionales con características como que sean amigables con la comunidad LGBTQ+, que sean jóvenes o que sean mujeres:

“He tenido sólo buenas experiencias, pero sí investigo antes a la profesional y me atiendo solo con mujeres” (encuestada 58, lesbiana, 18-25 años); “buenas, debido a que asisto a la misma ginecóloga desde que comencé mi vida sexual, y la elegí yo, finalmente, considerando que fuera relativamente joven” (encuestada 66, lesbiana, 18-25 años).

Algunas respuestas también exhiben una búsqueda de las usuarias de la atención ginecológica de tener agencia sobre la consulta, en el sentido de informarse antes de asistir para exigir una buena atención. Por ejemplo, se señala:

“He exigido más cosas, como por ejemplo exámenes, he preguntado más, por ende he obtenido una ‘mejor’ atención pero de manera forzada” (encuestada 25, bisexual, 18-25 años); “Han mejorado [las consultas] pero en la medida que yo he tenido la posibilidad de costear atenciones donde yo sé que hay profesionales ‘sensibilizadx’s” (encuestada 78, lesbiana, 26-30 años).

En cuanto al hecho de hablar libremente sobre la sexualidad y la orientación sexual frente a un/a profesional de salud, resalta que una de las encuestadas manifestó que, al asistir con un familiar a la consulta, optó por no hablar libremente sobre sus deseos y prácticas. No obstante, al asistir sola posteriormente pudo ser honesta con el/la ginecólogo/a y tener una buena experiencia. Este caso resulta interesante y relevante en cuanto evidencia que en ocasiones la atención no depende únicamente de el/la profesional o el centro médico, sino que existen otros factores que pueden ser un obstáculo a la hora de recibir atención ginecológica, como el hecho de tener que “salir del clóset” frente a personas cercanas.

Finalmente, ciertas participantes del estudio señalan haber tenido experiencias positivas por haber asistido a consultas ginecológicas únicamente por necesidades particulares, con una atención rápida que no habría requerido mencionar la orientación sexual. También, hubo respuestas que manifestaron tener una buena experiencia, pero con pequeños problemas ligados a la desinformación y no a violencias directas. Por último, hubo comentarios que vinculaban una buena atención con contar con un/a médico/a de confianza o de “toda la vida”.

En segunda instancia, respecto a las experiencias en la atención ginecológica descritas como neutras por las participantes (69 casos, 41,82%), destaca que dicha

valoración se asoció a las limitadas veces que se ha asistido al ginecólogo/a, a una rotación constante de los/as profesionales o al hecho de no mencionar la orientación sexual al considerar que no era necesario hacerlo o que, en ese momento, se mantenían relaciones sexuales con hombres. Asimismo, es importante señalar que algunas experiencias se tornan neutras para las encuestadas porque estas han variado según el/la profesional tratante, lo que se puede vincular con el género de este/a último/a. Como ejemplo de ello, dos pacientes relatan:

“La primera vez fue incómoda, el profesional al saber mi condición, asumió de inmediato que nunca había estado con hombres y desde mi respuesta, comenzó a atenderme rápido para que me fuera” (encuestada 73, pansexual, 31-35 años); “La primera vez que fui, fui atendida por un hombre y fue muy incómodo. Ahora más grande soy atendida por una mujer y el trato es muy diferente y bueno. Me comprende y no me siento incómoda” (encuestada 49, bisexual, 18-25 años).

Asimismo, algunas participantes indicaron que para los/as profesionales de la salud puede ser complejo saber cómo tratarlas dada su orientación sexual, pero que intentan hacerlo satisfactoriamente. Por ejemplo, en el siguiente caso se intentó seleccionar un método más cómodo para la encuestada, a pesar del desconocimiento del médico:

He ido pocas veces y solo en la última tuve el valor de decir que me relaciono sexualmente con mujeres. El doctor no supo cómo tratarme y no sabía cómo preguntar por mi vida sexual, porque no sabía cuáles eran las prácticas sexuales y me preguntó por el uso de juguetes sexuales penetrativos, aunque lo preguntó para ver si me hacía una eco transvaginal o encima de la pancita. (encuestada 27, lesbiana, 18-25 años)

Otro elemento que destaca en las experiencias neutras son consultas catalogadas como positivas, aunque incómodas a raíz de que el/la profesional ha asumido la sexualidad de las participantes o bien ha adoptado una actitud indiferente al respecto. Así, si bien no se les juzga, tampoco se realizan todas las preguntas necesarias o se desarrollan los

exámenes y chequeos mínimos. Finalmente, otro punto señalado por las participantes es que encuentran molesta la desinformación sobre su orientación sexual de los/as profesionales que las atienden, pero señalan que ello no imposibilitó su consulta.

Por último, es menester destacar que 57 respuestas (34,55%) de las participantes califican su experiencia en la consulta ginecológica como negativa. En múltiples casos, ello no se relacionó directamente con las orientaciones o prácticas sexuales, pero se destaca la importancia de tener una consulta ginecológica libre de violencias. En este marco, las respuestas aluden, por ejemplo, a profesionales que no logran resolver las dudas y temores de sus pacientes, ocasionalmente atribuido a problemas de comunicación entre ambas partes o a una actitud de despreocupación o desinterés durante la consulta por parte de los/as primeros/as. En esta línea, una paciente señala: “Siento que no se me ha dado la opción de hacer preguntas, ya que todo suele ser rápido y un mero tecnicismo por parte del personal de salud” (encuestada 156, bisexual, 18-25 años). En la misma dirección, otra participante alude a la indiferencia frente a las vivencias particulares que ha tenido y que debieran marcar un trato distinto durante la asistencia:

En otras instancias de mi vida tuve experiencias de abuso sexual y es por esto que me produce gran incomodidad que me toquen personas ajenas. Creo que ese es un tema muy dejado de lado en la práctica ginecológica. Además de que, al menos a mí, me transmite una sensación de vulnerabilidad estar en esa silla con las piernas abiertas, sin siquiera poder ver lo que está haciendo la otra persona. (encuestada 11, bisexual, 18-25 años)

Este último punto exhibe un aspecto que se repite en otras respuestas, relacionado con la incomodidad de las usuarias frente a la consulta, sea por sentimientos de vulnerabilidad, por la verticalidad de la relación entre médico/a-paciente o, en otros casos, por la vergüenza que puede provocar hablar de sexualidad. Tal incomodidad fue en ciertos casos atribuida al hecho de atenderse con ginecólogos varones. Ejemplo de ello es que una

paciente cataloga su experiencia como “Mala por el hecho de ser mujer y atenderme con un profesional hombre que me dijo comentarios negativos de mi vida sexual (...)” (encuestada 57, lesbiana, 18-25 años). En esta línea, otra participante indica: “Siempre me siento incómoda al estar frente a doctores hombres” (encuestada 107, lesbiana, 31-35 años).

Otras respuestas retratan acciones de discriminación y violencia machista por parte de los/as profesionales de la salud, denunciando comentarios sexuales sobre sus cuerpos, discriminaciones en base a su peso o actitudes de enjuiciamiento a raíz del número de parejas sexuales. Por ejemplo, una de las experiencias relatadas es la siguiente: “(...) me dijo que me iba a revisar los pechos y mientras lo hacía me dijo ‘buen par tení’. Salí a llorar y no fui capaz de decirle nada. Desde ahí que busco matronas feministas” (encuestada 35, bisexual, 18-25 años). Estos comentarios demuestran un abuso de poder y una violencia machista por parte de los/as profesionales, también ilustrado en la siguiente cita:

(...) al no tener relaciones penetrativas, tuve que decir que era “virgen” para que no me hicieran una eco transvaginal que necesitaba para descartar una endometriosis, mi situación fue muy denostativa, terminando con una eco anal mientras la mujer que me tomaba el examen hacía comentarios asumiendo que había mentido porque ‘me entraba muy fácil’ la cámara por el ano. (encuestada, 67, lesbiana, 26-30 años).

El rol que juega la penetración en la consulta ginecológica, expuesto en el fragmento anterior, permite ahondar en aquellas experiencias negativas vinculadas más directamente a las orientaciones o prácticas no heteronormadas de las participantes. Efectivamente, un elemento reiterado en las respuestas es la presunción de heterosexualidad, ligado a un énfasis en el coito -la introducción del pene en la vagina- como aquello que define el sexo como actividad, cuya consecuencia es la invisibilización o anulación del carácter sexual de las relaciones entre mujeres. Ejemplo de ello son las siguientes respuestas:

“[el profesional] me preguntó por mi primera experiencia sexual, le conté que fue con una mujer y me dijo ‘ah no, pero con un hombre’ sin tocar otra vez el tema”

(encuestada 33, pansexual, 18-25 años); “me hizo entender que seguía siendo virgen por no haber sido penetrada por un hombre” (encuestada 52, lesbiana, 18-25 años); “Siempre se asume que soy hetero, siempre la protección es en base a relaciones sexuales con hombres” (encuestada 135, bisexual, 26-31 años).

Por cierto, esta heteronormatividad supone que el personal de salud no sabe cómo enfrentarse a mujeres que tienen sexo con mujeres. Ello se traduce, por ejemplo, en que numerosas respuestas describen a profesionales que dudan o bien se niegan a realizar exámenes porque las usuarias no han sido «penetradas por un hombre». Asimismo, también se expresa en que ciertas participantes señalan que los/as médicos/as y matrones/as presentan desconocimientos y mitos, o bien emplean información poco actualizada respecto a las prácticas y vidas sexuales de mujeres no heterosexuales, asociado en las respuestas principalmente a profesionales varones de avanzada edad y del sector público. En este marco, destaca la siguiente cita:

Consulté porque mi menstruación era muy irregular y el ginecólogo me dijo que no tengo de qué preocuparme porque como soy lesbiana no estoy ni voy a quedar embarazada. Además me comentó que no tenía que volver a consultar con él hasta que cumpliera 30 años porque no corría riesgo de contraer ITS. (encuestada 17, homosexual, 18-25 años)

Otros mitos y desconocimientos que se evidenciaron en las respuestas escritas, y ya constatados anteriormente en este artículo, es que los/as profesionales, al saber la orientación sexual de sus pacientes, asumen que estas no han tenido ni tendrán sexo con hombres, las infantilizan, las discriminan por posibles ITS en algunos casos y/o minimizan sus malestares, inquietudes y necesidades.

Sumado a lo anterior, múltiples casos apuntan a preguntas inadecuadas y a comentarios ofensivos, burlescos, irrespetuosos e innecesarios. Ello, sobre todo en aspectos como la anticoncepción o la cantidad de parejas sexuales. Lo anterior se ilustra en

la cita anteriormente expuesta, como también en el siguiente relato de otra participante: “un profesional hombre me dijo comentarios negativos de mi vida sexual (inicialmente con hombres) y que hacían alusión a que era promiscua” (encuestada 57, lesbiana, 18-25 años). Estos malos tratos también se presenciaron a nivel físico, pues ciertas mujeres reportaron experiencias negativas al tener atenciones dolorosas, bruscas o invasivas.

Finalmente, algunas respuestas incluyen la percepción de que los/as profesionales muestran incomodidad frente a la sexualidad de sus pacientes, puesto que se produce un cambio de actitud cuando la usuaria menciona su orientación o sus prácticas sexuales. Esta mala disposición a la atención por parte de los/as profesionales se puede traducir en asistencias rápidas y frías, o directamente en malos tratos o bien en la negación de realizar la consulta. El primer caso se ejemplifica en la siguiente respuesta: “La primera vez pésima. Me atendí con una matrona en un policlínico y fue bruta y fugaz. Actualmente, tengo más seguridad de ir al médico, pero no completamente por mi orientación sexual” (encuestada 99, queer, 26-30 años).

Estos distintos tipos de malas experiencias en las consultas ginecológicas se traducen en que múltiples respuestas evidencian actitudes negativas o temerosas frente a la asistencia ginecológica. Ello se vincula en algunos casos a un ocultamiento deliberado de la vida sexual, lo que se torna posible en un contexto donde el/la profesional asume la heterosexualidad de la paciente.

Conclusiones

La presente investigación se propuso analizar la influencia de la orientación sexual diversa en las percepciones y experiencias de mujeres jóvenes frente a la atención ginecológica. El primer objetivo específico se dirigía al plano perceptivo, donde destacó que una leve mayoría de las encuestadas afirmaba haber sufrido discriminación o consideraba más probable un trato irrespetuoso dentro de las consultas, por vincularse sexualmente con

otras mujeres. En ese sentido, es posible sostener que en la muestra predominaban percepciones negativas, antes que positivas, sobre la atención en salud sexual.

En términos de las experiencias de las participantes del estudio, respondiendo al segundo objetivo específico, se constató que dentro del cuestionario las alternativas mayormente seleccionadas fueron haber recibido un trato respetuoso durante la atención ginecológica y que los/as profesionales se mostraron libres de prejuicios e informados sobre diferentes sexualidades. Ahora bien, al sumar los porcentajes obtenidos en las otras categorías de respuesta, vinculadas a mitos y situaciones discriminatorias, se dio cuenta que las experiencias positivas eran finalmente minoritarias. Lo mismo ocurrió en el análisis cualitativo, el que permitió profundizar los factores que inciden en la buena valoración dada por algunas encuestadas. Entre ellos, destaca una búsqueda activa de profesionales jóvenes, amigables con la población LGBTQ+ y/o mujeres.

Desde una perspectiva más detallada sobre las experiencias negativas en las consultas, se observa la pertinencia conceptual de los diferentes mecanismos del poder gineco-normalizador detallados en el marco teórico (Cabral, 2009; Cano, 2019). En primer lugar, se dio cuenta de una extendida presunción de heterosexualidad por parte de los/as profesionales de salud que llevó, en algunos casos, al ocultamiento de la vida sexual por parte de las pacientes por miedo a sufrir discriminación. En segundo lugar, se registran acciones y comentarios heteronormados, homofóbicos o fundados en una visión de la sexualidad centrada en la penetración (masculina) desde los/as médicos/as y matrones/as; cuyos contenidos implicaban una invisibilización o refutación del carácter sexual de las relaciones lésbicas, una estigmatización e impugnación moral de tales prácticas sexuales e, incluso, el ejercicio de violencia hacia las pacientes. Finalmente, la investigación dio cuenta de la persistencia de desconocimientos, prejuicios o mitos por parte de los/as profesionales, particularmente sobre la baja susceptibilidad de contagio de ITS y la menor necesidad de realizarse exámenes médicos.

Los hallazgos anteriores dan cuenta de la persistencia de prácticas ginecológicas heteronormativas, donde no solo se asume la heterosexualidad como modelo preferible y natural, sino que se invisibiliza y discrimina a aquellas mujeres que rompen con él. Por cierto, aquello es un obstáculo para la salud sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres, a lo que se suman las abundantes respuestas escritas en que las experiencias negativas no se asociaban a la orientación sexual, sino al género. En otros términos, se registraron numerosas situaciones de discriminación y violencia sexista, que también constituyen una barrera a la salud sexual.

Ahora bien, a pesar de que los datos cuantitativos denotan la predominancia de experiencias marcadas por algún tipo de discriminación, mito o prejuicio dentro de las consultas, la mayoría de las encuestadas calificó sus atenciones ginecológicas como neutras en las respuestas escritas. El estudio evidenció que algunos factores que explican esta valoración son una baja asistencia a consultas, una rotación frecuente de profesionales (que pueden presentar distintas actitudes hacia la diversidad sexual), la ausencia de mención de la orientación sexual o la indiferencia del profesional ante ello.

Respecto al tercer objetivo específico, vinculado a las disposiciones y la accesibilidad a las asistencias ginecológicas por parte de mujeres no heterosexuales, destaca que si bien la mayoría de las participantes del estudio indican que su orientación sexual disminuye la posibilidad de contar con atenciones satisfactorias, ello no ha impedido el acceso mismo a las consultas. En concreto, un resultado positivo y destacable de la investigación es que solo a una pequeña minoría se le ha negado la atención con cierto/a profesional o institución. Así, y considerando los hallazgos anteriores, podría señalarse que el problema de la atención ginecológica para mujeres que se relacionan sexualmente con mujeres no reside en la accesibilidad, sino en el desarrollo mismo de las consultas. En ello, un resultado relevante es que se registran disposiciones temerosas, reacias o de sospecha

frente a la atención, por parte de las pacientes, a raíz de las malas experiencias anteriormente detalladas.

Finalmente, cabe resaltar que los resultados y conclusiones del estudio permiten familiarizarse con una problemática escasamente estudiada en Chile, pero persiste la necesidad de una indagación más profunda. A modo de propuesta, futuras investigaciones podrían dirigirse a analizar las diferencias en las percepciones y experiencias dentro de las consultas ginecológicas según categorías como orientación sexual, nivel socioeconómico, raza/etnia y/o sector de atención (público o privado). Asimismo, estudios posteriores podrían ampliar el grupo etario o incorporar a personas trans con vulva, contribuyendo a introducir la identidad de género como temática. También, resultaría pertinente centrar el análisis en profesionales ligados a la ginecología como sujeto de estudio.

Por último, los resultados proporcionados por esta investigación alumbran posibles tendencias sobre la atención ginecológica de mujeres no heterosexuales, que además tienden a coincidir con la literatura internacional. Sin embargo, tales hallazgos responden a una muestra pequeña y con marcados sesgos. En efecto, su alto nivel educacional (donde la mitad de las encuestas se situó en la categoría «Universitario Incompleto»), su distribución geográfica (con un 60% de los casos concentrados en la Región Metropolitana, seguido por un 13,3% de la Región del Biobío) y la predominancia de mujeres entre 18 y 25 años, se vinculan con el uso de redes y plataformas digitales, así como con la estrategia de contacto por bola de nieve. Ciertamente, incidió en la muestra que las propias investigadoras cursaran, en el período de recolección de datos, estudios universitarios, residieran en la Región Metropolitana y del Biobío e integraran el rango etario señalado. En ese sentido, futuros estudios podrían corregir estos sesgos de selección y avanzar en muestras más amplias e idealmente representativas. Aquello puede posibilitar una comprensión más acabada y precisa sobre la atención de mujeres de orientación sexual diversa, en un aspecto tan relevante para la vida personal como es la salud sexual.

Referencias Bibliográficas

- Alfarache, A.(2012). La construcción cultural de la lesbofobia. Una aproximación desde la Antropología. En Muñoz (coord.), *Homofobia: laberinto de la ignorancia* (pp. 125-146). UNAM.
- Butler, J. (2017). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Brown, J. L., Pecheny, M., Tamburrino, M. C., Conde, L. L., Perrotta, G. V., Capriati, A. y Ibarlucia, I. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (18), 673-684.
- Cabral, M. (2009). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Anarrés.
- Cano, V. (2019). Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. *Sexualidad, salud y sociedad*, (33), 19-41.
- Cohen, C. (1997). Punks, Bulldaggers, and welfare Queens. The radical potential of queer politics? *GLQ: A journal of lesbian and gay studies*, 3(4), 437-465.
- Curiel, O. (2013). *La nación heterosexual: Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Brecha Lésbica/en la frontera.
- Curiel, O. (2017). Género, raza, sexualidad: debates contemporáneos, en *Intervenciones en estudios culturales*, 3(4), 41-61.
- Espinoza, Y. (2007). *Escritos de una lesbiana oscura: reflexiones críticas sobre feminismo y política de identidad en América Latina*. En la frontera.

Espinoza, Y. (2016). Historizar las disputas, indagar las fuentes: hipótesis para pensar el movimiento de lesbianas en América Latina. *Atlánticas – Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1 (1)., 240-259.

Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber*. Siglo XXI Editores.

Jeffreys, S. (1996). *La herejía lesbiana. Una perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana*. Cátedra.

Marrazzo, J., Coffey, P.y Bingham, A. (2005). Sexual Practices, Risk Perception and Knowledge of Sexually Transmitted Disease Risk among Lesbian and Bisexual Women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(1), 6-12.

Mertehikian, Y. (2017). La salud sexual y (no) reproductiva en debate: apuntes a partir de experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales en la Ciudad de Buenos Aires. *La manzana de la discordia*, 22(1), 21-30.

Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. (2020). *XVIII Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile (Hechos 2019)*. MOVILH.

Navarrete, J. (2018). Por ti, por mí, por todas nosotras”: Experiencias de autocuidado en salud sexual de mujeres lesbianas que habitan Santiago de Chile [Tesis para optar al Título de Antropología Social. Universidad de Chile.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud Sexual*. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Palma, D. y Orcasita, L. (2019). Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Interface*, (23), 1-16.

- Poblete, N. (2014). ¿Ruptura o Continuidad?: Reflexiones en torno al Heteropatriarcado a partir de los relatos de un grupo de jóvenes infractores/as de ley [Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina]. Universidad de Chile.
- Power, J., McNair, R. y Carr, S. (2009). Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health, and Sexuality*, 22(1),67-81.
- Raigada, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido, en *Sociolinguistic studies*, 3(1), 1-42.
- Rich, A. (1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *Duoda Revista d'Estudis Feministes*, (10), 15-45.
- Rohden, F. (2009). *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Editora Fiocruz.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva antropología*, 8(30), 95-145.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp.133-190). Revolución.
- Wittig, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.