

(In)visibilidad y Salud: Contextos y Desafíos de las Mujeres Lesbianas y Bisexuales en Ecuador



FUNDACIÓN MUJER & MUJER

Investigación

**(IN)VISIBILIDAD Y SALUD:
CONTEXTOS Y DESAFÍOS DE LAS MUJERES LESBIANAS
Y BISEXUALES EN ECUADOR**

DICIEMBRE 2019

FUNDACIÓN MUJER & MUJER

Lía Burbano
Directora Ejecutiva

Karen Garita Sánchez
Autora

UNFPA

Equipo técnico revisor UNFPA Ecuador:

Soledad Guayasamín - Oficial Nacional de Respuesta Humanitaria y Juventudes

Daniela Alvarado - Oficial Nacional de Respuesta Humanitaria y Juventudes

Marcia Elena Álvarez - Oficial Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Miriam Moya - Coordinadora Proyecto SART Frontera Norte

Lola Valladares - Oficial Nacional de Género, Interculturalidad y Derechos

Humanos

Vanessa Carrera - Asesora en Población y Desarrollo, Monitoreo y Evaluación

Equipo diseño editorial:

Equipo Fundación Mujer & Mujer

Gina Montaña - Comunicación UNFPA Ecuador

Este libro se terminó de imprimir en los talleres de Editorial Ecuador F.B.T. Cía.

Ltda. Santiago Oe2-131 entre Manuel Larrea y Versalles Telfs.: 2528-492, 2228-636.

Quito, Marzo 2021

E-mail: editecua@editecua.com.ec

www.editorialecuador.com



(IN)VISIBILIDAD Y SALUD: CONTEXTOS Y DESAFÍOS DE LAS MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES EN ECUADOR

Índice

Agradecimientos.....	9
Presentación	11
Introducción.....	13
Abordaje teórico conceptual	16
Marco jurídico sobre los derechos de las mujeres lesbianas y bisexuales	21
Metodología.....	27
Objetivos	27
Objetivo General	27
Objetivos Específicos	27
Diseño de la investigación.....	27
Instrumentos de recolección de datos: Resultados Generales.....	29
Encuesta Rápida: Caracterización de la muestra y desglose de los resultados	29
Entrevistas con actores de Salud: Opiniones y aportes	39
Conclusiones.....	57
Recomendaciones para una política de salud con perspectiva de género y diversidad sexual.....	59
Referencias bibliográficas	63

Agradecimientos

La Fundación Mujer & Mujer agradece al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) por hacer posible la publicación de esta investigación. Agradecemos el esfuerzo significativo de mujeres que creemos necesario visibilizar un tema que ha sido relegado durante mucho tiempo en el sistema de salud.

Agradecemos especialmente a las mujeres que se atrevieron a romper el silencio para hablar sobre sus necesidades de salud, las barreras que enfrentan para una adecuada atención y las experiencias de discriminación y rechazo que han vivido en el sistema sanitario.

Expresamos nuestro agradecimiento al equipo que realizó el trabajo de campo. A Lía Burbano, gestora de acciones mancomunadas en favor de las mujeres lesbianas. A Karen Garita, investigadora y consultora, Fernando Sancho, aliado estratégico de Mujer & Mujer. A las mujeres de Guayaquil, Quito y Cuenca que generosamente acudieron a la convocatoria para los grupos focales. A quienes respondieron la encuesta y se tomaron tiempo para informar sobre sus problemáticas de salud. Asimismo, agradecemos al personal del Ministerio de Salud Pública que nos abrió las puertas para realizar las entrevistas.

Finalmente, no podemos dejar de agradecer a las hermanas de Mujer & Mujer quienes constituyen la base de un trabajo colectivo en resistencia. A las que caminan junto a nosotras, que creen, sienten y actúan para hacer de este mundo un lugar más justo para vivir.

Presentación

La investigación *(In)visibilidad y salud: Contextos y desafíos de las mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador* analiza las principales problemáticas que vive esta población para el cumplimiento del derecho a la salud. Se analizan experiencias al momento de acudir a una consulta médica desde el hecho de ser lesbiana o bisexual.

Un problema central que afecta a mujeres lesbianas y bisexuales es la invisibilidad de su orientación sexual por miedo al rechazo social. El silencio de muchas mujeres obedece principalmente al temor a la discriminación de sus familias, a perder su empleo, a la burla en los centros educativos y al estigma social. En el ámbito de salud el ocultamiento de la orientación sexual al momento de acudir a una atención médica también responde al factor de la discriminación, en algunos casos estas actitudes discriminatorias pueden llegar a casos extremos de violencia lesbofóbica, como por ejemplo la violencia y maltrato durante procedimientos gineco-obstétricos.

Dado este contexto, la investigación *(In)visibilidad y salud: Contextos y desafíos de las mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador* tiene como objetivo principal explicar la realidad actual de esta población en relación al cumplimiento del derecho a la salud.

El marco jurídico nacional para garantizar la igualdad y no discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género presentada en este documento describe la normativa de salud y las principales políticas públicas implementadas en Ecuador. Asimismo, se citan los instrumentos jurídicos internacionales a los que el país tiene el compromiso de responder referente a la protección de derechos humanos.

Los efectos de la discriminación, exclusión y violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género en el Sistema Público, específicamente en el ámbito de salud, son difíciles de captar dada la invisibilidad de mujeres sexo-diversas y el carácter íntimo de las relaciones entre mujeres, así como la relación médico-paciente.

Las categorías de análisis seleccionadas desde la investigación permiten entender la relación entre discriminación, exclusión y violencia a mujeres lesbianas o bisexuales y la atención recibida en el Sistema de Salud Pública. A través de los datos se exploran las principales barreras que enfrentan las

lesbianas para acceder a una adecuada atención de salud. Estos obstáculos se visibilizan a la luz de algunos testimonios que dan cuenta de los prejuicios y el desconocimiento de las problemáticas de salud de la población lesbica-bisexual.

Las conclusiones de este trabajo demuestran algunos de los desafíos actuales para el mejoramiento y erradicación de la discriminación, exclusión y violencia en el Sistema de Salud. Si bien, el Estado cuenta con el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS) desarrollado en 2012, el cumplimiento efectivo de la transversalización de enfoques como el género y la diversidad sexual aún es una tarea pendiente.

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. Esta legislación no mencionaba las relaciones lésbicas debido a la concepción misógina del derecho penal, sin embargo, las lesbianas se veían afectadas por el silenciamiento y la invisibilidad de sus sexualidades.

Las luchas lésbicas se articularon en torno al reconocimiento de las sexualidades no normativas. Durante los primeros cinco años de la década del 2000 los activismos lésbicos mantuvieron una articulación estratégica con el movimiento LGBTI¹ para ejercer demandas específicas ante el Estado. A partir del año 2007 los activismos lésbicos se organizan para incidir en la Asamblea Nacional Constituyente que fue convocada por el gobierno del presidente Rafael Correa para redactar una nueva Constitución de la República. Durante ese proceso las lesbianas incidieron políticamente en el reconocimiento de la igualdad y no discriminación por orientación sexual, así como otros derechos fundamentales que se encuadraban en una agenda amplia del movimiento de mujeres.

Desde la aprobación de la Constitución de la República en 2008 los activismos lésbicos continuaron incidiendo ante el Estado. Las demandas ante la vulneración de derechos y la discriminación fueron el eje central de las movilizaciones. Un tema fundamental ha sido la denuncia de las “clínicas” que ofrecen terapias para curar la homosexualidad. Agrupaciones de sociedad civil como la Fundación Causana y el Taller de Comunicación Mujer demandaron al Estado ecuatoriano por la existencia de estos centros clandestinos que vulneran derechos humanos en el año 2008². Estas organizaciones han puesto en el debate público el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres lesbianas.

En la Costa del país las acciones de incidencia política por los derechos de las mujeres lesbianas han estado encabezadas por la Fundación Mujer &

1 Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales (entre otras identidades sexuales).

2 “Situación de las mujeres lesbianas, bisexuales y transexuales, transgénero e intersex en Ecuador en relación a la discriminación. Informe Sombra a la CEDAW”. Taller de Comunicación Mujer (2008). Acceso el 6 de julio de 2020.

https://www.tcmujer.org/wb#/publicaciones/269/Situacion_de_las_mujeres_lesbianas__bisexuales__transexuales__transgenero_e_intersex_en_Ecuador_en_relacion_a_la_discriminacion



Mujer. Esta organización ha visibilizado y posicionado las luchas lésbicas desde la toma de los espacios públicos, en un contexto de invisibilidad y represión por parte del Estado.

Pese a que desde 2008 se ha conseguido la aprobación de varios derechos para las mujeres y para la población LGBTI 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.

En este mismo sentido 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 2018³, 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 prevención como en el tratamiento obstaculizan el acceso pleno a la salud. (Menéndez, 1988; Vergara, 2013).

Otro factor que repercute en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población lésbica-bisexual es el auge de grupos religiosos conservadores que se oponen a la llamada “ideología de género”. Las consecutivas marchas durante los últimos tres años del grupo “Con mis hijos no te metas”, han supuesto una forma de hostilidad pública a través de discursos de rechazo a la diversidad sexual y el género. Estas posturas dogmáticas representan una amenaza constante para la consecución de una vida sexual libre de violencia, la igualdad real y no discriminación.

En este escenario complejo las colectivas lésbicas se articulan en torno a una agenda feminista. La lucha contra la violencia machista, los feminicidios y el aborto desencadenan discusiones profundas sobre la vida de las mujeres. El debate público de estos temas expone problemáticas que el Estado se negaba a asumir. Las mujeres lesbianas y bisexuales tienen un espacio crucial en estas luchas en tanto visibilizan la discriminación y la violencia lesbofóbica.

Lesbianas, bisexuales y personas no conformes con la imposición de género convergen en una alianza de cuerpos que colocan el derecho a la salud de las mujeres en el centro del debate ante la sociedad y el Estado. Es en el marco de estas movilizaciones que se amplía el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos. Se cuestiona 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.

La evolución de las agendas lésbicas ha sido crucial para la politización de los derechos sexuales y reproductivos. La presencia de mujeres lesbianas en el feminismo del país trae a discusión el tema de la salud como parte de un derecho fundamental que debe cumplirse desde la comprensión de la diversidad sexual y el género. Es vital en el actual contexto entender las necesidades reales de mujeres que han pasado de una condición clandestina y de silencio a generar debates cruciales para el mejoramiento de su calidad de vida a través de la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud libre de discriminación.

3 “Investigación sobre Condiciones de Vida de Mujeres Lesbianas y Bisexuales en la ciudad de Guayaquil - 2018”. Fundación Mujer & Mujer, (2018). Acceso el 2 de julio de 2020. <http://mujerymujer.org/investigacion-condiciones-vida-lesbianas-bisexuales-queer-2018/>



Abordaje teórico conceptual

La atracción afectiva, erótica y sexual entre mujeres ha existido siempre a lo largo de la historia en distintas culturas⁴. 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.

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, 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.

En el caso de la mujer, particularmente se espera la reproducción de estos patrones, no sólo en ella sino también en la descendencia de manera obligatoria. Esto se observa de forma clara y desconsiderada dentro las políticas de Estado en referencia a la mujer o el género que están principal y especialmente vinculadas con el hecho de ser madre y del proceso que conlleva.

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, 2006).

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*.

4 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 instruía 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).

Por su parte, las lesbofeministas 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).

La Fundación Mujer & Mujer ha convocado la realización de esta investigación considerando 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, 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 misóginas y lesbofóbicas. Las lesbianas viven en este sentido una lucha constante contra un sistema que las sanciona por el hecho de ser mujeres y disidentes de la heterosexualidad. En este caso particular exploramos cómo esto sucede 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.

Uno de los factores a analizar en esta investigación es la invisibilidad y cómo esta afecta el acceso a una salud integral y libre. La salida del closet se refiere a revelar públicamente la orientación sexual. Vivir en un entorno desfavorable debido a la discriminación obliga a muchas mujeres lesbianas y bisexuales a “encerrarse en el clóset”, lo cual genera una barrera que requiere soporte y redes sociales e interpersonales para ser superada. Los efectos de “estar en el closet” son lo contrario a la definición de la OMS sobre la salud sexual: “la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales”⁵.

La heterosexualidad rechaza dentro del imaginario social la existencia de otras preferencias sexuales, inclusive en el lenguaje, como señala Wittig

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



(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 [1980]) 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.

Por ello, no es de sorprenderse que los motivos por los cuales una mujer acude a un consultorio ginecológico sean leídos necesariamente como intereses reproductivos, prácticas penetrativas, u otras demandas particulares de las prácticas heterosexuales (Vergara, 2013). Además de los derechos reproductivos que, en una parte considerable de países en el mundo, las lesbianas que desean ser madres tienen únicamente como opción el coito con varones. En Latinoamérica muchas no cuentan con adecuados recursos económicos para permitirse tratamientos privados de reproducción asistida, por lo que hacen uso de esperma donado por conocidos o anónimos (Eiven, Sardá y Villalba 2002).

Los obstáculos para ejercer plenamente los derechos reproductivos generan una serie de afectaciones emocionales a muchas mujeres lesbianas y se suman a las circunstancias que perjudican su derecho a la salud. Al igual que cualquier otra persona por cualquier motivo o en cualquier situación; las mujeres lesbianas podrían requerir de acompañamiento terapéutico que permita la elaboración psicológica de disposiciones como angustia, depresión, duelos por muerte o separación, orientación psicoeducativa o relaciones afectivas. Por otro lado, el acompañamiento psicológico puede favorecer el proceso personal, interpersonal y social de la “salida del clóset”.

Otro de los principales problemas que encontramos en lo social, son mitos, estereotipos y prejuicios que responden a una cadena de creencias erróneas y prejuiciosas sobre la sexualidad de las mujeres lesbianas. El mito se fundamenta en ideas preconcebidas que crean una realidad sobre determinados sujetos, mientras que el estereotipo asigna supuestos comportamientos naturales a ciertos grupos sociales; los operadores y

sujetos que trabajan y hacen parte de las instituciones del Estado no están exentos de ser parte de estas redes de pensamiento negativo e intolerante. Como se puede apreciar, los mitos y estereotipos se dan a partir de ideas equívocas del género y la sexualidad. El género juega un papel central en la forma en cómo se conciben los roles masculinos y femeninos. Los roles de género se establecen socioculturalmente para definir una supuesta naturalidad en la forma de ser hombre o mujer. Debido a esta división de géneros, se cree que las lesbianas contradicen supuestos comportamientos que han sido socialmente asignados a las mujeres.

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*⁶Por 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 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

6 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 transsexuales que se alejan de su biología corporal a través de distintos procedimientos hormonales y quirúrgicos, aunque no siempre se da en todos los casos.



tropezar con malos tratos por parte del personal médico (Vergara, 2013). 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)⁷” mencionada anteriormente, en donde el 79% de las mujeres entrevistadas dijo no haberse realizado ningún tipo de control ginecológico en el último año.

Un modelo tradicional de medicina que construye a hombres y mujeres exclusivamente bajo el dominio de la política sexual clásica, es decir, concibiendo únicamente la posibilidad de la heterosexualidad, requiere ser revisado a la luz de herramientas conceptuales que cuestionen el pensamiento heterosexual y el modelo médico tradicional como entes que controlan, regulan, normativizan o legitiman los cuerpos y las vidas.

Desde esta perspectiva es necesario tener en cuenta que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el término salud debe comprenderse como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, pero comprender cómo se construye (o no) ese bienestar se conecta con las condiciones económicas para el acceso a servicios, las consideraciones sociales sobre lo normal y lo anormal de la sexualidad, los imaginarios en torno a las identidades femenina y masculina, así como a la dificultad para diferenciar entre la salud sexual y la reproductiva.

A partir de esta conceptualización de la salud se precisa entender que las sexualidades lésbicas son amplias y responden a experiencias múltiples. Tal como se ha expuesto hasta el momento, los mitos y estereotipos sobre las lesbianas tienen su raíz en un sistema heteronormativo que fija normas binarias de género entre mujeres y hombres como algo esencial o natural. Como se ha revisado estas ideas provienen de saberes religiosos y científicos que privilegian la heterosexualidad como la única forma válida del deseo. El pensamiento heterosexual se sostiene en una serie de prácticas sociales y políticas que norma las sexualidades (Wittig, 2008).

7 Ídem.

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 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.

Marco jurídico sobre los derechos de las mujeres lesbianas y bisexuales

La legislación nacional

Ecuador cuenta con un importante marco jurídico en materia de protección de derechos de las mujeres lesbianas y bisexuales. La Constitución de la República establece en el artículo 3 numeral 1, referente a los deberes primordiales del estado: “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes, el artículo 11 numeral 2 decreta la igualdad y no discriminación ante la ley por motivos de orientación sexual e identidad de género. Respecto a derechos sexuales la Carta Magna reconoce en el artículo 66 numerales 5, 9 y 11 el “derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás”, “derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad, vida y orientación sexual” y, por último, “derecho a guardar reservas sobre sus condiciones”, eso significa que nadie puede ser obligado a visibilizarse. Por su parte, el artículo 83 numeral 14 obliga a “respetar y reconocer las diferencias de género, y la orientación e identidad sexual”.

En este mismo sentido, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres establece en su artículo 18 numeral 1 que para la creación de lineamientos de política pública “para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres se deberá considerar la diversidad de mujeres que habitan en el Ecuador y sus necesidades específicas. La Función Ejecutiva procurará que esta diversidad esté presente en el diseño de las políticas y planes destinados a hacer efectivos sus derechos, bajo la presente Ley”.

En esta ley se define como violencia de género “cualquier acción o conducta



que se ejerza contra las mujeres, por el solo hecho de ser mujeres, que les cause muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico, gineco-obstétrico, en el ámbito público o en el ámbito privado” (CNIG, 2018:7).

El Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG) generó un material para explicar el contenido de la ley de forma clara y sencilla para las usuarias, este documento caracteriza la violencia en siete categorías, de las cuales citaremos cinco:

Violencia física: “Toda acción (o falta de acción) que cause (o pueda causar) daño físico, dolor, sufrimiento o muerte. Cualquier forma de maltrato o castigo físico, sea que produzca o no produzca lesiones evidentes internas o externas”.

Violencia psicológica: “Toda acción (o falta de acción) que produzca (o pueda producir) daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, generar descrédito, degradar a la persona.”

Violencia sexual: “Toda acción que vulnere el derecho a la integridad sexual y a la libre decisión y consentimiento sobre la propia vida sexual y reproductiva. Atenta contra la dignidad e integridad de la víctima y muchas veces coacciona a la víctima a través de amenazas, chantajes, imposición, incluso dentro del matrimonio.”

Violencia simbólica: “Todas las acciones que, a través de la producción o reproducción de mensajes símbolos, signos, o imposiciones políticas, económicas, sociales, culturales o de creencias religiosas transmiten, replican y fortalecen la desigualdad de las mujeres, su exclusión y subordinación.”

Violencia gineco-obstétrica: “Toda acción (o ausencia de ella) que impida o limite de cualquier forma la libre decisión de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva. Incluye la limitación o ausencia de atención de salud gineco-obstétrica de mujeres embarazadas o no; imposición de prácticas médicas, esterilización forzada, ausencia o abuso de medicación entre otras.” (CNIG, 2018: 7-9)

El Estado reconoce en el artículo 32 de la Constitución el derecho a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas. En este mismo se menciona que:

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Los derechos, garantías y deberes sobre la salud se contemplan en la Carta Magna en los artículos 358 a 366. El artículo 363, numeral 6 menciona que el Estado debe “Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. Cabe mencionar, que esta perspectiva reproductiva en las mujeres asociada con la cultura heterosexual omite la existencia de mujeres con sexualidades diversas al invisibilizar, discriminar y excluirlas de los planes nacionales de desarrollo, siendo esto parte de la problemática que se intentará describir en la presente investigación.

Por su parte, la Ley Orgánica de la Salud establece en el artículo 7 literal (f) el derecho a tener una historia clínica redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información contenida en ella.

En el ámbito de la planificación de políticas el Plan Nacional de Desarrollo “Toda una vida” 2017-2021 determina en su objetivo 1, política 1.5 que el Estado debe: “Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural”. El Plan también fija metas en el ámbito de salud, tales como: “Aumentar la cobertura, calidad, y acceso a servicios de salud, incrementar la proporción de nacidos vivos con asistencia de personal de la salud del 95% al 98,9% a 2021”, y “aumentar la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud”. Lo cual constituye nuevamente una forma de exclusión y discriminación a mujeres que no desean ser madres, por ejemplo.

Respecto a políticas sanitarias concretas, cabe resaltar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) vigente desde el 2013. Así mismo, la existencia del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2017-2021 es un instrumento de política de salud que contempla la perspectiva de género.



Como respuesta concreta a la atención sanitaria específica el Ministerio de Salud Pública mediante Acuerdo Ministerial número 0125-2016, aprobó el “Manual de atención en salud a personas gay, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersex⁸”. Este instrumento establece como objetivos: brindar herramientas que permitan una comunicación asertiva para evitar la discriminación y violencia hacia mujeres lesbianas, bisexuales en los servicios de salud; determinar los lineamientos que permitan reconocer y prevenir factores de riesgo en salud a los que pueden estar expuestas las personas LGBTI, y; establecer criterios para la referencia oportuna de aquellas situaciones o condiciones de salud que ameriten clínicamente la atención y resolución por otros niveles de atención.

Es importante recalcar, como se ha sostenido anteriormente, que los avances legales en materia de protección de derechos de las personas LGBTI han respondido a una serie de movilizaciones y acciones de incidencia ante el Estado. En el ámbito formal de la ley el país ha sostenido la progresividad de derechos que encajan con los principios jurídicos internacionales de igualdad y no discriminación. La jurisprudencia nacional es vanguardista en cuanto a igualdad formal, no obstante, como se expondrá más adelante aún existen problemas con respecto a la discriminación, exclusión y violencia para el logro de la igualdad real, el acceso a la atención de formas adecuadas y respetuosas en materia de salud y bienestar integral, desligadas de las concepciones individuales de sus operadores sobre las mujeres lesbianas y bisexuales.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos

En el ámbito internacional el instrumento de protección de derechos humanos más importante es la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual consagra en su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Esta Declaración constituye el instrumento base del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH). Existen varios instrumentos jurídicos vinculados al sistema internacional de protección de derechos humanos:

8 Manual de atención a personas LGBTI, consultado el 9 de julio de 2020 en https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (adoptado en 1966). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado en 1966).
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW (adoptada en 1979).
- La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (adoptada en 1984).
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (adoptada en 2006).
- La Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (adoptada en 2006).

Estos instrumentos “persiguen la igualdad, autonomía, identidad y dignidad de toda persona, y aluden al deber de todos los Estados de actuar con debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y reparar toda violación a los derechos humanos” (CIDH, 2018: 25). La aplicación de esta legislación es de carácter universal y abarca a todos los seres humanos en función de sus necesidades específicas. Los Estados tienen la obligación jurídica de adoptar medidas para que todas las personas, independientemente de “su sexo, orientación sexual e identidad de género disfruten de la protección establecida en las normas internacionales de derechos humanos” (Nacidos Libres e Iguales, 2012: 8).

Un importante instrumento a tomar en cuenta por los Estados son Los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. Si bien no son de carácter vinculante, sus lineamientos encajan directamente con la jurisprudencia internacional de derechos humanos que es de obligatorio cumplimiento.

Los Principios de Yogyakarta⁹

Se ocupan de una amplia gama de normas de derechos humanos y de su aplicación a las cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género. Los Principios afirman la obligación primordial que cabe a los Estados en cuanto a la implementación de los derechos humanos. Cada Principio se acompaña de recomendaciones detalladas dirigidas a los Estados.

9 “Sobre los principios de Yogyakarta” (2007), acceso el 6 de julio de 2020 <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>



Respecto de obligaciones de los Estados relativas al derecho a la salud, los Principios de Yogyakarta +10 establecen una serie de obligaciones adicionales, incluyendo la de “proteger a todas las personas de la discriminación, violencia y otros daños por razones de su orientación sexual, identidad de género, expresión de género, y características sexuales, en el sector de la salud”; y “garantizar el acceso al más alto nivel posible de atención médica relativa a tratamientos de afirmación de la identidad de género, con base en el consentimiento previo, libre e informado de las personas” (CIDH, 2018: 84).

Un paso clave en el seguimiento a la situación de los derechos humanos de las personas LGBTI fue la expedición de la Resolución 17/19 en 2011 por parte de la Organización de Naciones Unidas a través del Consejo de Derechos Humanos. Posterior a la aprobación de esta Resolución, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, preparó un informe sobre la situación mundial de los derechos humanos de las personas LGBTI. Dicho informe incluyó una serie de “recomendaciones dirigidas a los Estados encaminadas a reforzar la protección de los derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros” (Nacidos Libres e Iguales, 2012).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos dan seguimiento a la situación del cumplimiento de los derechos humanos para las mujeres y personas LGBTI en la región y el mundo. Un mecanismo importante en este ámbito es la Relatoría Especial sobre los Derechos de las Personas LGBTI y la Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la CIDH. Ambas relatorías tienen como mandato monitorear la situación de los derechos humanos de las mujeres lesbianas y bisexuales en la región. Sus funciones se concretan en asesorías, informes y recomendaciones a los Estados miembros de la OEA.

En esta misma línea la Organización de Estados Americanos (OEA), ha expedido en sus sesiones anuales desde el año 2008 resoluciones de condena a la discriminación contra personas por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género. Estas resoluciones instan a los Estados a adoptar medidas de protección para prevenir y sancionar toda forma de discriminación basada en la orientación sexual, identidad o expresión de género.

Los avances internacionales en materia de protección de derechos humanos de las personas LGBTI han sido significativos durante la última década en la región. En este contexto es fundamental para los Estados adoptar las medidas necesarias para garantizar una vida libre de discriminación por razones de orientación sexual, identidad y expresión de género.

Metodología

Objetivos

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 el cuidado prestado en los servicios del Sistema de Salud pública.
- 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.
- 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

La investigación *(In)visibilidad y salud: Contextos y desafíos de las mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador* analiza las principales problemáticas que vive esta población para el cumplimiento del derecho a la salud, por lo que se analiza la experiencia en el acceso a los Centros de Salud pública, uso y trato recibido en ellos. Así como las leyes, éticas y normativas que garantizan el acceso libre y respetuoso a sus servicios.



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, desde una perspectiva multidisciplinaria, utiliza metodologías tanto cuantitativas como cualitativas, siendo esta última el principal método de recolección de datos dado que nos permite indagar de forma profunda y abierta en las experiencias directamente desde el sujeto que las ha vivido. 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. Es por ello que se plantea el uso de distintos instrumentos cualitativos para facilitar la participación.

Las técnicas de recolección de información a aplicar en esta investigación, responden a 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 lésbica 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 DDHH, 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.

Instrumentos de recolección de datos: Resultados Generales

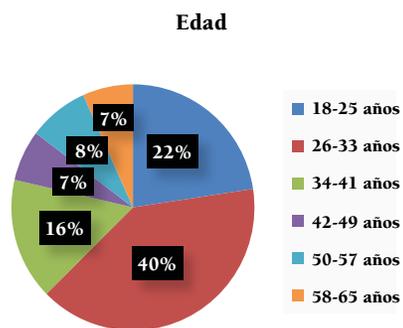
Encuesta Rápida: Caracterización de la muestra y desglose de los resultados

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:



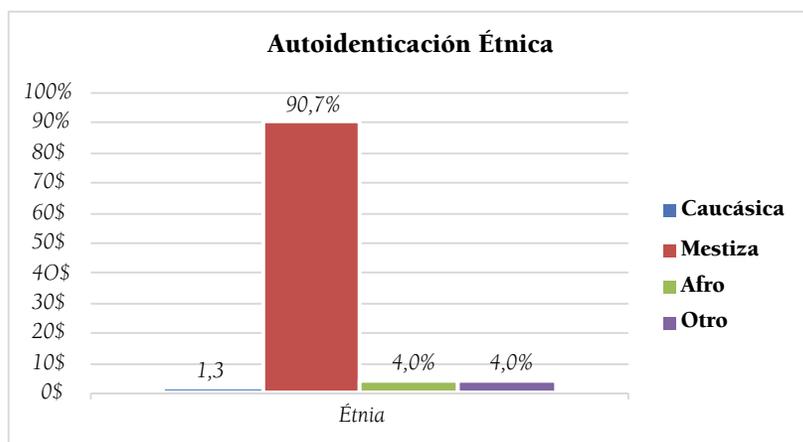
Edad	
18-25 años	22,6%
26-33 años	40,0%
34-41 años	16,0%
42-49 años	6,7%
50-57 años	8,0%
58-65 años	6,7%
TOTAL:	100%

Tabla 1. Edad



Gráfica 1. Edad

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 (ver Tabla 1). 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 (ver Gráfico 1).

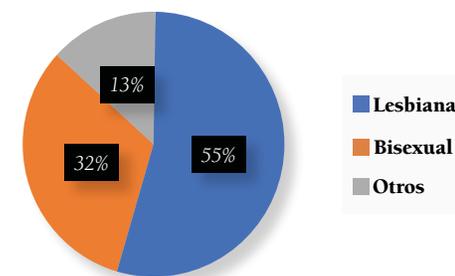


Gráfica 2. Etnia

La mayoría de las encuestadas se autoidentifican como mestizas, siendo el 91% de las mujeres, 4% de ellas se identifican como afro, 3% como caucásica y, finalmente un 3% como otros (ver Gráfica 2). Esto es de interés para la investigación desde un enfoque intercultural, dadas las características como país latinoamericano, en donde encontramos procesos de hibridación

cultural a ser considerados para el desarrollo de propuestas. Llama la atención que la categoría “indígena” que estaba colocada en la encuesta no se refleja en los resultados, lo que nos lleva a preguntarnos sobre las condiciones que permiten el acceso a internet y las redes de comunicación en sus localidades para la realización de este sondeo, al ser una advertencia de las limitantes para el estudio.

Orientación sexual/Identidad de género/Expresión de Género



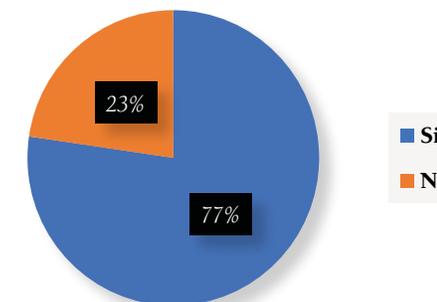
Gráfica 3. Orientación Sexual /Identidad de Género/Expresión de Género

La muestra plantea claramente que todas las encuestadas son mujeres que tienen relaciones sexo-afectivas con otras mujeres más allá de su expresión e identidad de género. 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, transmascuino, mujer homosexual y transgénero-heterosexual también fueron parte de los resultados del sondeo realizado.

Razón por la que no usa	
Deficiente/No atienden/No es bueno	47%
Tengo seguro privado	41%
OtroS	12%
TOTAL:	100%

Tabla 2. Principales razones por las que no utiliza el Sistema de Salud Pública

Usa sistema de salud pública



Gráfica 4. Utilización del Sistema de Salud Pública

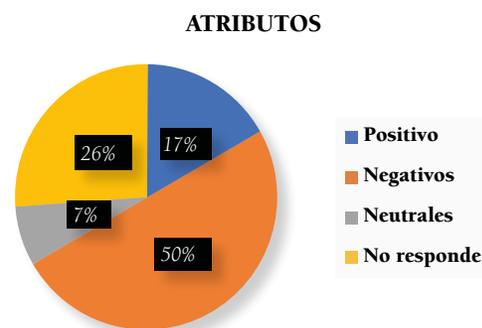


Dado que la investigación está realizada en función del trato recibido en los centros de Salud Pública es de vital importancia establecer si las informantes son o no usuarias. Un 77% de las mismas usa el sistema de salud pública y un 23% lo ha usado, pero no lo usa actualmente (ver Gráfica 4), dando 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 (ver Tabla 2).

Asistencia a servicios de salud por año	
Una o dos veces	69%
Tres a cuatro veces	20%
Más de 5 veces	11%
TOTAL:	100%

Tabla 3. Frecuencia de asistencia a Sistema de Salud Pública por año

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 (ver Tabla 3). 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.



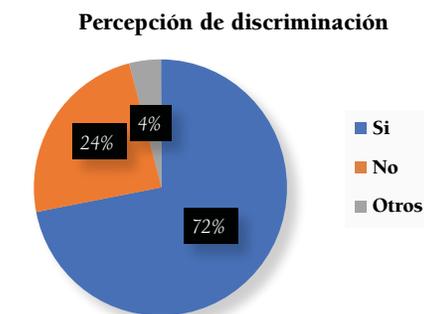
Gráfica 5. Descripción de la atención recibida en relación al trato

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 (ver Gráfica 5).

Atributos de trato en atención	
Positivos	
Confiable/Incluyente	3%
Buena/Excelente	4%
Cordial/Amable/Respetuoso	6%
Atento/Seguro	1%
Eficiente/Rápida	3%
Negativos	
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%
Neutrales	
Normal/Básico	4%
Regular	2%
Aceptable	1%
N/R	26%
TOTAL	100%

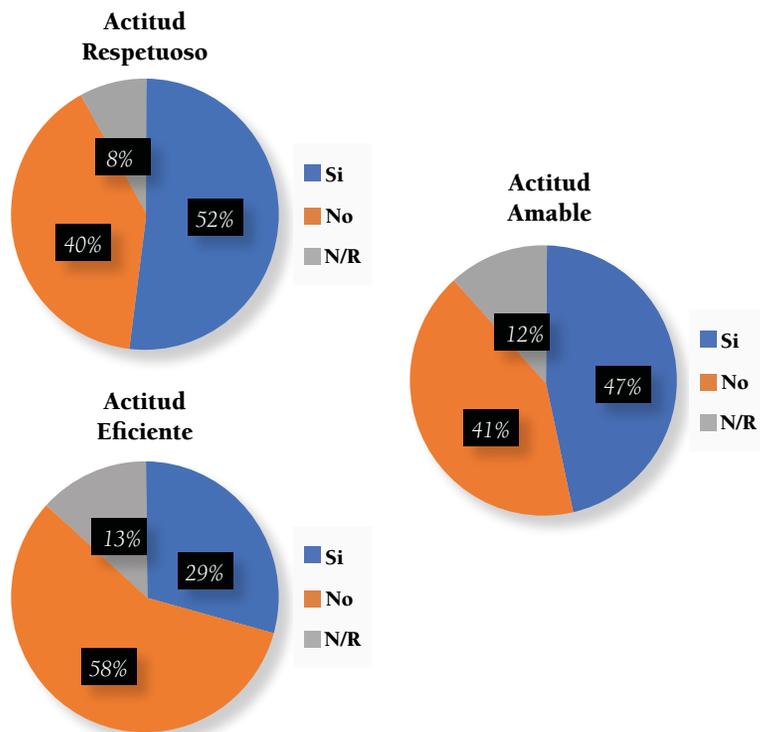
Tabla 4. Frecuencia de atributos en atención recibida

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 4). 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,



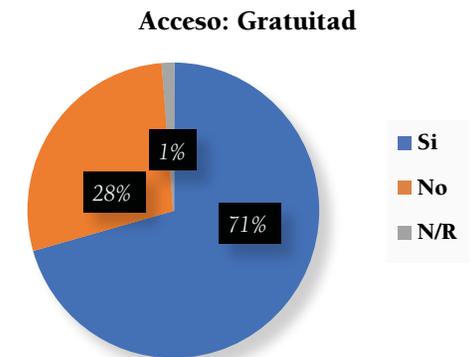
Gráfica 6. Percepción de discriminación en el Sistema de Salud Pública

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 (ver Gráfica 6).



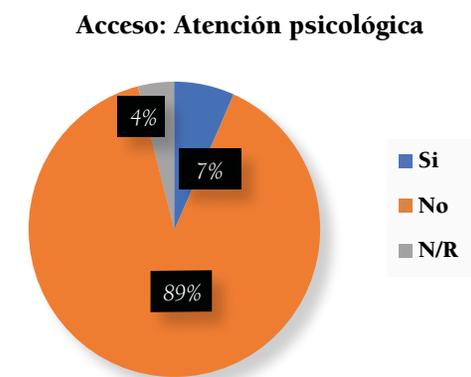
Gráfica 7. Percepciones de actitudes de los médicos en función de respeto, amabilidad y eficiencia

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 (ver Gráfica 7).



Gráfica 8. Acceso a tratamientos y exámenes médicos de forma gratuita

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 (ver Gráfica 8).

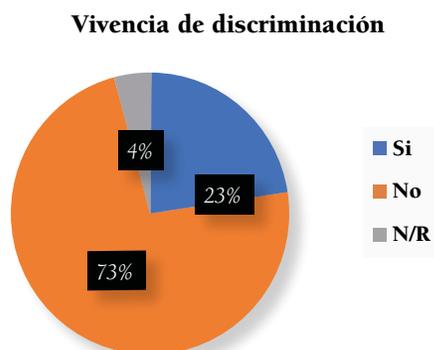


Gráfica 9. Utilización de servicios de atención psicológica en Sistema de Salud Pública

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.

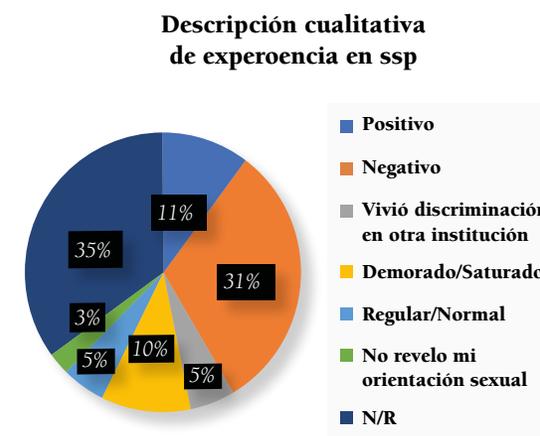


Gráfica 10. Porcentaje de mujeres que vivieron discriminación en el Sistema de Salud Pública

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 (ver Gráfica 10).

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.



Del 31% que respondieron de forma negativa, podemos extraer comentarios puntuales que hablan de problemáticas específicas que no fueron mencionadas en el cuestionario anteriormente, estos son:

1. “Casi nula. Fui a poner denuncia y me pidieron exámenes médicos. El doctor me vio orinar porque “tenía que hacerlo” el doctor hombre porque me dijo que no había ninguna mujer trabajando. A mi salida vi a una mujer doctora.”
2. “Si realmente no me había topado con problemas, recuerdo haber ido a una cita acompañada de una amiga, en ese momento no era mi pareja ni nada, pero la recepcionista, enfermeras y demás personal supusieron que sí, el trato que recibimos se vio envuelto en críticas a nuestra capacidad reproductiva”
3. “El último ginecólogo al que asistí por chequeos rutinarios en agosto del 2019, tras conocer mi orientación sexual, me preguntó si quería ser hombre. La primera psicóloga no particular a la que asistí en el año 2013, tras decirle que había mantenido relaciones sexuales con hombres y mujeres y que portaba una infección me dijo: “si ves, por puta”. En APROFE¹⁰, (medicina particular) se negaron a darme información sobre métodos de barrera para relaciones sexuales lésbicas en febrero del 2019.”
4. “Te juzgan las enfermeras, los médicos, todos. Alguna vez fui a pedir ayuda por un condón roto y todo el mundo cuestionaba mi intimidad”.

¹⁰ Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana.

5. “En el tema psicológico es deficiente, trataron de quitarme la bisexualidad como si de una gripe se tratara. En mis dos embarazos: en el primero casi pierdo a mi bebé por negligencia, tuve preclamsia, mi bebé nació bajo de peso y con restricción de crecimiento intrauterino por falta de controles y me causaron quemaduras en las piernas cuando perdí la conciencia al dar a luz *“Respecto a la problemática Ud. ya tiene 2 hijos, qué ejemplo les va a dar con esa vida que lleva, cómo va a tener a su familia, no está capacitada”*. Entonces si es falta de aceptación y de preparación, aún hay mucho que aprender.”
6. “Especialmente con ginecólogos. No saben cómo abordar la consulta cuando expongo que soy lesbiana y siguen un parámetro heterosexual. He preguntado sobre salud sexual y ETS en parejas lésbicas y las anulan por desconocimiento. Incluso he sentido morbo en ocasiones cuando me han atendido ginecólogos hombres.”
7. “Violencia obstétrica: no me extirparon el útero porque *“no había tenido hijo”*... Tenía 40 años y dije mil veces que era lesbiana y que no iba a tener hijos.”
8. “Cada vez que menciono que soy lesbiana, los y las medicxs se vuelven incrédulos con relación a mis relaciones sexuales y las revisiones son dolorosas, incluso agregan comentarios discriminatorios cuando presento dolores luego de la revisión”
9. “Cuando te identificas como una mujer lesbiana o hacen como que no te escucharon o buscan la forma de terminar lo más pronto con la consulta”.
10. “Nos tratan como hombres públicamente”.

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:

- a) Acoso y morbo por parte de médicos ginecólogos de sexo masculino.
- b) Críticas a la capacidad reproductiva y la conformación de familias entre mujeres.
- c) Violencia obstétrica durante chequeos de control ginecológico y cuestionamiento a la libre decisión de no ser madre.
- d) Actitudes de indiferencia, eludir o esquivar preguntas sobre métodos de protección o barrera para relaciones sexuales entre mujeres.
- e) Prejuicios, malos tratos y ofensas verbales durante consultas de carácter psicológico sobre la vida sexual.
- f) Falta de información y abordaje de la orientación sexual, identidad y expresión de género en instituciones de salud privada.
- g) 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 que dijo al respecto:

“Desde la Dirección Nacional de Derechos Humanos, se han impulsado algunas políticas públicas para la aplicación en lo que es el servicio de salud en la población, entre estos el Manual de Atención Integral a las Personas LGBTI, para el buen trato y la no discriminación, que tiene una caja de herramientas de aplicación para capacitar a los profesionales de la salud en la replicación del manual (...), se les dio la capacitación enfocados al tema de igualdad y la no discriminación para la atención, en este año se está llevando a cabo el proceso de seguimiento.”



“[...] ya actualizadas las normas, tenemos la Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia un apartado específico para personas LGBTI considerando las dinámicas de violencia que existe entre parejas, [...] las clínicas de deshomosexualización, incorporando también la tortura y malos tratos para la población LGBTI. Esta nueva norma a pesar de que aún tiene la violencia basada en el género, tiene un proyecto específico con el tema de diversidades sexuales que también es importante porque el tratamiento no es lo mismo o se debe saber ciertas características al momento de aplicar los tratamientos para el ETS, prevención de embarazo no deseado y una serie de circunstancias que están rodeadas al tema de violencia basada en el género” (M.C.O. en entrevista el 16 de septiembre de 2019).

En relación a los buzones de denuncia para dar seguimiento a las situaciones de discriminación por orientación sexual, identidad y expresión de género vividas en establecimientos de salud, conocido también como el “Modelo de requerimiento de inconformidades” mencionó limitaciones sobre la capacidad de seguimiento por el alto número de profesionales y su constante rotación. Refiere que las nueve coordinaciones zonales se encargan de registrar cuántas personas se capacitaron, cómo se implementaron, si existen dificultades durante el desarrollo, si se necesita material, entre otros aspectos.

Cuando se le preguntó si consideraba que estos instrumentos han permitido un atención más inclusiva y respetuosa enfocándose en mujeres lesbianas y bisexuales, la Directora Nacional de DD.HH., mencionó:

“Sí, digamos que aún nos falta un poco más, obviamente todo debe ser fortalecido, al menos ya se tiene una base donde los profesionales pueden remitir y decir que se tiene un manual y en función de esto mostrar cómo se podría dar la atención, bajo estos parámetros y características. Hay muchos profesionales de la salud que están ya informados sobre el tema, esto nos ayuda bastante y obviamente como se está manejando el tema de género y cómo está vinculado a las mujeres como tal. Claro que aún hay establecimientos o espacios donde falta reforzar el tema, la cuestión es que existe también la alta rotación del personal, lo que complica un poco el proceso de seguimiento, pero definitivamente el manual ha sido un buen insumo para

los profesionales, para que al menos se den cuenta de que lo que van a hacer no es lo correcto y se abstengan.” (M.C.O. en entrevista el 16 de septiembre de 2019).

Finalmente, cuando se preguntó por el uso y seguimiento de la variable sexo-género en el registro de pacientes dentro de los centros de Salud, dijo que estaban consideradas las categorías de sexo “Hombre”, “Mujer” e “Intersex” y en temas de género “Masculino/Femenino” y “Transmasculino/Transfemenino”, además comentó:

“Ha sido una innovación como ministerio incluir la variable sexo genérica y así poder entender, inclusive en algún punto llegaron a pedirnos que incluyamos el tema de opción sexual, pero se dijo que aún no, que todo se realizaría con calma, midiendo primero cómo nos va con la variable sexo genérica y ya luego se tomará en cuenta las otras variables que debamos ir incorporando” (M.C.O. en entrevista el 16 de septiembre de 2019).

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 Socióloga María Emilia Durán que tiene el cargo de Directora Zonal de Promoción de la Salud en la zona 9, al respecto comentó:

“Si bien el ministerio de salud tenía como objetivo el tema de la prestación de estos servicios, recordemos que la constitución habla que el derecho a la salud también implica la parte de promoción a la salud que tiene que ver con la protección, pero también el empoderamiento por parte de la población en general con factores protectores de la salud, no sólo curación de la enfermedad o asistencia hospitalaria, tiene que ver en cómo nosotros podemos garantizar salud”.

“Trabajamos principalmente con personas LGBTI que son



víctimas de violencia (...) tenemos las estrategias de servicios inclusivos como una estrategia que nace desde la promoción de la salud, que busca proteger los factores o determinantes sociales en salud, tenemos el enfoque de participación dentro de esta estrategia, de no discriminación, de salud y ambiente y de promoción a la salud” (M.E.D. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

La Directora de la Zona 9, también mencionó que las estrategias ejecutadas en las unidades de salud deben responder a un conjunto de indicadores, entre ellos la no discriminación, dentro de estos se pueden constatar en el territorio el cumplimiento de la normativa contra la violencia hacia las mujeres o basada en género y el cumplimiento de la variable de autoidentificación sexo-género. En el caso de la zona 9 existe un pilotaje de servicio inclusivo para personas LGBTI, que contempla ocho establecimientos con alguna trayectoria de trabajo con población LGBTI, principalmente con personas trans que ejercen trabajo sexual en temas de salud sexual, salud reproductiva y VIH, así como trabajo en conjunto con la Universidad de las Américas (UDLA) para trabajar el tema de las terapias de afirmación de la identidad para el ámbito de la Salud Mental.

En cuanto a la forma en que las y los funcionarios han asumido la aplicación de dichos instrumentos, nuestra informante mencionó que al principio se encontraron ciertas barreras que tenían que ver con diferentes tipos de ideologías que ciertas personas aceptan y otras no. Por lo que el conflicto principal al que se enfrenta el MSP es posicionar el enfoque de Derechos Humanos:

“(...)Son luchas bastantes largas, últimamente hemos trabajado en sensibilizar e identificar sobre el tema de género, porque en la variable sexo-genérica se tiene una mala calidad de datos ya que no se puede diferenciar bien lo que es la orientación sexual, el género y el sexo. Estamos en un proceso para generar conocimientos desde el lado humano de la sensibilidad, se realizan talleres donde se discuten estos temas para saber con qué tipo de profesionales trabajamos y siempre marcando como política pública que los derechos están sobre cualquier tipo de creencia, afinidad o religión.

(...) el conflicto o paradoja que nosotros siempre tenemos es que la constitución o la normativa habla de un derecho universal

consagrado que será público y gratuito, cuando se comienza a desmembrar eso te das cuenta que también hay ciertas categorías de sujetos de política pública. Por eso el énfasis que hace este modelo en la inclusión, en el reconocimiento de la diversidad y en la participación de sus actores, pero la práctica no es tan fácil, la cosa de ser un funcionario público tiene toda una normativa para ejercer la función pública empezando por el reconocimiento de la laicidad del estado y que además todos somos sujetos de derechos.

(...) En este año se está desarrollando el tema de que los profesionales puedan trabajar desde su sentido profesional y ético en la población que lo requiere, esto porque antes no teníamos esta apertura y se necesita trabajar con la población. Sobre todo, con médicos para temas de hormonización y de cómo abordar a este grupo poblacional, con psicología estamos trabajando con los traumas que genera porque la población tiene este síntoma de ser rechazado y tiene problemas con su salud mental, tienen cierto estrés” (M.E.D. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Cuando se preguntó por el enfoque llevado a cabo durante las consultas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos de mujeres lesbianas y bisexuales, particularmente por la inseminación y métodos anticonceptivos, María Emilia respondió:

“Sobre el tema de acceso a métodos anticonceptivos, tenemos un marco de acceso para todo el mundo, este marco dice que los métodos deben ser de libre acceso para todas las personas con el fin de eliminar todas las barreras posibles para ir a un médico, la intención es que todos los métodos anticonceptivos puedan estar a disposición en las farmacias de los centros de salud y tú como usuaria/o puedes ir a retirarlo libremente, recibiendo asesoría también para el uso de los métodos anticonceptivos sobre todo hormonales. Por ejemplo, hay muchos dispensadores de preservativos en los centros de salud, en este tema hay pocas barreras para el acceso de los métodos anticonceptivos, pero ciertamente no tenemos una cultura de salud en el uso de los métodos. Suele pasar mucho con el condón femenino que tenemos a disposición en nuestro stock de métodos anticonceptivos de barrera, muchas veces no se sabe explicar cómo se usa, entrando en un tema más técnico



sobre la cultura de salud para métodos de barreras en el caso de las relaciones sexuales entre mujeres, no se ha llegado hasta ahí porque no se ha fortalecido al equipo para que pueda explicar una protección segura entre mujeres, de hecho estamos en eso, haciendo una campaña de condón femenino y de cómo lo debes usar para convertirlo en látex, para el sexo oral seguro.” (M.E.D. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Respecto de las limitaciones generadas por una perspectiva adultocéntrica dentro de la institución con el trabajo dirigido a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) y la necesidad de abordajes más amplios que permitan el acceso universal a todas las personas, la Directora de Zona 9 enunció:

“Queremos enfoques que nos permitan reducir las brechas, porque la salud pública no sólo es un servicio, es un derecho. Entonces si yo soy una mujer migrante y lesbiana, tendría que tener el mismo derecho y la misma información a lo que me compete, donde una mujer lesbiana negra también puede ser diabética o con una patología de salud mental, entonces si es interesante porque siempre van a ver las estrategias que nos permiten reducir estas barreras y al mismo tiempo nos permitan garantizar universalidad, es decir que los protocolos sean más influyentes que se pueden evidenciar dentro de estos protocolos las necesidades de cada quien”. (M.E.D. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

También comentó sobre el desarrollo de un protocolo a nivel de zonal para la atención de cáncer de cuello uterino, el principal cáncer detectado en mujeres de Ecuador, el objetivo se articula con la promoción de participación comunitaria para captar mujeres que se realicen el examen del papanicolaou. Aunque todas las mujeres pueden asistir y recibir acompañamiento, mencionó la falta enfoques más amplios e incluyentes que aseguren la no exclusión para que los profesionales tengan la capacidad de atender todos los casos.

Bajo la lógica de cascada de aplicación de política pública que maneja el MSP se entrevistó al Dr. Daniel Rodríguez, Coordinador de la Zona 9 con la finalidad de conocer si existen instrumentos y enfoques adecuados para la atención hacia mujeres lesbianas y bisexuales:

“(…) siendo una parte del gobierno, es necesario que tomemos todas las medidas para que estos derechos se efectúen plenamente en el marco de la salud que es lo que nos corresponde, los protocolos de centros inclusivos para atención a mujeres lesbianas y bisexuales nosotros tenemos unidades con este tema en Miguelito Calderón, Cotacollao, Las Casas, Chimbacalle, Conocoto y Tumbaco. La zona 9 también capacitó a 40 psicólogos, lo que está bien. Claro, son esfuerzos necesarios para temas que no sólo deben hacerse una vez, no. Se tiene que hacer continuamente y eso es también un compromiso que nosotros tenemos” (D.R. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Acerca de la acogida de los centros de atención inclusiva por la población, el Coordinador mencionó que ha sido positiva, fortaleciendo la afirmación de las diversidades sexuales y de los géneros como parte de los servicios amigables para la población LGBTI. Señaló que los médicos tienen la obligación de considerar que se atiende a un paciente más, representando un avance frente a las clínicas que buscan corregir la orientación sexual ya que la homosexualidad había sido considerada una enfermedad basado en la medicina, advirtiendo que aún existen personas y médicos que se rigen por esas ideologías:

“(…) podrían tener eso un poco regado porque es lo que aprendieron, es lo que aprendimos y yo estoy en ese grupo, a mí me enseñaron de esa manera hasta que las cosas cambiaron entonces sí es complicado”. (D.R. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Para observar cómo se desarrolla la socialización de las herramientas mencionadas en el Manual “Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)” en un centro de salud inclusivo, referido por las y los funcionarios entrevistados anteriormente, se acudió al Centro de Salud Las Casas y tuvimos oportunidad de conversar con el Dr. Juan Pablo Barbecho, Administrador Técnico del establecimiento de salud, quién comentó:

“La socialización de este manual creo que se hizo una vez hace un año y medio, desde entonces no se ha hecho un reforzamiento, lo que se trata de hacer es un abordaje integral con parte del grupo de esta comunidad, como centro de salud ya hace 2 años hemos tenido trabajo directamente con



personas que han estado enrolladas en ciertas fundaciones, pero desde ahí de un tema de sensibilización para la gente nuestra no se ha vuelto hacer.” (J.P.B. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Además, comenta el problema de tiempo reducido para la aplicación del manual en las consultas a través del *Call Center*, ya que los operadores que manejan los flujos de asignación de turnos por este medio no conocen sobre el tipo de necesidades específicas para las consultas:

“Nosotros aquí en el centro brindamos una vía para que todos puedan ser atendidos por igual, se hubiera puesto un *call center* con profesionales para que todos puedan ser atendidos, pero específicamente designamos a una persona que pueda ayudarnos con este tipo de atenciones.” (J.P.B. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

En relación a las directrices para trabajar las necesidades específicas de mujeres lesbianas y bisexuales recalcó la importancia de la no discriminación, durante el abordaje de las pacientes se indaga en una parte de los hábitos y antecedentes de tareas sexuales enfocadas biológicamente. Sin embargo, también ha detectado la necesidad de integrar la Salud mental, a partir de las peticiones de citas de complementariedad en consulta con psicología. Respecto a su opinión sobre el abordaje propuesto en el Manual de “Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)” dijo:

“Al manual le hacen falta ciertas aspectos que se tocaron muy superficialmente desde mi punto de vista, el trabajo está dirigido específicamente para el tema del apoyo psicológico, de lo que hemos tenido en emergencia, tres casos de tres chicas, que ella es estudiante, sale de un lugar disfuncional, tienen su pareja que tiene un nivel económico un poco más alto que ella, es funcionaria pública trabaja en educación superior, ella le paga todo, pero ella se siente un poco vulnerable de cierto es una forma de violencia económica.” (J.P.B. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Se preguntó sobre el abordaje del caso anteriormente mencionado dentro de la institución y los factores determinantes en torno a la usuaria:

“Estaba en una crisis, en el rato que comenzamos a conversar y a sacar información vamos identificando estas necesidades, para nosotros primero es tratar la ansiedad, activamos nuestro equipo de psicología, pero te vas a dando cuenta este problema social que está detrás, hogar disfuncional, ella no vive con nadie, su familia vive aquí en Quito pero igual tiene un rechazo y ella se siente utilizado por su pareja, hasta ahí nosotros nos vemos limitados en ese tipo de casos”. (J.P.B. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

El Dr. Juan Pablo aludió a los conflictos vividos en el hogar y la familia por falta de aceptación de la orientación sexual que tiene como efecto la generación de trastornos de ansiedad, depresivos, cambios de comportamiento en el carácter; también recordó la necesidad de construir compromisos sociales para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud:

“La semana anterior tuvimos una chica de veinte y cinco años, ahí es cuando nosotros creemos que el abordaje en la salud sexual debe ser un poco más integral, si nos enfocamos en la parte de la educación, al individuo de la parte de la sexualidad, hombre o mujer heterosexual, no lo tratamos de ver de las practicas bisexuales, también gays, entonces creo que para que la gente pueda replicar en el sistema de educación, sea más un compromiso desde las personas que se van a capacitar, que se haga una capacitación nacional, los que van a ir a estas capacitaciones debe ser gente que pueda ser una réplica adecuada, y no hablo de no solo ir a repetirlo de la capacitación, sino que debe empoderar, el empoderamiento es sólo para presentar datos, cuántas charlas de población vulnerables se dieron, cuántos accesos al método anticonceptivo se dieron, eso es número.

“El verdadero impacto es cómo se están haciendo estas intervenciones, si sólo me viene a dar réplica de lo que me está dando no vamos a alcanzar el empoderamiento para un tema, que vamos a explicar cuando se dan estas charlas a los chicos de enfermería de protección, muy poco veo con el tema de prácticas de gays y lesbianas.” (J.P.B. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

En cuanto al seguimiento del acceso libre a métodos de protección para mujeres lesbianas y bisexuales el informante indicó que los preservativos



masculinos presentan menos problemas que los femeninos en la acogida por la población, acotando que estos últimos se recibieron apenas en los últimos meses. Por otra parte, tomado en cuenta la experiencia de los profesionales en centros inclusivos se solicitaron algunas sugerencias que pudieran ser implementadas para mejorar la atención de mujeres lesbianas y bisexuales en el resto de Centros de Salud del MSP, el Administrador Técnico nombró las siguientes:

“Primero quitarte esa percepción, aceptando que la persona con la que estás hablando es una persona normal hasta cierto punto, si yo capacitara adecuadamente, (los operadores) tendrían la percepción del riesgo en el que está la paciente, siendo capaces de tomar decisiones conjuntas y eso depende mucho de quiénes formaron a los (facilitadores) que están dando las capacitaciones afuera, el radiólogo de nuestro centro está a cargo del empoderamiento con las personas gays y lesbianas, porque hemos visto hasta cierto punto el rechazo, aquí la gente debe de olvidarse de los juicios de valores, sistematizaciones, porque nosotros estamos para dar salud, psicológica, orgánica, mental. También es importante que se involucre más la población, las tareas vivenciales o las charlas que se han dado son buenas, desde la parte de medicina familiar, si quiero hacer una prevención de enfermedades catastróficas a futuro cuando tienes una herencia genética deberías planificar la prevención, pero el tiempo lamentablemente no te da.”.

“Nosotros damos charlas a empresas, en las empresas (la población LGBTI) no está visible, no se hacen reconocer, los facilitadores van y dan típicamente charlas de salud sexual y reproductiva, lo que es el embarazo no deseado, lo que es sexualidad, uso de preservativo, nada más, prevención de transmisión sexual que está bien, pero la hace como interpretación del coito, la presentación, pene y vagina, porque no hablan del otro tipo prácticas sexuales o con las necesidades también, porque es un tabú todavía.” (J.P.B. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Respecto a las capacitaciones recibidas en el Centro de Salud “Las Casas” referentes al Manual de Atención Integral para personas LGBTI, la Dra. Gina Guerrero, Médica general dijo haber recibido capacitaciones virtuales y aplicarlas en los casos pertinentes, añadió:

“Es que siempre hay que aplicarlo porque tenemos también ahora en nuestro sistema de información, que empezó por el RDACAA (Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias) que es una herramienta en donde nosotros averiguamos la orientación sexual, la identidad de las personas, entonces desde ahí empezamos esto nos ha servido para educar al paciente, porque muchas veces éste lo desconoce, antes no teníamos esa herramienta, cuando falta un poco el conocimiento y no hay la sensibilización suficiente, por lo general se asume pero muchas veces no se averigua más allá, entonces es una herramienta importante y el manual también.” (G.G. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Sobre el abordaje para el llenado de historias clínicas, la entrevistada resaltó la importancia de una atención integral, con calidad y calidez en un sitio donde haya privacidad desde el inicio. No obstante, señaló la falta de un promotor de salud que maneje principios de bioética para respetar las libertades de los y las usuarias. En cuanto a los problemas identificados en la salud de mujeres lesbianas y bisexuales, destacó la atención brindada a hombres y mujeres que realizan trabajo sexual, especificando:

“También hay lesbianas que hacen el trabajo sexual, eso no significa que sean bisexuales más bien ellas sólo lo hacen por trabajo, se les hace el chequeo completo, también han venido parejas de lesbianas que vienen para hacerse un chequeo general. Nosotros realizamos actividades de promoción y educación, estilos de vida saludable en percepciones de riesgo o en el comportamiento sexual, todo lo que es orientación y educación. Entonces lo que se les hace es prevención porque siempre se presentan pequeñas particularidades que debemos tomar en cuenta.” (G.G. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

En relación a los factores de riesgo para la salud de mujeres lesbianas en general y prevención de enfermedades catastróficas y prácticas sexuales de riesgo, la Médica general remarcó que, a pesar de existir más aceptación social, el dominio de los estigmas, la discriminación, la baja autoestima, violencia familiar y otros problemas que van más allá de la orientación sexual como son el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y las ITS son imperantes.

Con la finalidad de abordar las problemáticas de salud mental que presentan mujeres lesbianas y bisexuales, mencionadas también con anterioridad por



los diferentes actores de Salud entrevistados, acudimos al Departamento de Psicología del mismo centro “Las Casas”, donde nos recibió la Psicóloga Margiorie Lema. Respecto al conocimiento y manejo del Manual de Atención Integral para Personas LGBTI mencionó:

“Conozco y he leído el manual, me parece muy interesante, pero no se cumple lo que dice porque acá en el Departamento de Psicología. No llegan mucho las personas que necesitan ayuda y realmente se tiene un poco de recelo, la vergüenza, lo que pasa es que cuando llegan por lo general es al médico, muy pocos son los usuarios que llegan directamente a pedir ayuda psicológica.” (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Resultó llamativa la baja demanda de atención psicológica por parte de la población referida por la profesional, así como que no considere obligatoria la implementación del manual por parte de todos los profesionales, además advirtió la dificultad de los operadores en atención a salud mental para conocer la orientación sexual de las usuarias:

“El manual me parece que no se puede decir obligado, pero nosotros como profesionales debemos leerlo para entender un poco cómo debe ser la atención hacia el grupo de lesbianas y bisexuales, (...) cuando he logrado en la mayoría de los casos (que no han sido muchos), conocer su orientación con la entrevista puedo ayudarle porque no me voy por otro lado a estar pensando en esposos porque por lo general los compañeros ya asumen eso de que porque ya vienen y me cuenta de que tiene una hija asumen que es heterosexual y la situación no es así.” (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Durante la entrevista con la psicóloga del centro inclusivo “Las Casas” preguntamos sobre el acceso del Departamento de Psicología a la herramienta informática de registro donde se manifiesta la orientación sexual conocida como la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS):

“En la parte psicológica no, los compañeros ginecólogos me parece que sí. Yo tengo acceso al RDACAA, cuando estaba en el PRAS, ahí sí vi que hay para poner algunas cosas, más bien en el PRAS hay una parte de grupos vulnerables, de violencia, discapacidad... pero yo sí sé poner en mis notas”. (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Además de la falta de una estructura informática que permita el acceso a información oportuna para los profesionales de salud mental recabada en el PRAS, la informante hizo hincapié en las problemáticas que presentan las mujeres a nivel familiar y sus efectos durante la atención recibida en el Departamento de psicología para reafirmar su identidad:

“No todas aceptan la orientación sexual, pero es por la presión familiar, las que aceptan no se abren mucho a que las personas conozcan sobre su orientación sexual y si lo hacen deben combatir con la discriminación, con la homofobia, si se cuenta a los amigos empiezan a hacer bullying y chistes entonces ya hay un tipo de violencia, he visto a pocas chicas que están relajadas y les vale si es que les dicen si están bien o mal, se van de la casa, pero lamentablemente tras eso tengo que ir también buscando si es que hay algún apego al licor, a las drogas o algún intento de suicidio, tengo que explorar porque hay situaciones que pueden tener un impacto bastante fuerte en su salud mental y su estilo de vida puede ser bastante desastroso. Entonces son un poco de cosas, es de acuerdo a la dinámica en la que va la entrevista, hago seguimientos, si detecto algo realizo una investigación de 15 a 20 días, si es por depresión terminamos hablando ya de orientación, de identidad y se termina hablando de familia”. (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Sobre el seguimiento de los casos recibidos en el Departamento de Psicología de mujeres lesbianas y bisexuales, así como el manejo a nivel multidisciplinario del cuidado de la salud sexual en el centro de salud “Las Casas” la psicóloga Margiorie Lema dijo:

“Por lo general regresan (a consulta) y si no lo hacen están en el Centro en alguna atención, pero ya les digo no vienen muchas... de esas pocas si se ha creado una empatía y hemos podido con las herramientas terapéuticas logrando una mejor alimentación de su autoestima, he trabajado con 2 pacientes sobre terapia afirmativa y también han venido chicos gays, pero más han lo han hecho por situaciones de violencia. (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

(...) les he mandado a hacer el ABC, pero para mí es ir donde el médico o la ginecóloga y, por ejemplo, las chicas lesbianas



dicen que para qué van a ir si no lo necesitan, que no han tenido relaciones con hombres. (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Resulta interesante la importancia del reforzamiento de la autoestima, así como la respuesta que algunas usuarias dieron sobre la realización de chequeos de control ginecológico. Frente a esta problemática la profesional remarcó la importancia de las terapias afirmativas:

“Incluso, un grupo de psicólogos realizamos un trabajo de campo y la coordinación zonal sensibilizó a todos para que nosotros, los que tenemos un centro de salud inclusivo trabajamos con la terapia afirmativa.” (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Finalmente, se solicitaron los aportes y recomendaciones de la Psicóloga para mejorar el abordaje de las problemáticas de mujeres lesbianas y bisexuales en el campo de la Salud Mental descritas anteriormente:

“Creo que la política debe ser ejercida en todas las unidades de salud, no sólo en el ministerio sino a nivel privado, muchas veces se acude y no sabemos cómo es la atención, por ejemplo, si yo voy a APROFE y pago, pero no sé cómo me atienden. Por último, si vengo acá al ministerio me puedo quejar y hasta puedo poner una denuncia porque estamos sometidos a eso, en cambio en unidades privadas dicen: “bueno si no le gusta no vuelva, igual nos pagaron la primera consulta”, entonces yo creo que debería ser una política general a nivel de todas las entidades médicas y en la parte psicológica como doctora que soy pienso que no todos los psicólogos pueden tratar a persona LGBT. (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

(...) conozco a compañeros que en las redes sociales discriminan, siendo psicólogos y el día que yo fui a la capacitación de la terapia afirmativa fui frontal, me paré y dije: “para esto el ministerio debería escoger y tener un perfil, nosotros tener un documento para firmar que diga: “yo me comprometo a la no discriminación, a tener campo abierto y que cualquier cosa personal quede atrás”, yo pienso que lo personal y lo de acá debe ser igual, porque no puedo ser dos personas, debería ser igual en mi casa, igual en la crianza con mi familia e igual en

el trabajo, porque si no, es como si tuviera dos personalidades, aquí no se discrimina a nadie y luego voy a casa a burlarme, entonces sí debe haber como un cambio grande en ese sentido y debe llegar acá a los profesionales de salud con esa finalidad de promocionar, de sensibilizar de, poder proyectarnos, no sólo basta la aceptación sino un amor a la otra persona ¡qué les importa lo que quieran hacer! lo importante es ser felices, incluso les he dicho “si tu hija es lesbiana no vas a dejar de quererla, es que no sabes”. Creo que las políticas públicas están avanzando, no son pasos gigantes, pero sí se lo ha hecho, en comparación con otros países latinoamericanos tenemos muchos avances en cuestión política, pero falta y sobre todo la iglesia no debería estar metida en estas cosas porque son ellos los que empiezan a hacer movimientos de las familias y eso el gobierno también lo debería parar, no se está preguntando, simplemente es una exigencia.” (M.L. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

De las recomendaciones enunciadas por la informante, destacamos: la importancia de implementar políticas generales a todas las entidades de salud, como es el ámbito privado; el compromiso ético que deben tener los profesionales de la salud para el manejo de población sexo-diversa; la consideración del trabajo psicológico a nivel familiar para el desarrollo integral de la personalidad y la advertencia de los riesgos de vulnerar el derecho a la no discriminación si el gobierno no sanciona a los grupos religiosos se pronuncian en este sentido.

Con el objetivo de dar seguimiento a la implementación del Manual de Atención Integral para Personas LGBTI y su aplicación bajo los derechos sexuales y reproductivos de mujeres lesbianas, acudimos al Departamento de Ginecología donde el Dr. Miguel Sacancela, Ginecólogo de “Las Casas” nos atendió, acerca de las capacitaciones mencionó:

“Sí, hemos tenido capacitaciones y como tenemos aquí internet tenemos acceso a protocolos, manuales y normas, entre ellas, las normas del manual de atención para las personas LGBTI. Claro, siempre es importante ser actualizado, no sólo desde la atención considera muchos aspectos psicológicos y sociales, sino en la atención médica-ginecológica. Sobre todo, con énfasis en las mujeres porque existen barreras que recién se están visibilizando”. (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).



“Asimismo, se necesita capacitación para sensibilizar a todos los profesionales: médicos, enfermeras, personal de estadística y hasta el de limpieza porque la atención empieza desde el ingreso al centro de salud, el guardia que es el primero que la recibe, los auxiliares de enfermería... todos tienen que ser sensibilizados en todos los aspectos”. (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Para conocer la manera en que se aborda el manual en la práctica médico-ginecológica, específicamente para mujeres lesbianas y bisexuales, preguntamos sobre su implementación en las consultas de control, nuestro informante dijo:

“Nosotros abordamos a las mujeres lesbianas y les explicamos acerca de las necesidades que ellas también tienen sobre su control ginecológico, por ejemplo, ellas tienen que hacerse igual los controles de citología, Papanicolaou con una colposcopia. En el caso de las bisexuales el virus del papiloma humano VPH se transmite por el contacto sexual no solamente por la penetración. Entonces sí es importante, hemos encontrado en algunos estudios que las infecciones de transmisión sexual entre mujeres lesbianas no son tan fuertes como la clamidia o la gonorrea en las mujeres heterosexuales, pero sí hacen caso de la atención ginecológica”. (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

“En el caso del cáncer de seno, por ejemplo, o si no tienen hijos corren otros riesgos que las mujeres que sí tienen hijos, las pruebas de displasia mamaria en el caso de mujeres que no tienen hijos deberían ser realizadas normalmente durante el monitoreo para revisiones de cáncer de seno. En tal caso también se debería trabajar con ese grupo para que asista a los centros de salud porque, por ejemplo, en este centro que es inclusivo la mayoría se han sensibilizado sobre este tipo de atención.” (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Dada la importancia de generar información puntual sobre las necesidades específicas de la población lesbica-bisexual, se preguntó si se presentaban otro tipo de casos que considerar importante mencionar, a lo que el ginecólogo respondió:

“Un 10% de todas las acciones en atención es por ovarios quísticos, al parecer estas mujeres tienen una tendencia a aumentar de peso y padecer de ITS. También tuve algunas consultas sobre informar sobre planificación familiar, por ejemplo, me preguntan si quisieran tener familia cómo puede embarazarse, entonces se le hace un asesoramiento”. (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

“En este caso es un tema que en el país no está tan implementado como en otros países, por ejemplo, en el caso de Francia y España se dan terapias de tratamiento para reproducción asistida, también se les explica que es una opción. Para el caso de mujeres bisexuales o lesbianas que están solas, que no tiene pareja entonces se puede hacer una fertilización con donante de semen, puede ser por medio de una donación de óvulos, o puede ser intercambio de óvulos entre las parejas. Esas opciones no están en la cartera de servicios del MPS, más bien se las asesora para que puedan asistir a clínicas privadas de fertilidad, aunque no sabemos si en nuestra constitución ya están legalizadas las parejas del mismo sexo que pueden formar una familia.” (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

Sobre las recomendaciones y aportes brindados desde la experiencia del Departamento de Ginecología para el fortalecimiento de enfoques adecuados para mejorar la calidad del servicio a mujeres lesbianas y bisexuales, el Dr. Sacancela mencionó:

“Como se está implementado en el manual, sería cuestión de aplicarle y que tengamos todos los centros de salud por amigos y que todo el personal sea sensibilizado y capacitado en esos temas para que no haya estas barreras, que más bien las mujeres verbalicen abiertamente su homosexualidad determinando el servicio.” (M.S. en entrevista el 17 de septiembre de 2019).

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:



- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Se detectó la existencia de trabajo sexual en parte de la población lésbico-bisexual que asiste a centros de salud.
- f) Es importante replicar principios de bioética para establecimientos de salud en políticas generales que incluyan la regulación de la Salud Privada.
- g) 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.
- h) 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 sido 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:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

- d) 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).

Recomendaciones para una política de salud con perspectiva de género y diversidad sexual

De acuerdo a los resultados de este estudio se propone como necesidad en el ámbito de las competencias del Ministerio de Salud la creación de un área encargada de impulsar, dinamizar y liderar el abordaje de la salud de lesbianas, gais, bisexuales y personas trans de una forma integral y transversal. La defensa y promoción de la salud de esta comunidad se debe articular en conjunto con la atención primaria y con ayuda de las asociaciones LGBT y la sociedad civil.

Los ejes sobre los que se debe trabajar pueden ser:

- La salud y la educación sexual, que abarcaría desde la infección por VIH y otras ITS en la comunidad LGBT, hasta temas de incipiente demanda relacionados con la salud reproductiva o con el buen funcionamiento y satisfacción sexual.



- La lucha frente a la discriminación por orientación sexual e identidad de género (LGBTfobia), lo que nos remite a trabajar más y mejor sobre el impacto negativo que tiene en las personas LGBT y su salud.
- La promoción de hábitos saludables, abordando con especial atención los problemas de salud que afectan más específicamente a este colectivo, como el uso de sustancias perjudiciales para el organismo (tabaco, alcohol y otras drogas), el incumplimiento terapéutico, el uso inadecuado de los servicios de salud, etc.
- La formación del personal del sistema sanitario, servicios de salud y administraciones públicas con competencias sanitarias, tanto a nivel estatal como autonómico, para que conozca, comprenda y aprehenda la realidad de la orientación sexual e identidad de género, conozca los problemas de salud más importantes y tenga recursos para atender de manera adecuada y respetuosa a las personas LGBT.
- Implementar proyectos de vigilancia de la salud en el colectivo LGBT con el objetivo ulterior de realizar políticas adecuadas que mejoren la salud, la seguridad y el bienestar de las personas pertenecientes a esta comunidad.
- Fomentar la investigación en temas de salud LGBT, introduciendo la perspectiva de diversidad en el ámbito científico y potenciando redes y proyectos entre universidades, administración y organizaciones no gubernamentales con la participación activa del colectivo LGBT.
- Coordinación de todos los ejes de trabajo y las instituciones que tomen parte en la mejora de la salud y el bienestar de las personas LGBT.

Otras recomendaciones que pueden servir para la transformación de las políticas de salud son:

- Difusión de los resultados de esta investigación a los responsables de políticas de salud del país con el objetivo de proponer el mejoramiento de la atención de salud a la población LB.
- Elaborar un protocolo de atención en salud a personas LGBTI, con la participación de organizaciones de la sociedad civil. Capacitar en este protocolo al personal médico. Socializar este protocolo con la población en general.
- Establecer mecanismos de reporte, denuncia y seguimiento a casos de discriminación a personas LGBTI en los establecimientos de salud.
- Ubicar letreros o algún tipo de comunicado de respeto hacia las personas LGBTI en los centros de atención en salud.
- Fortalecimiento de la incidencia política de las organizaciones de

mujeres LB en el ámbito de salud a partir de la capacitación en talleres de formación sobre salud lésbica-bisexual.

- Socialización de los instrumentos del Ministerio de Salud Pública como el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS y el Manual “Atención en Salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex”.
- Generación de espacios de diálogo con Asociaciones Médicas del país y expertos internacionales para incidir en la transformación de la atención de salud a poblaciones LB.
- Articulación con organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud OPS para incluir recomendaciones al Estado ecuatoriano en materia de atención de salud a las poblaciones LB.
- Incidencia en organismos internacionales como ONU Mujeres, UNFPA y la Organización Mundial de la Salud para lograr que los compromisos asumidos por los Estados en materia de salud se cumplan en el país.



Referencias bibliográficas

- Butler, Judith. *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2010/2017.
- Eiven, Sardá y Villalba. *Lesbianas, salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana*, en *Revista Mujer Salud*, No. 2, RSMLAC, Chile, pp. 43–54, 2007.
- Flick, Uwe. *Introducción a la investigación cualitativa*, Ediciones Morata, Madrid, 2004.
- Fundación Mujer & Mujer. *Investigación sobre condiciones de vida de Mujeres Lesbianas y Bisexuales en la ciudad de Guayaquil*, 2018.
- Garbay, Susy. *Reflexiones sobre los derechos sexuales y la ciudadanía de mujeres lesbianas*, *Revista Existencias Lesbianas* (1), 6-8, 2003.
- Gutiérrez del Álamo, Fernando. *Análisis sociológico del sistema de discursos*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 2009.
- Haraway, Donna. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, 1995.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. *Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en Ecuador*, 2013.
- Mogrovejo, Norma. *Un amor que se atrevió a decir su nombre. La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos feminista y homosexual en América Latina*, Plaza y Valdéz México, 2000.
- Rich, Adrienne. *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana*, *DUODA Revista d'Estudis Feministes* núm. 10, pp. 15-31, Barcelona, 1996 [1980].
- Trujillo, Gracia. *Identidades y acción colectiva: un estudio del movimiento lesbiano en España, 1977-1998*, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Madrid, 2007.
- Vergara, Karina. *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, 2013.
- Weeks, Jeffrey. *Sexualidad*, Paidós/UNAM/PUEG, México-D.F., 1998.
- Wittig, Monique. *El pensamiento heterosexual*, Egales, Barcelona, 2006.

