

## Boletín 21<sup>1</sup>

### Salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas, un acercamiento a sus Derechos

En Colombia existen muy pocos estudios específicos sobre salud sexual y salud reproductiva de personas de los sectores sociales LGBTI. En el caso de mujeres lesbianas, se han identificado barreras en el acceso a la salud ligadas al modelo de salud sexual y salud reproductiva heterosexista que pone a las mujeres lesbianas en un doble escenario de discriminación: por su género y por su orientación sexual. En tal sentido se necesitan estudios que permitan determinar la situación actual y comprender las necesidades particulares para el ejercicio de la sexualidad de las mujeres lesbianas en Bogotá.

Por ello la Dirección de Diversidad Sexual y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC, realizaron un estudio para identificar las percepciones, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas en Bogotá con el fin de identificar líneas de intervención que deban ser implementadas desde la Administración Distrital en relación con los derechos sexuales y reproductivos de este sector social. Metodológicamente el estudio se basó en una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección y análisis de información sobre las percepciones y prácticas de salud sexual y reproductiva y su relación con el sistema de salud.

Este estudio se justifica normativamente en el Artículo 10: *“Producción y aplicación de conocimientos y saberes”*, de la Política Pública para la garantía plena de derechos de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas e Intersexuales (PPLGBTI), el cual insta a la Administración Distrital a la generación de conocimientos y saberes que soportan y retroalimentan la implementación,

seguimiento y evaluación de esta Política Pública a través de la investigación y monitoreo sistemático de la situación de derechos humanos de estos sectores sociales.

## Planteamiento del Problema

Es bien sabido que en Colombia y por lo general en muchos países de la cultura occidental, impera un sistema de salud heteronormativo que establece la heterosexualidad como única forma válida de expresión sexual y afectiva, una manera de ser varón y de ser mujer, así como una relación de subordinación de lo “femenino” respecto a lo “masculino”. En este sistema la relación sexo-género clasifica a las personas en función de su biología y asigna roles, normas, formas de actuar y de relacionarse tales, que se privilegian las prerrogativas de los hombres y se pone en condiciones de inequidad a las mujeres en todos los ámbitos de la vida, especialmente en lo que refiere a la sexualidad, pues impone miradas desde donde las relaciones afectivas, eróticas y sexuales se enmarcan en asuntos de reproducción, dejando de lado el placer sexual, la libertad de pareja, la autonomía y el autocuidado.

Así, en el campo de la atención en salud, las mujeres lesbianas refieren experiencias lesbofóbicas en las instituciones de salud que hacen que sientan temor de revelar su orientación sexual lo que constituye una barrera para obtener un diagnóstico correcto. El personal de salud generalmente se encuentra desinformado en lo relacionado con aspectos de la sexualidad de las mujeres lesbianas y en muchos casos se evidencian prejuicios que hacen que no se aborde este aspecto en las citas médicas o se haga de manera inadecuada.

Existe evidencia epidemiológica que sugiere que las lesbianas podrían, por ejemplo, estar en riesgo de padecer cáncer de mama debido a tener menos embarazos o tenerlos en edad avanzada, al elevado consumo de alcohol y tener

---

<sup>1</sup> Boletín elaborado con base en el informe final de investigación: Salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas, un acercamiento a sus derechos, que se realizó en el marco del Convenio UNODC-SDP 361 de 2018

mayor índice de masa corporal, entre otros factores; cáncer cervical, asociado a menor frecuencia en la realización de las citologías y mamografías, así como a la práctica del autoexamen de seno, por lo que los diagnósticos son tardíos. Igualmente hay información documentada de enfermedades de transmisión sexual en mujeres lesbianas como tricomonas, clamidia y gonorrea, si bien presentan menor incidencia que en mujeres heterosexuales se infiere que el sexo lésbico puede también transmitir enfermedades como en sexo heterosexual.

## Objetivo general.

Describir condiciones relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres lesbianas residentes en Bogotá, con el fin de contribuir a la construcción de estrategias que favorezcan la garantía de los Derechos asociados a los mismos.

## Objetivos específicos.

- Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas que tienen las mujeres lesbianas relacionadas con su salud sexual y su salud reproductiva.
- Conocer las percepciones que tienen las mujeres lesbianas frente al acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad.
- Identificar las expresiones y manifestaciones de violencia asociadas a la orientación sexual que experimentan las mujeres lesbianas.
- Reconocer algunos de los discursos de profesionales de la salud que intervienen en la atención que se brinda a las mujeres lesbianas.

## Marco Metodológico.

## Diseño del estudio.

Esta investigación se desarrolla desde un diseño mixto, empleando técnicas e instrumentos de tipo cualitativo y cuantitativo para el levantamiento de información primaria, proveniente además de diferente tipo de actores. Siguiendo a Muñoz (2013) el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema o para responder a preguntas de investigación.

La elección de la técnica para el acercamiento a las mujeres lesbiana requirió en primera instancia reconocer que el universo de mujeres lesbianas de 18 años o más en Bogotá es desconocido y oculto, lo que exige por una parte recurrir a estrategias que faciliten el acceso y por otra, comprender que el estudio se desarrolla a partir de un muestreo no probabilístico, el cual facilita la cualificación de los fenómenos sociales. Es un muestreo caracterizado por la intencionalidad del investigador, que intenta localizar los casos que pueden proporcionar un máximo de información.

## Instrumento.

El instrumento empleado fue una encuesta que cumplió con las condiciones técnicas de validez y confiabilidad de un instrumento objetivo. Se entiende ésta como “como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos utilizando instrumentos estandarizados de preguntas y respuestas, con el fin de obtener mediciones cuantitativas”. (Frances et al 2014)

## Técnica Cualitativa

Estas técnicas en general no se preocupan por la representación muestral sino por la calidad de la información en términos de profundidad, detalle y contextualización. Por esta razón, para explorar algunos aspectos que desde la mirada de los equipos de salud intervienen en la atención se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

## Grupos Focales.

Se utilizó la técnica de grupo focal con la participación del equipo distrital de Espacio Público, LGBT, personas en ejercicios de prostitución y Gobernanza, de la Secretaría de Salud, los cuales además de hacer atención específica a la ciudadanía, realizan asistencia técnica y acompañamiento en procesos de sensibilización y capacitación a profesionales de las 4 Subredes Integradas de Servicios Integrados de Salud de Bogotá. Participaron profesionales de la salud (medicina, enfermería, psicología, trabajo social) y gestoras sociales. En los grupos focales se indagó por los siguientes aspectos: (1) capacitación en salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas. (2) participación en cursos de actualización, diplomados sobre la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres lesbianas. (3) existencia y conocimiento de protocolos o lineamientos que den respuesta a las necesidades propias de la salud de mujeres lesbianas. (4) realización y conocimiento de investigaciones sobre la salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas. (enfoques, temas de interés, etc.) (5) información sobre los determinantes que afectan la salud de las mujeres lesbianas y la predisposición asociada a algunas enfermedades. (6) percepciones de riesgo y acciones que se toman en consulta.

## Entrevistas semiestructuradas.

Surgen ante la necesidad de indagar sobre aspectos puntuales relacionados con la consulta en salud sexual y en ginecología. La entrevista como una conversación en la que se intercambian apreciaciones focalizando en un tema de interés, permitió indagar sobre algunos imaginarios sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas, algunas situaciones que afectan o limitan la calidad de la consulta y algunas recomendaciones para el abordaje de la temática. Se realizaron tres entrevistas cortas a médicos/as especializados en el tema (ginecólogos/as y sexóloga) por lo que se acudió a un médico ginecólogo de una IPS privada, a una médica ginecóloga de una EPS y a una médica sexóloga que realiza consulta particular.



## Referentes Conceptuales.

Como referente conceptual, el estudio toma, como lo señala la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021, de manera general, la sexualidad como una “dimensión humana necesaria para el desarrollo de las potencialidades de las personas, de los grupos y las comunidades” que “compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos” (MSPS, 2015). Así, desde esta comprensión, la vivencia de la sexualidad influye directamente en el bienestar y la salud física, mental y social de las personas y en tal sentido resulta prioritaria para las acciones en salud pública.

Como concepto general el estudio toma de la OMS (2000) el concepto de sexualidad, entendida como “una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción.

## Enfoque de Derechos.

La investigación se abordó según los referentes conceptuales que establece la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social (2014). En este sentido, se parte del Enfoque de Derechos, que en el campo de la salud supone el cumplimiento de estándares relacionados con el derecho a la dignidad, libertad, igualdad, la vida y la integridad, la autonomía, confidencialidad, e intimidad y que la oferta institucional para la promoción, ejercicio y realización del derecho a vivir una

sexualidad plena se encuentre disponible, accesible, sea adaptable a las particularidades de los diferentes grupos poblacionales.

## Enfoque de Género.

Este enfoque parte del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que alude a un sistema de relaciones sociales, a partir de las cuales se establecen normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres, atributos y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y el ser masculino; además construye un sistema de relaciones simbólicas que proveen ideas y representaciones para unos y otros (MSPS, 2014).

En ese sentido, la aplicación de este enfoque permite evidenciar las desigualdades e inequidades de género que ocurren en el sistema de salud y de identificar los componentes potencialmente explicativos de estos acontecimientos, considerando aspectos relacionados con la forma de sentirse, de enfermar, de consultar y de la atención recibida en el sistema sanitario.

## Enfoque Diferencial.

La investigación parte de los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública (MSPS, 2013) que señala que la fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de la ciudadanía excluida y privada de los derechos y libertades. Es decir, que refiere al “derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero, 2009 citado por MSPS, 2013). Esta mirada permite evidenciar barreras asociadas al género que afectan las condiciones de calidad de vida de las mujeres en casi todos los ámbitos, incluido el acceso a la salud sexual y reproductiva.

## Enfoque de Determinantes de la Salud.

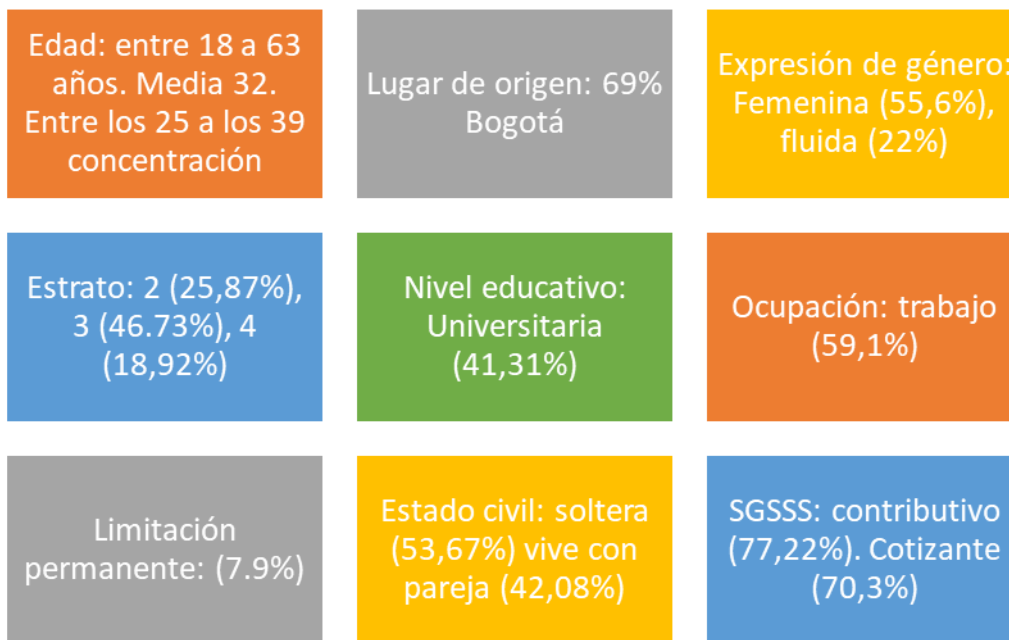
El abordaje de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde y para la condición individual, bajo los enfoques antes mencionados, se potencian a partir del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, referido en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, como una forma para lograr la equidad en salud, al señalar que es deber del Estado reducir las desigualdades de los determinantes sociales que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Según la OMS, los “determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.



## Resultados por categorías de análisis relacionadas.

Los resultados de la presente investigación se presentaron en dos espacios de socialización: uno con organizaciones de mujeres lesbianas y otro dirigido a la ciudadanía en general, los días 31 de julio y 5 de agosto de 2019, en el Centro de Atención a la Diversidad Sexual y de Género y en la Universidad del Área Andina de la ciudad de Bogotá, respectivamente. A continuación, se presenta una síntesis de estos resultados.

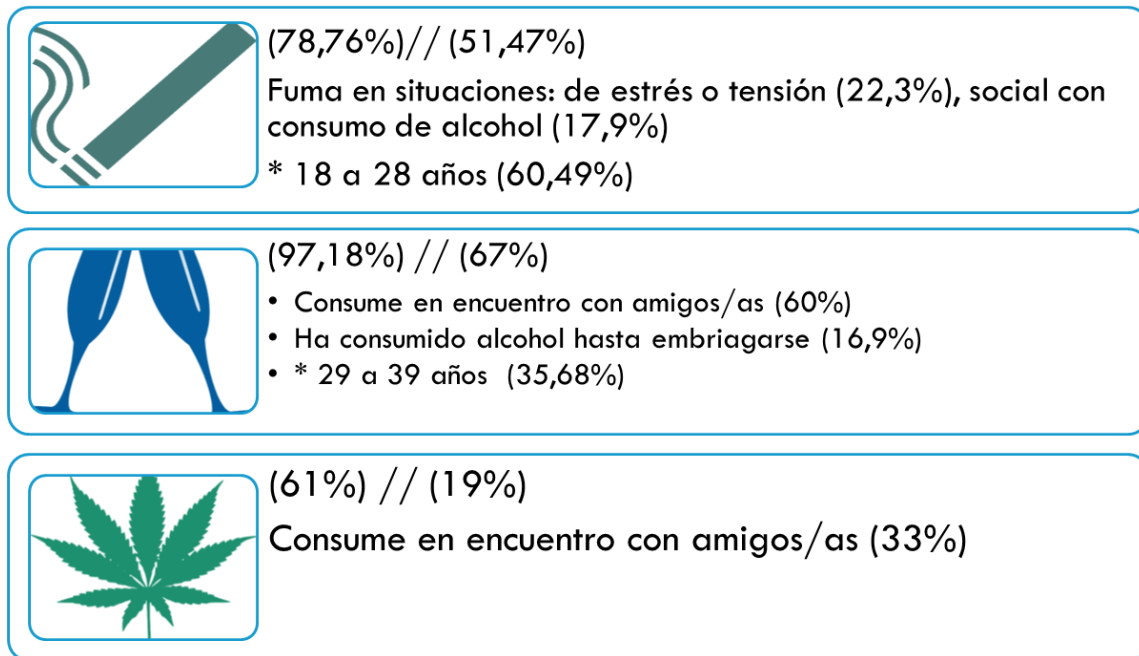
## Características sociodemográficas.



## Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.

Si bien, el consumo de cigarrillo, alcohol o sustancias psicoactivas no hace parte de la salud sexual o la salud reproductiva, de manera indirecta facilita información en dos sentidos, uno relacionado con prácticas de autocuidado en salud, y la otra desde la comprensión de estos consumos como factores de riesgo bien sea para presentar algunas enfermedades como cáncer de seno o de útero; como para adquirir una ITS, desde el sentido de afectar la capacidad para tomar decisiones o exponerse a situaciones de riesgo y violencia.

A continuación, se sintetizan los resultados en estos aspectos:



## Conocimientos, prácticas y actitudes en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Con respecto a los conocimientos, prácticas y actitudes, de manera general, las mujeres tienen información sobre temas relevantes especialmente sobre aquellos en los que se han desarrollado estrategias de prevención, como la práctica de la citología, el cáncer de mama, el virus de papiloma o el VIH. Para temas más específicos como las barreras de protección no solo no se tiene información suficiente, sino que éstas no se han incorporado en las prácticas habituales de las mujeres lesbianas. En menor medida se evidenciaron algunos conocimientos sobre espacios de denuncia, entidades y organizaciones a las cuales acudir en busca de soporte.

## Citología Vaginal

El (97%) de las mujeres encuestadas dicen haber escuchado sobre la citología vaginal, mientras que el (3%) dicen que no han oído hablar o no responden, lo que demuestra que existe información disponible sobre esta práctica clínica y que llega efectivamente a las mujeres. El (79%) de las mujeres encuestadas se ha realizado la citología vaginal. La edad parece afirmar la idea sobre la importancia de realizarse la citología vaginal, pues el número de mujeres que no se ha realizado este procedimiento disminuye con la edad, observando en que en el rango de 40 años o más, todas las mujeres se han practicado el examen al menos una vez.

La realización de la citología por nivel de escolaridad permite observar que son las mujeres en los niveles de bachillerato y universitario, quienes tienen mayores registros sobre el no practicarse el examen. Dentro de las razones para no hacerse la citología se observó que el (71%) indica razones asociadas a la percepción sobre el examen, y principalmente por información equivocada, como el no tener relaciones sexuales con hombres, porque cree que le va a doler o le da miedo, o cree que no es necesario. El (27%) reportan razones asociadas a los servicios de salud y la accesibilidad a éstos.

## Autoexamen de Seno

Al igual que con la citología esto permite suponer que la información disponible sobre esta práctica clínica está llegando efectivamente a las mujeres. Sin embargo, al preguntar si *¿Se ha realizado el autoexamen de seno?*, el porcentaje decae, siendo que el (76%) de las mujeres encuestadas indican haberse realizado este, mientras que el (24%) reportan no haberlo hecho. Por rango de edad no se observan diferencias importantes, mientras que parece existir una relación directa entre el nivel de escolaridad y la realización del autoexamen de seno, observando mayores porcentajes en los niveles superiores de educación (universitaria 31.9%, posgrado 22,4%).

A las mujeres que indicaron no hacerse el auto examen de seno, se les interrogó por las razones de ello, encontrando que el (56%) indican no saber hacerlo, el (15%) no lo hace por no sentirse enferma, con un (13%) le da pereza. Si bien este es un porcentaje reducido dentro del estudio, es importante que estas razones sean tenidas en cuenta para focalizar algunas estrategias de información y preparación para motivar la realización de este examen, considerando que las razones expuestas se pueden agrupar en un solo motivo enmarcado en la desinformación.

## Mamografía

Se encontró que el (96%) de las mujeres encuestadas han oído de este examen, mientras que el (4%) indican no haber escuchado sobre éste. Sólo el (17%) de las mujeres encuestadas se lo han practicado. Quienes más se realizan el examen son las mujeres mayores de 40 años, resultado que está asociado a la edad en que se recomienda y coincidente con el resultado a la pregunta sobre las razones por las que no se ha practicado este examen, siendo el principal motivo que no la han remitido (66%).

Estos resultados por estrato socioeconómico indican en general una baja frecuencia en la realización de este examen, mientras que, por niveles de

educación, parece indicar que son las mujeres con estudios universitarios y de posgrado son quienes más se realizan la prueba. Al igual que en lo referente a otros exámenes, al grupo de mujeres que se han realizado la mamografía se les preguntó si han reclamado los resultados, observando que el (95%) de las encuestadas lo han hecho y solo el (5%) no han reclamado el resultado de la mamografía.

## Virus de Papiloma Humano

Al preguntar si *¿Alguna vez se ha realizado la prueba para detectar el Virus del Papiloma Humano?* se observa que del (97%) de las mujeres que indican haber oído sobre el Virus, es el (23%) quien se ha realizado la prueba. Al igual que en otras pruebas, existe una relación con la edad que tienen las mujeres encuestadas y la realización de la prueba. En este caso, es en el rango de edad de 40 años o más en el que se reduce la relación entre quienes si se han realizado la prueba y quienes no lo han hecho.

La realización de la prueba para detectar el VPH se encuentra alrededor del (25%) para todos los estratos por lo que la realización o no de la prueba no parece depender de la condición socioeconómico de la persona, mientras que el nivel de educación si parece ser un factor diferenciador, siendo que el porcentaje de mujeres que se hacen la prueba se incrementa con el nivel educativo.

## Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Si bien el (95%) de las mujeres manifiestan haber oído sobre la prueba para detectar el VIH, el (5%) indican no haber oído sobre el tema. Respecto al medio por el cual recibió información, es a través principalmente de profesionales de la salud (39%) y de materiales entregados o expuestos en las instituciones de salud (39%), sin que sea grande la diferencia con los medios de comunicación masiva (34%), con los amigos/as o familiares (33%), o con las instituciones educativas



(31%), lo que pone en evidencia la relevancia que en los últimos años ha tenido este tema.

A la pregunta, *¿Alguna vez se ha realizado la prueba para detectar el VIH?* el (56%) respondieron que sí, lo que se considera un alto porcentaje si se revisan las cifras respecto a la población general. De este porcentaje de mujeres el (98%) han reclamado el resultado y de estas, el (46%) recibieron consejería durante la entrega de resultado, porcentaje que de acuerdo a la normatividad y estrategias de prevención que se implementan debería ser más alto, considerando que esta entrega de resultado es en sí misma una estrategia para la prevención.

## Otras Infecciones de Transmisión Sexual

Al indagar sobre otras ITS distintas al VIH y al VPH, se observó una información similar a la registrada para estas infecciones, de manera que el (96%) indican haber oído sobre las ITS. Las mujeres lesbianas de estrato 3, seguidas de las de estrato 2 y 4, de nivel educativo superior (universitario y posgrado) y menores de 40 años son las que tienen más información sobre las infecciones de transmisión sexual.

La principal fuente de información son profesionales de la salud (39%). En esta pregunta se presenta una modificación respecto a las anteriores y es que aparece las instituciones educativas como un lugar para obtener información con un (39%) por encima de las instituciones de salud (36%).

## Vida reproductiva y ejercicio de derechos reproductivos

Se observa que quienes reportan haber tenido un embarazo son las mujeres lesbianas con alto nivel educativo (universitario: 24.44% y posgrado 28.89%); de estrato 3 (33.33%), y aquellas ubicados en un rango de edad entre 29 y 39 años (28.89%). Aquellas que reportan cuatro embarazos o más, con el (2,22%) en todos los casos se ubican en el nivel de primaria, estrato 2 con edad comprendida entre los 18 y los 28 años.

## Relación con los servicios de salud

El (29.7%) de las mujeres encuestadas siempre le cuentan al/la profesional de la salud acerca de su orientación sexual, frente a un (23.11%) que nunca lo hace. El grupo de mujeres que siempre cuentan su OS, mayoritariamente, tienen nivel educativo alto. Las que casi siempre le cuentan al/la profesional de salud sobre su OS, corresponden al (32.2%) y también se encuentran en el grupo de escolaridad alta principalmente.

Se observa que el principal motivo es que, *se considera que es importante para la atención (40%), para evitar que se hagan preguntas incómodas (27%), para responder a una pregunta directa del/a profesional (15%), porque se consulta por un motivo relacionado (10%)* y finalmente por otras razones (7%) como que se pregunta sobre los métodos de planificación y los cuidados en la vida sexual.

## Pareja y relaciones erótico-afectivas

El (57%) de las mujeres participantes en el estudio tiene vínculo erótico-afectivo con una o con varias mujeres, el (24%) señalaron no tener ningún vínculo erótico-afectivo. En cada grupo, sea estrato, nivel educativo o por edad, sobresale que la mayoría de las mujeres están en al menos una relación (70%) de las cuales el (7%) se encuentran en más de una relación. Las mujeres con mayor nivel educativo (posgrado) son las que llevan más años en la relación. Es de indicar que las mujeres de estrato socioeconómico alto y de más de 40 años, también reportan relaciones de más tiempo.

## Prácticas Sexuales

Por nivel educativo son las mujeres con estudios de bachillerato las que tienen su primera relación a más temprana edad (16.6 años) y las que tienen estudios universitarios a mayor edad (17.4 años) El (53.36%) de las mujeres encuestadas tuvo su primera relación sexual con una mujer, el (46.63%) restante tuvo antes una relación sexual con una persona de otro sexo.

Respecto a la pregunta sobre la identidad de género de la(s) persona(s) con las que tuvo relaciones sexuales en los últimos meses y el número de parejas sexuales en ese periodo, se observa que quienes han tenido relaciones sexuales con mujeres cisgénero en un (58.94%) han tenido una pareja, el (21.19%) de dos a tres parejas y el (19.87%) cuatro o más parejas. Las mujeres encuestadas han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses mayoritariamente con mujeres cisgénero, siendo que el mayor porcentaje en todos los rangos de edad se encuentra en una pareja en este periodo de tiempo.

Respecto a la protección en las relaciones sexuales el (57.1%) indica no haber usado ningún tipo de protección o barrera. El condón masculino es empleado en el (11.2%) de los casos, seguido por el dedil, campo hecho con condón masculino y condón femenino, en la misma proporción. Sobre este aspecto, Castro (2016) indica que respecto al uso de barreras en la práctica buco genital el (92%) indica que nunca las utiliza con su pareja estable y el (81%) nunca lo hace con sus parejas esporádicas, mientras que en la práctica buco anal el (80%) nunca utilizo barrera con parejas estable y el (78%) con parejas esporádicas.

Por grupo de edad, quienes mayoritariamente no utilizan barreras de protección en las relaciones sexuales, son las mujeres encuestadas menores de 40 años, con escolaridad alta y de estrato socioeconómico 2,3 y 4.

## Situaciones de violencias

A la pregunta *A causa de su orientación sexual ¿ha sido...?: ¿excluida o marginada del ambiente familiar? discriminada por amigos(as)? discriminada por vecinos(as)? discriminada por profesores(as) o compañeros(as) en escuela/ colegio o universidad? ¿rechazada o despedida de un trabajo? rechazada o echada de algún comercio o lugar de entretenimiento? excluida o marginada de un espacio o grupo religioso? ¿mal atendida en Comisarias de familia, Juzgados de familia?, se encontró que:*

En cada una de las situaciones el mayor porcentaje de mujeres contestaron que *Nunca* han sido excluidas, discriminadas o rechazadas a causa de su OS y esta frecuencia fue más alta para Comisaría y Juzgados de Familia, reduciéndose para el ambiente familiar. Sin embargo, es de anotar que el (28,58%) de las mujeres participantes en el estudio prefirieron no contestar esta pregunta. Respecto a la opción de *“Muy Frecuentemente”* es en el ambiente familiar en donde se logran mayores registros, seguido del espacio o grupo religioso.

Respecto al ser excluida o marginada del ambiente familiar, el (9.73%) responden que muy frecuentemente, el (9.19%) frecuentemente, el (24.86%) que ocasionalmente, el (21.62%) rara vez y el (34.59%) nunca. Al discriminar esta información por estrato y edad se observa que es una situación que sucede ocasionalmente o rara vez en todos los estratos y rangos de edad. De las mujeres que respondieron que muy frecuentemente fueron excluidas o marginadas del ambiente familiar a causa de su OS, se encuentran las de mayor escolaridad, el estrato 3 y las más jóvenes.

Esta información permite observar que las mujeres que participaron en el estudio en un porcentaje superior al (50%) no han sufrido ningún tipo de situaciones adversas con su familia a causa de su OS. Así que frente a actitudes violentas o de agresión física el (77%) indica que no se ha presentado, mientras que el (23%) indica que si se ha presentado.

Es notorio que es la madre la que en todas las situaciones indicadas se expresa en contra de la OS de la hija, de manera que mantiene actitudes violentas en el (8%) de los casos, intenta modificar la OS de la hija a través de terapia en el (12%) de los casos, ejerce control sobre las actividades cotidianas en un (26%) de los casos, incide en la relación de pareja en un (24%) de los reportes y condiciona el apoyo económico en (11%). Estos resultados pueden asociarse a la expectativa de la madre sobre la hija, en la que se espera un cumplimiento de roles como la maternidad, la construcción de familia y el cuidado.

## Redes de apoyo y Soporte social

Más del (30%) de las mujeres encuestadas viven con la pareja, un (12%) vive sola, y el restante con la familia en distintas configuraciones. Teniendo en cuenta, las características mencionadas de las participantes respecto a edad y ocupación, es interesante el porcentaje de mujeres que vive con la familia, siendo quizás un factor que, respecto a los hallazgos de violencias, puede ubicarlas en escenarios de vulnerabilidad.

Finalmente, respecto de a quien le ha contado su OS es interesante que casi la totalidad de las mujeres ha compartido con al menos una persona su OS, siendo las personas a las que con más frecuencia se le comparte este asunto, los y las amigas, seguidos de los y las hermanos/as y la madre. Estas respuestas, pueden estar sujetas a dos lecturas, una en que favorece este soporte social, valora el lugar de la familia y establece la asociación entre el contar la OS y la convivencia con estas personas. Por el otro lado, es posible reafirmar que es a razón de la cercanía, la convivencia y la intimidad generada que se presenta éstos como escenarios de violencia asociada a la OS.



## Conclusiones y Recomendaciones

De acuerdo con Xavier Lizárraga, la identidad sexual está conformada por la identidad de género, la orientación sexual y la identidad política, la cual se construye a lo largo de toda la vida de una persona, consideración que es importante para replantear las formas de construcciones identitarias y el lugar que ocupa el “nombrarse” en las experiencias de vida de las mujeres. Es preciso tener en cuenta:

Que las relaciones sexuales y sentimentales de las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres trascienden la definición categórica de la OS de lesbiana. Esto significa revisar las comprensiones que guían la Política Pública LGBTI para que se logre integrar a ésta y sus categorías una mirada de la sexualidad más amplia, que reconozca expresamente otras formas de relacionamiento.

Que es necesario revisar las categorías de la Política Pública LGBTI y delimitar el alcance de éstas respecto a las experiencias posibles. Si bien esta reflexión debe propiciarse en diferentes escenarios, es desde la Política Pública que pueden movilizarse las discusiones para integrar las distintas maneras de “nombrarse” como referentes de otras expresiones y posicionamientos políticos, pero también de otras vivencias de sexualidad y otras formas de vincularse.

Generar nuevas comprensiones de lo que puede ser el enfoque diferencial, de manera que no se requiera forzar a las mujeres a la autoidentificación para acceder a servicios que atiendan sus necesidades específicas. Estas necesidades deben ser atendidas desde la especificidad como sujeta de derechos.

Como se indica en el informe de Situación de mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans en Colombia 2013- 2018, es necesario, además de la “implementación efectiva de las normas y políticas existentes, diseñar estrategias puntuales para combatir los estereotipos y las barreras de acceso a la educación, la salud, el trabajo y la vida pública”. Es decir, hacer un abordaje desde los

determinantes en salud, para comprender que el estado de bienestar-salud, se logra con el acceso integral a servicios y la garantía plena de derechos no solo los propios del ámbito.

Integrar dentro del discurso médico una visión amplia de la sexualidad que permita incluir la diversidad, no solo en términos de orientaciones sexuales o identidades de género, sino desde la flexibilidad de las relaciones y las auto denominaciones.

Recordar y tener presente que en la medida en que se institucionalizan los discursos de las políticas públicas se van delimitando que cuerpos y estilos de vida serán objeto de atención y protección.

Considerar a las mujeres lesbianas como una población sujeta de políticas y acciones, no solo para el desarrollo de estudios y conocer sus prácticas sexuales. Es decir, reconocerlas como sujetos priorizables de estrategias en salud.

Formación específica y adecuada del personal sanitario, especialmente de las y los médicos de atención primaria, ginecólogos/as e investigadores/as, en materia de salud sexual.

Respecto a la consulta: Considerar un lenguaje inclusivo en el que se detalle la orientación sexual, la identidad de género y las prácticas sexuales en los formularios e historia clínica, asegurando la confidencialidad de la información. Evitar las presunciones sobre la orientación sexual y las prácticas sexuales. Incluir a su pareja en la atención médica.

## Bibliografía

Brown, J; Pecheny y otros (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 51, octubre-diciembre, 2014, pp. 673-684

Fundación Todo Mejora (2012). Orientaciones Generales de Atención A Niños, Niñas y Adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans. Para Profesionales de Salud Mental. Chile

ILGA (2017). La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes, Ginebra, 2017

Martín, J. (2013). Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador Perú . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2013.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2016). Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Monreal, T. (2016). Pasajeras en trance: construcción de la sexualidad lesbiana en los relatos de vida de mujeres de clase media de la ciudad de Santiago de Chile. Universidad de Chile

Moron, J. (2015). Investigar e intervenir en educación para la salud. Madrid, Colección Sociocultural

Secretaría Distrital de Planeación (2015). Mujeres lesbianas y Hombres transgeneristas. Derechos y Trayectorias Urbanas

The Lancet (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Global Health Metrics| Volume 392, Issue 10159, P1684-1735, November 10, 2018

Tjepkema M. (2008). Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Health Care 2008 Mar; 19 (1): 53-64. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18457211>

Vergara Sánchez P (2013) El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas. México (DF): Universidad Autónoma Metropolitana