



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES LESBIANAS EN EL
SISTEMA PÚBLICO DE CHILE

Alumna(s): Carolina Daniela Araos Pérez
Karina Isabel Vergara Vergara
Profesor Guía: Cecilia Leblanc Castillo

Tesis para optar al título de Asistente Social
Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social

Santiago, 2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 4
1. Planteamiento del problema.....	Pág. 7
2. Pregunta de investigación.....	Pág.10
3. Objetivos de investigación.....	Pág.11
4. Estrategia metodológica.....	Pág.12

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: PATRIARCADO Y LESBIANISMO

1. Origen del patriarcado.....	Pág.17
2. Patriarcado y sus instituciones	
2.1 Patriarcado y Familia.....	Pág.22
2.2 Patriarcado y Estado.....	Pág.25
2.3 Patriarcado y la iglesia.....	Pág.26
3. Patriarcado y Lesbianismo.....	Pág.28

CAPÍTULO II: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. Sexualidad, Identidad y Existencia lesbiana.....	Pág.31
2. Lesbianismo, Derechos sexuales y reproductivos.....	Pág.41
3. Salud sexual, reproductiva y lesbianismo.....	Pág.44
SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	Pág.49
CONCLUSIONES.....	Pág.78
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pág.85
APORTE AL TRABAJO SOCIAL.....	Pág.87
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.....	Pág.89
ANEXOS.....	Pág.98

INTRODUCCIÓN GENERAL A LA TEMÁTICA

El concepto de salud sexual y reproductiva se asocia principalmente a un proceso del ciclo vital que proporciona bienestar físico, psicológico y social de la mujer heterosexual, ya que, busca a través de ello considerar la planificación y conformación de una familia nuclear.

El modelo de dominación patriarcal ha influido en la sexualidad de las mujeres, a través de la apropiación del cuerpo, la coacción de la libertad del goce y placer femenino, el cual está dirigido en satisfacer a un otro.

La heterosexualidad se establece como la lógica dicotómica aceptada por la sociedad para formar relaciones sexo afectivas entre hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, lo que se considera un cuerpo “normal” sería aquel que se le asigna un sexo de hombre o de mujer, un género “normal” que responda a lo que culturalmente se espera de los hombres y de las mujeres, y un deseo “normal” que se exprese por su par opuesto. Por lo tanto, las mujeres lesbianas son doblemente oprimidas y discriminadas porque no mantienen relaciones sexuales penetrativas, y su sexualidad está fuera de la estructura heterocentrista, la cual supone una posición de privilegios sociales y culturales, sujetas a la dominación patriarcal. (Navarro, Rocha, Tena, Cruz, Herrera & Castañeda, 2016)

El estado es el ente institucional que posee un rol garante en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los cuales se conforman en base a la libertad e igualdad inherente a los seres humanos y para que sean reconocidos se debe principalmente respetar el ejercicio de que cada persona puede decidir cómo ejercerlo. De acuerdo a ello, se ha condicionado a las mujeres lesbianas en la expresión del derecho, ya que son consideradas como una población invisibilizada por las políticas de salud respecto a sus prácticas sexuales, riesgos y necesidades.

De acuerdo a esta coacción, las políticas de salud sexual instauran programas en el sistema público que se focalizan en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, en parejas heterosexuales, mientras que, las mujeres lesbianas se encuentran vulneradas por su orientación sexual. Por otro lado, la salud reproductiva de las mujeres lesbianas es una temática que no se encuentra estudiada en profundidad y que en la actualidad los programas de salud no contemplan.

La relevancia de esta temática se centra principalmente en generar una apertura a nuevas perspectivas sobre la salud sexual y reproductiva lésbica en la atención de la salud pública de Chile. En relación a la salud sexual pretende generar alcances considerando las necesidades de mujeres con orientación sexual no heterosexual en la consulta matronil, sus cuidados y necesidades específicas que puedan afectar a esta población. Por otro lado, la salud reproductiva requiere especificar el acceso

al proceso de inseminación artificial en los programas de fertilización asistida que se encuentran cubiertos por el fondo nacional de salud donde la población de mujeres lesbianas que decidan ser madres no pueden ingresar al este tipo de proceso.

A partir de estos antecedentes, la presente investigación permitirá establecer la percepción que tienen las mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva en el sistema de público de Chile. También, conocer la visión, conocimientos y concepciones que ellas tienen sobre su identidad y el significado de reconocerse abiertamente como lesbiana. Así mismo, se describirá la experiencia que ellas han tenido en una consulta matronil, como ha sido el proceso de develar su orientación sexual al profesional del área de salud y la atención que se le ha entregado.

Por otra parte, se establecerá la percepción que tienen los profesionales del área matronil sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas, para así identificar la influencia de los valores, creencias, conocimientos y concepciones que enajena a los profesionales de una realidad emergente que no permite develar las singularidades de esta población y las demandas que se vinculan directamente a sus especificidades.

Así mismo, el estudio corresponde a una investigación exploratoria- descriptiva con metodología cualitativa por lo que se utilizarán como técnicas de recolección de información, las entrevistas semi estructuradas que permitirán dimensionar las

percepciones de mujeres lesbianas y profesionales del área matronil sobre la salud sexual y reproductiva de este grupo social.

Seguidamente, se compone de un marco teórico con dos capítulos. El primero fundamentará la temática de “Patriarcado y lesbianismo”, los cuales históricamente han estado tensionados por la dominación y hegemonía masculina. Mientras que, el segundo se denomina “Derechos sexuales y reproductivos”, detallando aspectos de la sexualidad humana e identidad lésbica, enmarcado en los derechos en los derechos sexuales como parte de los Derechos Humanos, la salud sexual y reproductiva desde la concepción de salud en Chile.

Los conocimientos obtenidos de la presente investigación, podrán contribuir al Trabajo Social para que comprenda esta realidad emergente como un problema social contemporáneo, es decir, que se pueda visibilizar a las mujeres lesbianas como sujetas de derecho, que deben ser respetados de manera institucional y social. De igual manera, resulta importante que la intervención en temáticas de salud tenga una apertura para reconocer las necesidades y demandas de las mujeres lesbianas que han sido discriminadas, oprimidas y ocultadas a lo largo de la historia.

Se conocerán los hallazgos que se conforman por cuestionamientos que no estaban contemplados y surgieron de manera espontánea. Por otra parte, las conclusiones del presente estudio permitirán dar cuenta de la significación e importancia de

realizar una investigación sobre salud sexual de mujeres lesbianas, ya que parece ser un tema inexplorado, poco estudiado y estigmatizado por todas las aristas de la sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La invisibilidad que se presenta hacia la mujer lesbiana en el sistema de salud público, es a través del programa salud de la mujer (1997) y sus lineamientos de acción, las cuales generan la existencia de una noción unificada sobre mujeres diversas, lo que provoca impactos transversales al momento de pensar en las demandas singulares que tiene la población lésbica sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Se asume que la heterosexualidad es la preferencia sexual mayoritaria, negando la existencia lesbiana en el área de salud.

La salud pública en Chile no contempla cubrir las necesidades de las mujeres homosexuales, relacionadas al desarrollo, goce de su sexualidad, cuidados, prevención y promoción de temas ligados a esta población, como también, a tratamientos de inseminación artificial, es decir, no existe garantía de sus derechos, de acceso y atención integral a los servicios de salud. La patriarcalización del sistema social sólo responde a una atención efectiva al modelo de mujer heterosexual, adulta y madre, la cual se considera el prototipo establecido para la reproducción del sistema hegemónico de opresión histórica sobre el género femenino, tal como señalan algunos autores:

“Partir de un modelo de sexualidad heteronormativa tiene repercusión en la salud. Por un lado, tiene relación con el hecho de que las lesbianas consultan con menor frecuencia en los servicios de salud, no lo aprecian como necesario. Por otra parte, si en la consulta ginecológica no se las habilita a expresar su orientación sexual, reafirma el contexto de invisibilidad en las que se encuentran las mismas en muchos otros ámbitos sociales” (Scaniello, 2014:2)

Según el Informe Sombra CEDAW-Chile, 2017-2018; Chile carece de un protocolo de atención en salud que resguarde los derechos de las mujeres, bisexuales y lesbianas que atienda sus realidades específicas. La atención está pensada, diseñada y ejecutada sólo para mujeres heterosexuales, obviándose, por ejemplo, que las lesbianas y bisexuales usan diferentes métodos anticonceptivos, de prevención de ITS y requieren de atención ginecológica acorde a su realidad.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, se considera una temática desplazada por el Estado de Chile y sus instituciones, ya que tanto la violencia como el discurso segregador que se ejerce sobre las mujeres que mantienen sexo con mujeres repercute directamente en como ellas visualizan su sexualidad, por consiguiente,

en la naturalización e internalización en sí mismas que no son una población de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y por ello, no necesitan atención ginecológica-matronil frecuente.

Como resultado de esto, las acciones que emergen desde las políticas de salud repercuten directamente en la atención ginecológica y/o matronil que reciben las mujeres lesbianas en el sistema de salud público chileno, ya que los protocolos de atención no consideran las diferentes orientaciones sexuales que corrompen la norma social. Así mismo, el desconocimiento que existe por parte de los profesionales del área de salud sobre las necesidades, conductas sexuales y cuidados restringe el libre ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres que mantienen sexo con mujeres.

El concepto de salud sexual y reproductiva se asocia principalmente a mujeres heterosexuales, debido a que ellas facilitan y potencian el desarrollo de la heteronorma, la reproducción y la crianza, este rol asignado a la mujer la mantiene en la esfera privada de la sociedad que condiciona la libertad del ejercicio de sus derechos. La reproducción en mujeres lesbianas se presenta con barreras en la cobertura y prestaciones médicas en el servicio de salud pública, ya que, el programa existente plasma requisitos contemplando a las mujeres heterosexuales en pareja, delegando la responsabilidad al ámbito privado. Por consiguiente se

puede recalcar que ambas mujeres pueden ser parte del proceso; una de ellas pone el ovulo y la otra accede al proceso de embarazo.

De acuerdo a ello, el modelo de atención en salud ginecológica y/o matronil se desarrolla en relación al heterocentrismo que responde a la prevención de VIH, uso de preservativo masculino, embarazo en parejas heterosexuales y planificación familiar que según la estructura del patriarcado responden a la desarrollo de la mujer con orientación heterosexual. Por esta razón, la política pública de salud, específicamente el programa Mujer, no considera las necesidades lésbicas como problemáticas que necesiten ser atendidas porque existe un vacío institucional, garantías y una materialización de los derechos sexuales y reproductivos que generan sesgos profesionales que imposibilitan realizar una atención efectiva con un enfoque de género e integral.

En relación a lo anteriormente señalado es que se desprende la siguiente idea del concepto “tecnología heterosexual”, relacionado a la atención matronil contemporánea:

(...) la violencia simbólica que acarrea no encontrar un espacio para la diversidad sexual, el no ser sujeto de la consulta es no existir, no ser visibles, excluidas. Se podría entender esta situación como un ejemplo de

discriminación y violencia institucional y, por lo tanto, este tipo de prácticas en la consulta podrían producir efectos también en la salud de las usuarias.

(Op.cit, 2014, p.7)

Respecto a esta afirmación, es relevante destacar que existe falta de capacitación, sensibilización y conocimiento de los profesionales en temáticas de diversidad sexual y género, debido a que no consideran a las mujeres homosexuales como sujetas de atención frecuente ni como una población de riesgo. Es por ello, que estas sienten temor a exponerse a prácticas discriminatorias por parte del personal administrativo o médico que las atiende.

Al mismo tiempo, la escasa visibilización y reconocimiento de la existencia lésbica como sujetas de derecho se debe a que ellas mismas desconocen los riesgos que tienen sus prácticas sexuales, es decir, han concebido la idea de que la no penetración es sinónimo de estar exentas de riesgos de ITS y enfermedades cervicouterinas y/o mamarias. Por esta razón es que la población de mujeres homosexuales no está consciente de que deben mantener cuidados en salud como una mujer heterosexual.

“(…) Los cánceres de mama y cervicales tienen un factor de riesgo común y otros factores de riesgos distintos. El factor de riesgos común es la mayor dificultad en la práctica de los exámenes por las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres porque éstas se lo hacen menos, tienen menos acceso a consultas y exámenes en general. Para el cáncer de mama, se sabe que la lactancia materna es un factor protector y, como las mujeres lesbianas no amamantan tendrían un mayor riesgo de cáncer de mama”
(Ministério da Saúde, 2014: 24)

Respecto a esta afirmación, la mayor prevalencia que tendría la población lésbica a contraer cáncer se debería a la baja asistencia a controles ginecológicos y/o matroniles provocada por las barreras discriminatorias que existen en los servicios de salud público. Del mismo modo, las campañas realizadas por el Ministerio de Salud se avocan a la prevención de embarazos e ITS de la población heterosexual y homosexual masculina. Además, restringe el ingreso a mujeres homosexuales que deseen tener cobertura para los tratamientos de fertilización asistida, negando la posibilidad de ejercer la maternidad a mujeres que tengan pareja del mismo sexo.

Frente al problema anterior detectado, surgen las siguientes preguntas y objetivos de investigación:

¿Cuáles son las percepciones que tienen las mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva?

¿Cuáles son las percepciones que tienen los profesionales del área matronil sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas?

Objetivo General (1)

“Establecer la percepción que tienen las mujeres lesbianas entre 25 y 35 años de edad sobre su salud sexual y reproductiva de la Región Metropolitana.

Objetivos específicos:

1. Describir la percepción que tienen las mujeres lesbianas de la región Metropolitana sobre sus derechos sexuales y reproductivos.
2. Conocer la visión y experiencia de las mujeres lesbianas de la región Metropolitana en la atención en el sistema de salud público.
3. Identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres lesbianas de la región Metropolitana sobre su salud sexual y reproductiva.
4. Indagar en las necesidades de salud que mantienen las mujeres lesbianas de la región Metropolitana.

Objetivo General (2)

“Establecer la percepción y visión que tienen los profesionales del área matronil sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas de la Región Metropolitana”.

Objetivos específicos:

1. Indagar en la visión y experiencia concreta que tienen los profesionales del área matronil sobre la atención de mujeres lesbianas de acuerdo a su salud sexual y reproductiva.
2. Identificar los significados que los profesionales del área matronil tienen acerca de la atención de mujeres lesbianas.
3. Caracterizar las actitudes y valores que los profesionales del área matronil en el trato de usuarias lesbianas.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

I. Tipo de estudio

La presente investigación expone un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, apoyado desde un método cualitativo que busca conocer información en profundidad sobre una temática específica. Así mismo, comprende racionalmente la vida, expresa la cultura y el desarrollo humano inmerso en procesos sociales. También, incorpora al sujeto para comprender de manera inductiva y flexible categorías sociales construidas mediante una multiplicidad de perspectivas teóricas, lenguajes, sentidos y significados con seres en su contexto, articula en interacción el sentido de los demás.

El investigador es parte del proceso, interviene en él, con el propósito de insertarse en el marco de la experiencia, discurso y significado personal subjetivo del sujeto, contemplando elementos de un conjunto simbólico para poder interpretar hechos, acontecimientos y fenómenos observados.

“Lo esencial en la investigación cualitativa es el análisis objetivo del significado subjetivo” (Ruiz, 1999).

Según Hernández, Fernández y Batipsta (1998), la acción indagatoria es dinámica entre los hechos y su interpretación, resultando un proceso más bien circular que puede variar en cada estudio. Recopilar información y analizar datos permite afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. Es decir, el estudio se enmarca en un paradigma interpretativo, ya que centra y capta el entendimiento de los significados de las acciones de cada individuo y la interacción simbólica que se produce.

“En la aproximación cualitativa hay una variedad de concepciones o marcos de interpretación, que guardan un común denominador: todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto”. (Hernández, et al, Op.cit.: 9).

Dousa, Driessnack y Costa (2007) mencionan que los estudios descriptivos-exploratorios son usados cuando se sabe poco sobre un fenómeno en particular. El investigador observa, describe y fundamenta varios aspectos que no se han considerado. No existe la manipulación de variables o la intención de búsqueda de

la causa-efecto con relación al fenómeno. Se plasma lo que existe, se determina la frecuencia en que este hecho ocurre y clasifica la información.

Exploratorio, en tanto busca conocer una realidad poco conocida en nuestro país o el tema- problema de investigación, presenta muchas dudas y no se ha abordado antes. Este tipo de estudios, se utilizan cuando el objetivo del estudio es examinar un fenómeno social escasamente experimentado, permite establecer otros ejes para el desarrollo de nuevas investigaciones futuras. (Ibíd.: 85). Es por ello, que confluye entre dos temáticas, diversidad sexual y salud.

Descriptivo, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, pretenda dar cuenta de cómo es y cómo se expresan. (Ibíd.:85).

Finalmente, según criterios metodológicos la investigación es de corte fenomenológico- interpretativo, ya que, aborda una temática poco explorada pero de gran interés para el desarrollo de las ciencias sociales- Por otro lado, interpretativo, puesto que, la realidad se construye dependiendo de los significados que las personas le atribuyen. Ve la realidad socialmente construida.

Proyecta dar cuenta de las variables mujeres lesbianas y profesionales del área matronil del sistema de salud público de Chile.

II. Universo y muestra

No existen antecedentes previos sobre la población de mujeres lesbianas en Chile, que permita evidenciar un número que logre dar cuenta de la totalidad de personas que hayan sido encuestadas o entrevistadas, puesto que, las mujeres lesbianas tienden a ocultar su orientación sexual por miedo a ser discriminadas, aisladas, agredidas físicamente o no develar su orientación sexual a la familia.

El universo de la investigación es indeterminado, la información recopilada se obtiene a través de un muestreo intencional, opinático, no probabilístico, donde los informantes se seleccionaron por criterios preestablecidos estratégicos personales.
(Op.cit.: s/p).

✚ Criterios de selección de casos:

- Sexo e identidad sexual: Mujeres que se declaren abiertamente como lesbianas.
- Rango etario de adultez: Entre 25 y 35 años de edad, de diversos estratos socioeconómicos.
- Residencia: Región Metropolitana.
- Control matronil: Mujeres lesbianas que hayan asistido al menos una vez a una consulta médica en el sistema de salud público, en el año 2017.
- Profesionales del sistema de salud público, pertenecientes a la región metropolitana: Matrones y/o matronas.

La muestra cualitativa pretende representatividad, pero no en un sentido poblacional o estadístico. Los participantes a entrevistar se seleccionan a través de una representación del colectivo como un espacio ordenado internamente como “relaciones”, como posiciones o perspectivas diversas que convergentes o sostenidas sobre una misma posición base. (Canales, 2006).

Finalmente, la muestra estuvo constituida por 10 mujeres lesbianas y 6 profesionales matroniles del sistema de salud público pertenecientes a la Región Metropolitana.

III. Técnica de recolección de datos

La información se obtiene a través de la técnica “Entrevista semiestructurada”, que es pertinente utilizar en la investigación cualitativa.

Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. (Bravo et. Al. 2013).

Se centra en profundizar en elementos propios de la población y la proximidad que se tiene sobre la temática de estudio, accediendo a obtener información necesaria sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas en el sistema de salud público de Chile.

Permite indagar en aspectos generales tales como la identidad lésbica y aspectos específicos como la salud sexual y reproductiva, temáticas que se aproximan para posteriormente ser categorizadas y analizadas.

Las participantes fueron seleccionadas por medio de las redes sociales, contactos de personas insertas en el área de Salud pública y voluntarias.

Todo esto permite construir un marco teórico acorde a lo investigado, para materializar la realidad que se está estudiando. La bibliografía utilizada fueron libros, artículos de revistas, tesis, publicaciones, crónicas noticiosas y diversos sitios de internet.

IV. Técnicas de análisis de la información

De acuerdo al enfoque cualitativo de esta investigación, se utilizará el análisis de contenido, técnica que se ubica en el ámbito de la investigación descriptiva. Esta técnica permite analizar las categorías que se construyen a través de la entrevista semiestructurada. Tales ejes temáticos permitirán levantar, distinguir, separar y ordenar la información en relación directa con los objetivos del estudio y los tópicos que emergen del relato. (Echeverría, 2005).

Para Fernández (2002), el análisis de contenido, es una técnica de investigación muy útil para analizar los procesos de comunicación en muy diversos contextos. El análisis de contenido, puede ser variado, y sirve para “Identificar actitudes, creencias, deseos valores, centros de interés, objetivos, metas, etc., de personas, grupos, organizaciones, países, etc.

Según López (2009):

El análisis de contenido es un conjunto de instrumentos metodológicos, aplicados a lo que él denomina como «discursos» (contenidos y continentes) extremadamente diversificados. El factor común de estas técnicas múltiples y multiplicadas -desde el cálculo de frecuencias suministradoras de datos cifrados hasta la extracción de estructuras que se traducen en modelos- es una hermenéutica controlada, basada en la deducción: «la inferencia». (P. 173).

Para efectos de esta investigación, el instrumento centra su interpretación en la configuración de la comunicación interhumana, es decir, el contenido y sentido del mensaje. Es por ello que, esta metodología pretende sustituir las dimensiones interpretacioncitas y subjetivas del estudio de documentos o de comunicaciones por unos procedimientos cada vez más estandarizados que intentan objetivar y convertir en datos los contenidos de determinados documentos o comunicaciones para que puedan ser analizados y tratados de forma mecánica. (Ibid.:2009).

Finalmente, permite reconstruir el discurso, expresiones y aristas que las participantes tiene sobre el tema, a través de la observación propia y cotidiana de la realidad.

I PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo I

Patriarcado y Lesbianismo

El presente capítulo abordará la temática de Patriarcado y Lesbianismo, conceptos que se problematizan desde la perspectiva del Estado, Familia e Iglesia, instituciones que han contribuido en la reproducción histórica de una cultura machista y opresora del género femenino.

Así mismo, se desarrollará el lesbianismo desde la subordinación del heteropatriarcado como orden social que acepta sólo la dicotomía de género para conformar relaciones socio afectivas entre personas heterosexuales con la perspectiva de la planificación familiar.

El patriarcado es un sistema sexo-político, social y religioso de dominación masculina que por medio de la subordinación de las mujeres ha logrado imperar a través de la concientización machista, valórica y conservadora que se ha transmitido desde los inicios de la humanidad.

Origen del Patriarcado

Según Lerner (1990) los inicios del patriarcado surgieron en los estados primitivos, las mujeres eran consideradas como recursos para los hombres, eran

intercambiadas por tierras o compradas en matrimonios forzados, sin consentimiento de ellas. Así, la dominación de clase producía esclavitud que fueron explotadas como trabajadoras y prestadoras de servicios sexuales, quienes desde ese entonces renunciaron a sus derechos intrínsecos como mujeres.

Es importante mencionar, que, si bien el patriarcado se comenzó a instaurar en años prehistóricos, se situó de manera más potente tanto en la sociedad moderna industrial, como en la producción y reproducción del orden social hegemónico. Es por ello que, la modernidad se entiende como un movimiento que envuelve las esferas de la economía neoliberal, la política y la sociedad.

Así mismo, López (2010) menciona que el análisis del patriarcado se centra en la manifestación e institucionalización del dominio masculino que se consolidó como base de la desigualdad cultural y simbólica de la sociedad, es por ello que la teoría marxista relacionó la opresión de la mujer con la estructura productiva de la vida social, es decir, la división sexual y valor del trabajo dentro del sistema capitalista.

De acuerdo a esto, la dedicación generalizada y adjudicada a las mujeres a la reproducción y producción doméstica resulta ser invisibilizado, ya que desde la mirada colonizadora del patriarcado se reconoce como una labor improductiva porque no existe remuneración de por medio. El rol femenino en la sociedad es respaldado principalmente por la iglesia, considerada una institución estatal

poderosa respecto a lo moral y religioso. Así mismo, legitimaba la opresión social, política y económica que existía hacia las mujeres.

“Engels identificaba la opresión de las mujeres dentro del proceso de formación de la propiedad privada, por la necesidad de control del cuerpo y la sexualidad femenina para asegurar la descendencia” (López, 2010: 70)

Bajo esta premisa, es que las mujeres y los hijos pasaban a ser propiedad del hombre lo que producía una dominación que se expresaba por medio de las relaciones de género, cuyas prácticas estaban cargadas de violencia y desigualdad.

Es por ello, que las relaciones de poder en la sociedad patriarcal son productivas porque se reconocen como una imposición de voluntad del dominante sobre el dominado, lo que también produce dependencia e influencia mutua. El hombre depende de la mujer en la realización de las tareas domésticas, mientras que la mujer al estar en la esfera privada depende del hombre de acuerdo a lo económico.

“Al capitalismo, como sistema económico le es útil la desigualdad de género consolidada por el sistema patriarcal, porque incorpora a la vida económica

laboral a mujeres feminizando ciertas ramas de la producción, las que en su mayoría son mano de obra barata; por otro lado, se sirve del trabajo doméstico no remunerado, trabajo que es realizado en su inmensa mayoría por mujeres, las que en una gran parte trabajan con una doble jornada laboral” (Ibíd.: 71)

Desde estas construcciones ideológicas surge la opresión hacia las mujeres, mediante la división sexual del trabajo que jerarquiza las labores realizadas por cada género, otorgando mayor valor al trabajo masculino por sobre el femenino. El primero va ligado a la explotación de recursos, organización de las empresas, acceso a puestos directivos en el ámbito político y estatal que les permiten el éxito profesional, mientras que el segundo se relaciona a lo doméstico y reproductivo, debido a que las mujeres son las encargadas de educar y concientizar de manera hegemónica a sus hijos y así adaptarlos a las reglas del sistema patriarcal con una mirada colonizadora sobre la crianza.

Por otra parte, las mujeres son quienes aportan a los hombres para que puedan desempeñarse en el trabajo productivo que se desarrolla en la esfera pública de la sociedad. Mientras que, el trabajo reproductivo para los hombres es seguir oprimiendo e invisibilizando a las mujeres, ya que el sistema patriarcal ha asignado determinadamente la esfera privada para el desarrollo de ellas.

“La relación entre patriarcado y capitalismo, se evidencia específicamente en esta relación, en la apropiación y uso que el capitalismo realiza del trabajo doméstico, que si bien no es generador de capital directamente garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo de manera gratuita, el control de la sexualidad para la reproducción humana y de las nuevas generaciones de trabajadores y ahorrarse el pago de las tareas domésticas” (López, 2010:73)

Así mismo, esta estructura de orden masculino se ha construido socialmente desde la perspectiva que el hombre es superior a la mujer y se ha apropiado tanto de la vida, cuerpo, como también las sexualidad y reproducción de ellas. La toma de poder histórica patriarcal ha desplazado a un segundo plano a la población femenina que se identifica como un ser vulnerable, débil y dependiente.

De acuerdo a Vacca y Coppolecchia (2012) el disciplinamiento y control del cuerpo es un mecanismo que mantiene a las mujeres subordinadas porque es el que les da singularidad en el mundo, es decir, lo que expresa la diferencia sexual con los hombres. Así mismo, la sexualidad y capacidad reproductiva han sido vigiladas y determinadas por el sistema opresor, el cual impone la heterosexualidad obligatoria

que se define como una institución de poder, es decir, un terreno clave para el dominio masculino que pretende subordinar y oprimir a las mujeres.

La creación histórico-cultural social de estereotipos de género desde la concepción patriarcal machista, sobre la cual se define la identidad (el ser) de cada sexo, hace que las características y diferenciaciones de cada sexo (lo biológico) contengan una alta asimetría discriminatoria en perjuicio de las mujeres (Rauber, 2003:10).

Respecto a lo mencionado, es importante aclarar que los estereotipos que determinan a las mujeres son: la sensibilidad, ternura, emoción, sumisión y pasividad, es decir, lo relacionado con lo irracional y subjetivo, por ello se denomina como “segundo sexo”.

Según Lerner (1990) Los hombres consideran que las mujeres son inferiores a ellos biológicamente ya que, existe una desigualdad que las posiciona como el sexo débil, porque no tienen la misma fuerza ni capacidad para realizar trabajos físicos. Por esta razón, se les determina un rol social ligado a la maternidad y la crianza de sus hijos.

La superioridad, poder y privilegios que tienen los hombres sobre las mujeres les permite dominarlas de manera psicológica, física y sexual, coartando su libertad de acción y desarrollo individual. Estas conductas machistas se constituyen a través de costumbres y valores reproducidos por las instituciones del patriarcado: Estado, Familia e Iglesia, que se adaptan a los tiempos modernos para seguir manteniendo la estructura de opresión.

“El sistema patriarcal solo puede funcionar gracias a la cooperación de las mujeres. Esta cooperación le viene avalada de varias maneras; la inculcación de los géneros; la privación de la enseñanza; la prohibición a las mujeres a que conozcan su propia historia (...) la “desviación” a partir de sus actividades sexuales, mediante la represión y la coerción total” (Lerner, 1990:60)

Esta concepción machista que ha impuesto el sistema se naturaliza por las mujeres, quienes desarrollan sus vidas de manera limitada debido a que, han sido la sombra del patriarcado y han participado activamente del fortalecimiento de este proceso represor hacia ellas que a través de aspectos sociales, económicos, psicológicos y culturales logra generar la dominación.

El patriarcado se consolida como la base de la sociedad y como tal, reafirma las masculinidades y privilegios de los hombres dándoles a estos un papel protector y poderoso con privilegios a los que las mujeres no pueden acceder, es decir, los poderes políticos, económicos, religiosos y militares son encabezados por hombres ya que, la hegemonía machista quiere ocultar el trabajo de las mujeres.

El machismo constituye toda una constelación de valores y patrones de conducta que afecta todas las relaciones interpersonales, el amor y el sexo, la amistad y el trabajo, el tiempo libre y la política (...) incluye la pretensión del dominio sobre los demás, especialmente sobre las mujeres; la rivalidad entre los hombres; la búsqueda de múltiples conquistas sexuales; la necesidad constante de exhibir ciertos rasgos supuestamente viriles- valor, indiferencia al dolor, etc.- y un desprecio más o menos abierto hacia los valores considerados femeninos. (Castañeda, 2007:26)

Las principales características del patriarcado y machismo están arraigadas en las costumbres, roles y normas que se transmiten de generación en generación. Esta sociedad considera que la mujer carece de relevancia en comparación con los hombres ya que, son ellos quienes poseen las facultades suficientes para ocupar

los puestos de poder. Mientras que, las mujeres tienen asignados sus roles de manera simbólica que están alejados del reconocimiento y del poder.

En este sistema social las mujeres lesbianas resultan ser un problema ya que, de acuerdo a lo señalado anteriormente la categoría femenina mantiene un rol asignado que debe ser cumplido para formar parte de la sociedad. Es por ello que, para el patriarcado las lesbianas están fuera de la norma biológica conocida como heterosexualidad obligatoria la cual, parte de la premisa que las personas homosexuales no son útiles para el sistema.

Patriarcado y sus instituciones

Patriarcado y Familia

El patriarcado dentro de la dominación que ejerce por sobre las mujeres mantiene tres instituciones que reproducen el orden de carácter machista; La familia, el estado y la iglesia, Estos mecanismos son considerados como opresivos para el género femenino, ya que desde su nacimiento se educa bajo la concepción conservadora y moralista que las vulnera, discrimina y excluye de los privilegios que se reconocen exclusivamente masculinos.

Las relaciones de poder que se dan en una familia patriarcal son por medio de la dependencia vital del hombre, ya que él es quien sustenta de manera económica el

hogar. Por lo tanto, la mujer y los hijos deben obedecer las órdenes del padre sin cuestionar absolutamente nada.

“En el prototipo de la familia nuclear patriarcal, la división del trabajo por género está muy arraigada: el rol de padre-marido-proveedor del hombre adulto es complementado por el rol de la esposa-madre-ama de casa de la mujer adulta. Según ese modelo, los hijos e hijas deben ser cuidados por la madre, irán a la escuela” (Esquivel, Faur y Jelin, 2012:9).

La familia es el modelo de reproducción y distribución de la estructura patriarcal que colabora de manera colonizadora con la concientización de los roles de géneros, es decir, el binarismo y desencadena en la opresión social, política y económica hacia las mujeres.

De acuerdo a esta afirmación, la familia es un colaborador directo del régimen social al ser reconocido como la cuna del adoctrinamiento machista que inculcan los padres a los hijos por medio del discurso hegemónico.

“La familia, dice Morgan, es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona (...)” (Engels, 1981:7).

Los autores Gómez y Vera (2013) definen la familia como un sistema abierto y activo que se desarrolla entre personas de diferente sexo y en diferentes estadios de maduración física y mental; es un sistema natural de seres humanos en el cual las personas se encuentran relacionadas por medio de lazos sanguíneos y de afinidad, reunidos en un lugar común delimitado cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas, físicas y psicológicas de sus miembros.

Bajo esta concepción la finalidad de la familia desde la perspectiva patriarcal es estar en pareja en función del goce sexual para así, procrear, reproducir el sistema por medio de las normas que se establecen en la crianza de los hijos. Esta institución humana es clave para el funcionamiento de la sociedad machista ya que, a través de los valores y costumbres se oprime el desarrollo de las mujeres.

Gómez y Vera (2013) La comunidad familiar no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra.

De acuerdo a lo mencionado, es importante señalar que la familia es un campo importante para el funcionamiento de la sociedad ya que, por medio de las normas se puede regular a cada uno de sus miembros. El desarrollo que se puede alcanzar dentro de este núcleo primario socio afectivo es limitado para las mujeres, quienes son discriminadas y excluidas por el rol social que el modelo patriarcal les ha adjudicado por su género.

En toda sociedad de explotación se produce control y represión por medio de la familia que empodera al sistema patriarcal a través de la crianza, por esta razón es que:

“La familia refuerza el poder efectivo de la clase gobernante proporcionando una forma paradigmática fácilmente controlable para todas las instituciones sociales. Y así es como encontramos la forma de la familia replicada en las estructuras sociales de la fábrica, el sindicato, la escuela, la universidad, la gran empresa, la iglesia, los partidos políticos y el aparato gubernamental, las fuerzas armadas, los hospitales generales y mentales, etc. (...) donde toda persona real trabaja en cooperación con toda otra persona real, en la materialidad y funcionamiento de esta irrealidad que es la «familia socialmente metamorfoseada” (Galcerán, 2004: 17)

Patriarcado y Estado

La segunda institución que realiza alianzas con la hegemonía patriarcal es el Estado, quien considera que existe una separación entre lo pública y privada. Según Vacca y Coppolecchia (2012) la esfera pública está reservada a los hombres para el ejercicio del poder, y la esfera privada, reservada a las mujeres en su rol de esposas y madres.

Según Rauber (2003) el mundo de lo público corresponde a la producción, al saber, a la política y al poder, el cual crea un mundo privado subordinado a sus necesidades para así, mantener la reproducción y ampliación del sistema patriarcal. A pesar que la mujer se posicione en la esfera privada, se encuentra en desventaja de lo público porque se le aísla de lo político y la relaciona con el espacio doméstico como su hábitat natural.

En el rol privado y secundario que cumple la mujer para el Estado es porque existe una ideologización por medio del control de su sexualidad con la idea del romance heterosexual, la violación marital y la esclavitud sexual dentro de una relación de pareja.

“La única manera de poder salir del escondite y romper nuestra defensa paralizante es saberlo todo-toda la extensión de la violencia sexual y la dominación de las mujeres- (...) al saberla, al enfrentarla directamente,

podemos aprender a planificar nuestra salida de esta opresión, concibiendo y creando un mundo que impida la esclavitud sexual femenina” (Rich, 1980:19)

La autora busca que las mujeres puedan unirse y movilizarse para conseguir la igualdad, libertad y privilegios que los hombres gozan. La dominación y subordinación es el principal objetivo del sistema, lograr que las mujeres sigan siendo las sumisas del patriarcado, es decir, que sirvan a los hombres para que sus necesidades sexuales y emocionales estén satisfechas.

Sin embargo, según la percepción de la feminista Judith Butler la heterosexualidad del ser humano provoca conflictos entre ambos géneros, debido a que:

“La heterosexualización del deseo exige e instaura a producción de oposiciones discretas asimétricas entre «femenino» y «masculino», entendidos estos conceptos como atributos que designa «hombre» y «mujer». La matriz cultural -mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género-- exige que algunos tipos de «identidades» no puedan «existir»: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son «consecuencia» ni del sexo ni del género. En este contexto, «consecuencia» es una relación política de

vinculación creada por las leyes culturales, las cuales determinan y reglamentan la forma y el significado de la sexualidad” (Butler, 1999: 72)

Por esta razón, el heteropatriarcado reprime el deseo de las mujeres por medio del control de su cuerpo y sexualidad, las normas del sistema no están pensadas para la satisfacción sexual femenina, más bien, es considerada promiscua y desmoralizadora porque la mujer deja de cumplir el rol de género ligado a la maternidad y crianza.

La hegemonía institucional no sólo legitima su supremacía a través del control y opresión de la sexualidad, sino que también lo hace en el ámbito laboral de estas. Ya que, el sistema busca explotar el desempeño laboral de la mujer para controlar su producción de manera precarizada y mal remunerado.

Aun cuando la participación de las mujeres en el mercado laboral ha crecido, la responsabilidad doméstica sigue en sus manos, la cual permite la reproducción social que sostiene el funcionamiento del mercado, pero no le otorga valor a este trabajo porque para el sistema es parte del rol de género.

Sin embargo, según Villarreal (2001) las mujeres producen riqueza económica y social, logran preservar el territorio, la casa, la familia, la pareja y las redes comunitarias. Así mismo, a través de su cuerpo y subjetividad gestan vidas, le

entregan cuidados vitales que contribuyen a mantener la existencia humana día a día.

Patriarcado y la Iglesia

Según Mundigo (2005) La religión juega un papel importante en la sociedad, en las políticas de los gobiernos y en la vida de las personas. Representan sistemas coordinados de creencias y prácticas específicas que definen lo sagrado - esto es, prescriben un orden sobre ciertos fenómenos o elementos cuya existencia tiene lugar en un más allá, fuera de la vida ordinaria. Lo que se define como sagrado es a menudo colocado en un plano inaccesible o prohibido.

La iglesia siempre ha sido un ente cooperador del modelo heteropatriarcal, a través de él ha logrado mantenerse como una institución moral potente, así mismo ha elaborado un estereotipo de mujer ideal que promete castidad, obediencia, fidelidad y discreción al hombre. De acuerdo a lo que menciona Cornejo (2008) este sistema moral enmarca sus fundamentos en una sexualidad uniforme, ligada a la heterosexualidad para todos los individuos, donde predomina la interpretación de la sagrada escritura de la Biblia y la condena hacia la homosexualidad femenina y masculina.

El discurso de la iglesia como transmisión sociocultural, ha institucionalizado las vidas de las mujeres mediante ciertos parámetros morales opresores. Así lo menciona Cornejo:

Una moral restrictiva únicamente en la relación hombre –mujer, en vista de la procreación, ciertamente, ha descalificado históricamente a la homosexualidad por considerarla una aberración, un pecado, nefando, un vicio depravado, una enfermedad psíquica, relajación moral, inclinación desordenada y otras calificaciones semejantes, que han hecho sufrir a millares de homosexuales a lo largo de la historia la marginación, el rechazo, el odio, la violencia e inclusive la muerte. (Cornejo, 2008:12)

Este ejercicio de control moral sobre los individuos respecto a los comportamientos, hábitos sexuales y afectivos dentro de la sociedad ya que, es la institución que construye la moral y los comportamientos individuales ligados al machismo y opresión a la mujer. Sobre todo, en el ámbito sexual de ella ya que, dogmatiza que las relaciones afectivas y emocionales deben darse sólo entre hombre y mujer, por lo tanto, la homosexualidad femenina se evidencia como una desviación sexual que va en contra de las leyes religiosas.

Para Galcerán (2014) el régimen católico sustenta ciertos valores ligados a la represión como la imposición de la heterosexualidad naturalmente aceptada, que según este dogma es fortificada por la “Palabra de dios”, debe ser camino para la procreación y la configuración de la familia patriarcal, monógama y nuclear.

Por esta razón es que, a través de la Biblia, el reconocido patrimonio religioso se justifica la discriminación hacia las mujeres quienes son subordinadas y oprimidas por las leyes sagradas de carácter machista. Así mismo, se condena a la homosexualidad por medio de la homofobia social que esta institución instaure de manera canónica en el subconsciente colectivo.

Por todos estos prejuicios e imposiciones morales que la iglesia transmite provoca que las mujeres lesbianas vivan en un verdadero infierno al sentirse atraídas por otras mujeres, una importante cantidad de ellas se culpan y auto flagelan por considerar que tales sentimientos son pecado o un estigma ya que, tienen internalizado el discurso lesbofóbico de la sociedad.

Es importante mencionar que la institucionalización de la iglesia surge a través de reglas creadas para complacer a Dios, es decir, para mantener el control social de los seres humanos y así mismo, estabilizar sus pulsiones. La evangelización por medio de la moralidad mantiene a la sociedad temerosa de sus actos, de sus decisiones y sus pensamientos, es decir, el conservadurismo con el que se imponen

las normas sociales no permite aceptar la orientación sexual de mujeres que mantienen sexo con mujeres.

Patriarcado y Lesbianismo

“El lesbianismo como opción vital y de resistencia tiene cientos de años de historia, pero sólo en el siglo XX esta idea puede articularse ideológicamente y convertirse en una posición política. Aunque han sido muchas las mujeres que, a lo largo de la historia ocuparon, voluntaria o involuntariamente, ese espacio que hoy llamaríamos del lesbianismo a causa de la opresión que sufrían como mujeres (...)” (Gimeno, 2003: 5)

La homosexualidad femenina ha sido totalmente invisibilizadas por el sistema patriarcal ya que, esta orientación sexual corrompe el binarismo, es decir, la construcción social que categoriza de manera dicotómica los comportamientos, características y anatomía de los cuerpos de hombres y mujeres.

La hetero imposición social es considerada un mecanismo de subordinación hacia las mujeres que mantienen sexo con mujeres, que se reconocen como lesbianas o bisexuales. Para este tipo de colonización sólo existen dos géneros, femenino y masculino, los cuales son responsables de la procreación, reproducción y hegemonía machista.

Respecto a lo que plantea Gimeno (2013) La heterosexualidad es régimen regulador por excelencia, no es la manera natural de vivir la sexualidad, sino que es una herramienta política y social con una función muy concreta que las feministas denunciaron hace décadas: subordinar las mujeres a los hombres. También, se considera una herramienta principal del patriarcado, ya que por medio de la institucionalización del cuerpo de la mujer logra reprimir su sexualidad de acuerdo a la libertad del goce, placer y deseo.

Siempre ha existido una opresión de carácter heteronormativo sobre las mujeres que niega el amor lésbico y fortalece el amor romántico. Si la heterosexualidad fuese natural, o siquiera beneficiosa para las mujeres, no necesitaría de los enormemente complejos mecanismos que se emplean para mantenerlas dentro de ella (Gimeno, 2013:6)

A partir de esto, se desprende la idea de que el lesbianismo no sólo es una preferencia sexual, sino que también, una postura y lucha política que, mediante la visibilización, reconocimiento y aceptación de la orientación sexual se enfrenta de manera subversiva al sistema patriarcal. Logrando despojar a la institucionalidad moral del matrimonio y maternidad obligatoria, ambas formas de reproducir el

pensamiento conservador y heteropatriarcal que es impuesto por la colonización de la modernidad en la construcción de ideas y formas de vida.

“El supuesto de que «la mayoría de las mujeres son heterosexuales por naturaleza» es un muro teórico y político que bloquea el feminismo. Sigue siendo un supuesto sostenible en parte porque la existencia lesbiana ha sido borrada de la historia o catalogada como enfermedad, en parte porque ha sido tratada como excepcional y no como intrínseca, en parte porque reconocer que, para las mujeres, la heterosexualidad puede no ser en absoluto una «preferencia» sino algo que ha tenido que ser impuesto (...)”
(Rich, 1980:35).

La heterosexualidad de las mujeres ha sido impuesta principalmente por la dominación patriarcal con la intencionalidad de generar mecanismos de control por medio de la opresión que se ejerce sobre los derechos de las mujeres. Así mismo, por medio de las instituciones como el estado, familia y la iglesia se ejerce supremacía sobre el cuerpo femenino y la orientación sexual forzada, es decir, la heterosexualidad que permite la reproducción y producción para el sistema capitalista.

Dentro de los efectos sociopolíticos de la heteronormalización es que las mujeres se dividan y compitan entre sí:

“La identificación con mujeres es una fuente de energía, una fuente de poder femenino, cercenada y liquidada bajo la institución de la heterosexualidad. La negación de la realidad y de la visibilidad de la pasión de las mujeres por mujeres, la elección de aliadas mujeres por parte de mujeres, de compañeras de vida y de comunidad, la obligación de que dichas relaciones sean disimuladas y su desintegración bajo intensa, ha significado una incalculable pérdida de poder de todas las mujeres” (Galcerán, 2014:8)

Finalmente, la existencia lesbiana resulta ser un problema para la hegemonía patriarcal porque rompe el paradigma establecido para la sociedad y pierde el control sobre el cuerpo de las mujeres homosexuales, quienes se resisten a la opresión del binarismo, discriminación, rechazo y vulneración de sus derechos.

Capítulo II

Derechos sexuales y reproductivos.

El presente capítulo esboza aspectos contemplados sobre sexualidad, identidad y existencia lesbiana como parte de la comprensión que se tiene sobre el desarrollo de individualidades y colectividades lésbicas. En segunda instancia, se presentan los derechos sexuales y reproductivos articulando al lesbianismo. Finalmente, se expone la salud pública en relación a la temática de lesbianismo.

Sexualidad, identidad y existencia lesbiana.

La sexualidad contempla un conjunto de comportamientos que tienen estrecha relación con la potencial y desarrollo humano, satisfacción de necesidades y el deseo sexual; goce, el placer propio y de otros, de forma flexible, cambiante y en permanente proceso de transformación.

Es posible hallar diversas comprensiones y fundamentaciones sobre el complejo sistema de representaciones en los sujetos; en referencia a procedencias, perspectivas y definiciones presentes a lo largo de la historia y teorías encargadas de agudizar y actualizar emergentes concepciones sobre la sexualidad y el lesbianismo.

Para Lagarde (1998), la sexualidad, es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas en éste, contribuye a los particulares y obliga sin adscripción a grupos socioculturales genéricos y a las condiciones de vida predeterminadas, estableciendo un complejo cultural históricamente determinado que se articula desde las relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, como también, en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. En los particulares está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, reflejadas por las capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. La sexualidad consiste también en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales que son asignadas con base en el sexo, a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política, es decir, en todas las experiencias humanas; consiste en el acceso y en la posesión en relación al poder, donde tener una u otra definición genérica implica para los seres humanos, ocupar un lugar en el mundo y, tener un destino más o menos previsible, que es independiente de la voluntad, la adscripción genérica ubica una forma de integración en la jerarquía social, y es uno de sus criterios de reproducción; significa también, tener y ejercer poderes sobre otros, o no tener siquiera, poder sobre la propia existencia. En referencia al erotismo, la autora menciona que la sexualidad lo incluye, pero no lo agota, y que debe ser reconocido en su especificidad.

Los individuos son esencialmente sociales, nuestra identidad de género, orientación sexual, roles sexuales y comportamientos que definen la masculinidad o feminidad están relacionados por nuestra experiencia interna y el conjunto de relaciones sociales; diversos sistemas que conforman la sociedad.

Ser mujer o ser hombre es un hecho sociocultural e histórico. Más allá de las características biológicas del sexo existe el género: se trata de un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas, y psicológicas, es decir, culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre, o ser cualquier otra categoría genérica. Los géneros son históricos, y en ese sentido son producto de la relación entre biología, sociedad y cultura, y por ser históricos devienen y presentan una enorme diversidad. Los atributos sociales y psicológicos de los sujetos, las formas de comportamiento, las actitudes, las relaciones, las actividades, así como el lugar que ocupan en relación con el poder, y todo lo que se atribuye al sexo es presentado por el fenómeno del etnocentrismo, como universal. De tal manera que cada cultura, y en ella cada grupo dominante consensualizan sus estereotipos de hombre y de mujer como únicas formas de ser hombres y mujeres; como si

siempre hubiera sido así, y como si siempre fuera a ser así. En nuestra cultura, las formas de ser hombres y mujeres son calificadas como características sexuales, y esta consideración forma parte de la ideología que analiza la humano, como parte de una naturaleza humana. (Ibíd.: s/p).

La sexualidad es un proceso medular en el desarrollo y potencial del ser humano, respondiendo a la construcción e identificación de nosotros y nosotras mismos/as. Este dispositivo se va manifestando permanentemente a lo largo de la vida, generando una historia propia, que permean el ámbito privado y público en el cual se posiciona cada individuo. Se conforma de acuerdo a determinadas civilizaciones y épocas, ya que, Vera (1998) expone que la sexualidad varía de una cultura a otra cultura en el contexto socio-histórico en que despliegue junto a la mentalidad individual que va tornando nuevas formas de interacción e interrelaciones socio-efectivas. En la historia de la evolución humana, la sexualidad aparece como uno de los ejes de la configuración de la cultura, la sexualidad está presente en todos los ámbitos de la vida, es y está en las relaciones sociales, económicas, creencias, instituciones, es fundamento de la política, es decir, ocupa un espacio fundamental en la vida de los particulares. Su contenido es central y definitorio en las vidas, caracterizando de manera fundamental, puesto que, impone destinos a los sujetos.

Es núcleo de la identidad de los grupos que se constituyen en torno suyo. La autoidentidad de los sujetos construye sobre la base de la sexualidad interiorizada en los procesos de crecimiento, en particular lo que involucra la separación que permite a los sujetos reconocer los límites entre yo y otro, entre igual y diferente. En definitiva, Los procesos primarios de conformación de los sujetos están dominados por la sexualidad como contenido de identificación y de clasificación, como ubicación en un mundo real y simbólico, también dividido genéricamente.

La concepción del sexo como poder permite abordar un componente significativo en la comprensión de la sexualidad ya que, Lombana (2014), a través de lecturas realizadas a las propuestas de Michel Foucault expone que el poder es como una red que transmitimos, acatamos, aceptamos y poseemos o cedemos de manera total o parcial. Es aquí donde queda claro que el discurso sobre la sexualidad, y todos los aparatos del poder en relación con esa sexualidad tiene un papel esencial en la formación de subjetividades, es decir, tiene el papel de la creación del discurso sobre nosotros mismo, como seres individuales y como especie. La sexualidad no es un simple acto natural del hombre, sino que es una construcción, forjada por diálogos de poder, no es tan solo un dato biológico intrínseco en el hombre, sino que es a través del poder en el que es posible pensar una realidad sexual. El autor, destruye la imagen del poder puramente destructor y represivo, alrededor del sexo, pues, el sexo no se destruía, se construía a través del discurso.

Es por esto que:

Es tratar de ver en la actualidad sexual más que un coito, es problematizar el cómo y el por qué en un momento dado estos objetos han sido problematizados. (...) Foucault al recurrir al sujeto de la ética, se da cuenta que este no es una creación social de una vez y para siempre, sino que se consolida como sujeto y como integrante de la sociedad a través de sus prácticas y discursos. Para este autor el sujeto está configurado por su época y el poder que lo legitima y es aquí donde se da el surgimiento de una serie de dispositivos, de fuerzas a los que este individuo que está formando está de antemano inserto. (ibid.: 28).

La sexualidad no tiene una sola función, cada etapa del ser humano tiene una particularidad, la cual va adaptándose a la realidad externa. Estas estructuras son parte del desarrollo sexual y la conducta sexual en los sujetos.

Las identidades son propias pero se relacionan con colectividades que permiten al sujeto generar pertenencia y referencia, es decir, produce un simbolismo histórico. Por ello, Araujo (2008), plantea que un aspecto fundamental del feminismo de la segunda ola, ha sido su insistencia en que la sexualidad es nodular en la

comprensión de las relaciones entre los sexos y, por lo tanto, una vía privilegiada de ejercicio de la sujeción y dominio por parte de la cultura patriarcal. La sexualidad, en el caso de las teorías feministas radicales, no fue considerada, sino el corazón mismo explicativo de la mujer y de las estrategias para mantenerla en esta posición. La sensibilidad respecto a la importancia de la sexualidad, en cuanto a práctica y ejercicio, es un carácter definido de estas posiciones.

La aparición pública de las lesbianas en el feminismo, tiende a renovar el discurso feminista sobre la recuperación de nuevos conceptos de sexualidad, como una práctica política que relacionan el poder con el placer, por lo tanto, una experiencia generadora y reestructuradora del sujeto mujer.

(...) las intuiciones primeras del feminismo han devenido en dos tipos de posiciones explicativas y políticas respecto al campo de las sexualidades y su abordaje. Esta bipartición vigente es posible rastrearla en las discusiones que se han dado desde hace ya algunas décadas. Las concepciones sobre las relaciones entre sexualidad y los modos de organización social de las relaciones entre hombres y mujeres se bifurcaron en dos líneas de pensamiento. La relación entre ambas posiciones apareció en forma de confrontación en torno a la interpretación de las sexualidades, en las

diferencias entre feministas heterosexuales y lesbianas, en la concepción del sexo como poder y el sexo como placer. (Ibíd.: 27).

Las mujeres lesbianas desplazadas en los procesos de contradicciones históricas permiten visualizar emergencia de nuevas alternativas, por ello, para Aldarte (2013), el lesbianismo, debido al sexismo siempre menos entendido y por ello también menos estudiado que la homosexualidad masculina; entendida como situación común a todas las mujeres en general, ha permitido a lo largo de la historia una censura social, por omisión. Tradicionalmente la homosexualidad femenina ha sido considerada y estudiada casi en procedentes de la experiencia o estudio de los hombres centrándose en aspectos como las formas de establecer las relaciones y de acceder a la sexualidad, en la expresión sexual y en la duración de las relaciones, resultando un acercamiento como una experiencia que se diferenciaba poco de los modelos masculinos. Las relaciones femeninas han destacado la fuerza y la consistencia de los lazos existentes entre mujeres, en quienes la relación sexual puede o no hacer desempeñado un papel importante, lo cual les aleja bastante de los modelos definidos por los gays.

Por consiguiente:

La identidad lesbiana específica surgió más tarde que la masculina; el desarrollo subcultural ha sido más lento y las propias formas de relacionarse son diferentes. (ibid.: s/p).

Las creencias religiosas dominaron el comportamiento sexual, reduciéndolo al proceso de reproducción. Con el surgimiento de la familia patriarcal se da una serie de dualidades en lo sexual. Podemos encontrar en el plano social la aparición de la esfera privada restringida al ámbito de la mujer; la reproducción, la educación y en los hombres; la pública. Cabe agregar una doble moral establecida que se basaba en la permisividad para los varones y la represión para la mujer, a la cual se le exige virginidad y fidelidad al marido sin importar su propio placer. También, una doble imagen de la mujer dependiendo de las necesidades y exigencias sociales, catalogada como la mujer “buena”, la que está en la casa, la madre, la virgen, y la mujer “mala” es la mujer pública dedicada al placer. Finalmente, la sexualidad con un doble significado; lo reproductivo ligado y aceptado para el matrimonio y la familia o el placer para el hombre pero que va a devaluar su moral. (Op.cit.:118).

La base común de la delimitación de lo sexual es la reproducción. A partir de este criterio se clasifica a los individuos de acuerdo con estas características (particularmente las genitales: vulva-vagina y pene-testículos) en sexo femenino y sexo masculino. Se considera también, que el sexo implica una serie de atributos sociales, económicos, jurídicos y políticos. Se suponen de etiología sexual formas de comportamiento, actitudes, sensaciones, percepciones, capacidad intelectual, afectos, fuerza física, preferencias, usos y prácticas eróticas, etcétera. Se incluyen en las cualidades sexuales: el trabajo, el espacio de vida, la moral y hasta el horario. (Op.cit.: s/p).

El lesbianismo, frente a la moral, las barreras religiosas, las creencias propias de cada época, ha intentado borrar la memoria colectiva sobre la orientación sexual que han recibido tratamientos a lo largo del tiempo.

A finales del siglo XV aparecen en Europa las *enfermedades* de transmisión sexual, que fueron consideradas como un castigo celestial. Durante XVIII Y XIX o época victoriana, conductas sexuales como la masturbación eran consideradas inapropiadas". Considerando el puritanismo de este periodo, aparece el trabajo de

Richard Krafft¹, que describe diferentes tipos de comportamiento sexual etiquetándolos como patológicos y surgiendo así el término de desviación sexual, es decir, cualquier acto sexual que no tuviera por finalidad la reproducción será considerado como “sexualidad anormal”. Por consiguiente, es aquí donde la mujer debía soportar el sexo sin placer, donde aparecen mitos como la culpa y el miedo. (Op.cit.:s/p).

El intento por normalizar la patologización en mujeres que se relaciona afectiva y sexualmente con mujeres, permitió a las lesbianas generar estrategias de sobrevivencia y rupturas en la cultura hegemónica que perpetua el contexto.

El tratamiento científico del sexo, a través de la sexología, ha dejado una huella en nuestras actitudes y pensamiento sobre el sexo que manejamos en la actualidad, estableciendo una manía clasificatoria. El lesbianismo es un ejemplo de esta categorización clínica de las sexualidades denominadas perversas y el concepto de lesbiana masculinizada, ya que a lo largo del siglo XIX, hubo algunas mujeres que se ajustaron al modelo que más tarde daría la sexología, llegando a vestir incluso con ropas de hombre, y amaron a otras mujeres. Sin embargo, todo ello no pareció influir en la aceptación social del amor de las mujeres por las personas del mismo

¹Médico-Psiquiatra. Fundador de la Sexología moderna. (1840-1902).

sexo. No se vieron a sí mismas diferentes a otras mujeres, no tenían conciencia de diferencia. La palabra lesbiana se concibió después del siglo XIX. (Op.cit.: 2013).

Situando a las lesbianas en una perspectiva histórica y dentro del contexto de salud en general, es a partir del siglo XIX que comienza a conformarse un discurso biomédico y psicoanalítico caracterizado por la patologización, a raíz de lo cual se concibió el deseo homoerótico entre mujeres como una enfermedad mental y perversión sexual. (Briones y Valdés, 2014 en BaptisteBlin, Navarrete, Reyes, Robledo, Salamanca y Teplizky, 2015). Por otro lado, Franquet (2016), añade que desde el psicoanálisis es posible encontrar una apreciación sobre la identidad lésbica a través de Freud, como la interpretación y respuesta de la homosexualidad femenina como una simple simetría de la homosexualidad masculina y una prueba de “inmadurez” en el desarrollo psicosexual de las mujeres.

El lesbianismo como herramienta sexo-política, ya que, no solo es una práctica amorosa o erótica, sino que, es una postura política, un nuevo paradigma para entender la sexualidad femenina y sus reivindicaciones, es por esto que, para Flómeta (2013) El lesbianismo se ha hecho presente desde tiempos antiguos. El feminismo lésbico se caracteriza por su revisión y el debate intentando desnaturalizar la heterosexualidad y plantear hipótesis sobre las raíces en instituciones como el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo.

En diferentes culturas y épocas han existido mujeres que se relacionan sexual, amorosa o afectivamente con mujeres. Se encuentra una larga lista que dan su testimonio personal, desde SAPHO, la antigua isla de LESBOS hasta la afroamericana LORDE. Sin embargo, cada sociedad construye e interpreta estas prácticas sexuales y amorosas entre mujeres de forma diferentes y su visibilidad y legitimidad varían según la concepción que cada sociedad tiene de lo que es ser mujer. (Ibid.: 17).

Si bien el lesbianismo como se entiende hoy, sólo se refleja en el siglo XX, Safo marca una historia de más de dos milenios de amor entre mujeres. (Op.cit.:2013).

El espacio público en constante tensión, permite visualizar el proceso de las lesbianas y la coexistencia materializada, en efecto, es poco lo que se dice de ellas, lo que se nombra y reconoce de su presencia en la historia. Para Scaniello (2014), recién en el siglo XVIII es que las relaciones sexo-afectivas entre mujeres comienzan a denominarse como lesbianismo. Con la publicación de la controvertida obra “Las flores del mal” de Baudelaire en 1987 que se introduce en la Literatura el

término Lesbiana, una obra cargada de condena moral y, censura de la sociedad de la época.

Contemplando diversas aristas sobre la existencia lesbiana es que algunas teóricas lesbianas feministas, establece que sobre la etiqueta de la palabra lesbiana ha existido la intención de estigmatizar y menoscabar el poder y la autonomía de las mujeres. La lesbiana ha sido la figura de la transgresión al rol sexual otorgado a las mujeres, razón por la cual Wittig plantea que las lesbianas no son mujeres”, ya que, sale del mandato que propone el patriarcado, según Gimeno (2003).

Por otro lado, se contempla las subjetividades lésbicas que permiten históricamente resistir y plantear nuevas formas a la vida cotidiana de las mujeres lesbianas y la discriminación que se produce por orientación sexual.

Históricamente, Las lesbianas como categoría social, no contemplan un grupo mayoritario que ejerza poder hegemónico, ya que “ A partir de los años 70” surgen las voces colectivas, caracterizando a las mujeres oprimidas y además, pertenecer a las otra étnica, orientación sexual distinta a la heterosexual que se presenta como la regla, la subordinación que las afectaban, dando lugar a que colectivos visibilicen la lesbofobia. (Op.cit.2014).

La celebre escritora Simone de Beauvoir, expone en su libro “ El segundo sexo” (1949), en referencia al lesbianismo como, “ No es una perversión deliberada ni una atracción fatal. Es una actitud elegida en situación, es decir, a la vez motivada y libremente adoptada. Ninguno de los factores que el sujeto asume con esta elección- datos fisiológicos, historia psicológica, circunstancias sociales- es determinante, aunque todos contribuyen a explicarla. Para la mujer ésa es una manera de explicar su condición en general y su situación erótica” (Beauvoir, 2011: 345). En definitiva la autora minimiza la determinación biológica y resalta la importancia cultural y social en como entendemos ser mujer.

La politización de la identidad lésbica plantea la necesidad de construir horizontes en común de como entendemos las sexualidades lésbicas más allá de una experiencia personal, sino que “perciban la profundidad y la identificación como mujeres y la vinculación entre mujeres que han recorrido como un tema continuo”. (Rich, 1980: 15).

Para Vespucci (2015), el lesbianismo como una entidad sexual politizada, mediante la apuesta por comunicar experiencias sexo- afectivas entre mujeres genera autoconciencia y visibilización entre mujeres lesbianas, ya que, en su

investigación plantea que la homosexualidad masculina durante el siglo XX es la de persecución y clandestinidad, la historia del lesbianismo es la de su invisibilidad y su efecto de inexistencia. Correlativamente, si los homosexuales masculinos sufrieron la persecución policial hasta la entrada de los ochenta, las lesbianas sufrieron la violencia simbólica de no existir socialmente. Solo a partir del surgimiento de organizaciones sociales destinadas a afirmar y visibilizar específicamente las relaciones sexo-efectivas entre mujeres, en el avance del feminismo y del movimiento de mujeres.

Correlacionar el lesbianismo a los movimientos feministas permite rescatar la riqueza organizativa y generar nuevos campos de reflexión en torno a los contextos históricos y fenómenos sociales. Es por esto que, Butler (1999), expone a través de su obra "El género en disputa", la noción que el lesbianismo está en constante interrelación con el feminismo, ya que:

La práctica Lésbica materializa la teoría feminista y establece una relación más problemática entre los dos términos. En este escrito, el lesbianismo no supone un regreso a lo que es más importante acerca de ser mujer; tampoco consagra la femineidad ni muestra un mundo ginocéntrico. El lesbianismo no es la realización erótica de una serie de creencias políticas (la sexualidad y la creencia están relacionadas de una forma mucho más compleja y con

frecuencia no coinciden). Por el contrario, el texto plantea cómo las prácticas sexuales no normativas cuestionan la estabilidad del género como categoría de análisis. (P.13).

Como fenómeno contemporáneo es el producto de la interacción de un producto de múltiples tradiciones y prácticas sociales, religiosas, económicas, familiares, políticas, médicas y jurídicas conteniendo categorías, conceptos y lenguajes; sobre “lo bueno”, “lo malo”, “lo normal” o anormal en una conducta, siendo el resultado de una construcción social, estableciendo polos de lo que denominamos la heterosexualidad y homosexualidad, y en medio la bisexualidad, señala Platero, Fernández (S/F).

Es por ello que:

En el imaginario popular el amor entre mujeres, más que nunca a lo largo de la historia, empieza a asociarse con la enfermedad, la demencia y la tragedia. Cuando el lesbianismo se considera patológico muchas mujeres lesbianas se patologizan a sí mismas sufriendo una falta de identidad, entrando en conflicto con el propio ser femenino y asumiendo formas de relación y valores sexuales masculinos. En la literatura del siglo XX escrita por lesbianas o que

narra historias con protagonistas lesbianas, es frecuente encontrarse con personajes torturados, infelices y que a menudo fantasean con el suicidio. Fiel reflejo de lo que en “los felices años 20 “ se vivía. Frente a este modelo sexológico y a siglos de negación católica del lesbianismo han tenido las lesbianas del siglo XX que construir su identidad y encontrarse a gusto consigo mismas. (Op.cit.s/p).

Lesbianismo, Derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos humanos tienen una larga historia, dotando de contenido ciertos derechos naturales y sociales a través de la protección efectiva, por ello van adquiriendo un reconocimiento en la esfera pública. Los derechos humanos reconocen y promueven los derechos de las mujeres. Los derechos sexuales son parte de los derechos humanos, los cuales pretenden posicionar y visibilizar necesidades de las mujeres, por consiguiente, la materialización del contenido y alcance de estos derechos.

Según Morales (s/f), los derechos sexuales y reproductivos entendidos como derechos fundamentales, pretenden alcanzar el desarrollo pleno y facilitación del diseño e instrumentación de estrategias específicas para lograr su protección real por parte del derecho. La noción de derechos sexuales cuenta con un incipiente pero sólido progreso en la legitimación, consecuencias de las luchas históricas de movimientos políticos sociales, como el feminismo y los grupos Gay's y lésbicos, y de diversos fenómenos sociales, los cuales ha realizado diversas actividades de denuncia política, motivadas por las violaciones que históricamente se han producido en contra de estos grupos, así como el intento permanente de dotarlos de un reconocimiento institucionalizado, se ha permeado la conciencia social en cuanto a la importancia de su promoción y respeto.

La perspectiva de género que permea los derechos humanos, es revisado desde dos aristas analíticas que plantea Rodríguez (s/f), para comprender y eliminar las brechas que conllevan a las desigualdades sociales y la concepción establecida entre hombres, mujeres y especificidades femeninas.

La dicotomía público- privado, es el justificativo para mantener y reforzar ámbitos diferenciados de acción, participación y valoración de hombres y mujeres, que ahondan las brechas de género en el trabajo y empleo, ingresos, educación, salud, participación política. (...) La igualdad entre hombres y mujeres en un mundo signado por las relaciones asimétricas de poder originadas en las diferencias sexuales, plantea la necesidad de reconocer las desigualdades sociales originadas en las diferencias sexuales. (...) la igualdad es más bien una aspiración ante que una realidad. Junto al derecho de igualdad está el principio de equidad, entendido como la exigencia de justicia y reconocimiento de la diferencia, es decir, que se trate a cada quien de acuerdo a sus particulares circunstancias y necesidades. (P.4-5).

Respecto a los planteamientos anteriores, es que el principio de equidad aplicado a los derechos sexuales y reproductivos, tendrá que partir reconociendo que son las mujeres, por sus diferencias biológicas y los roles sociales asignados en su función

reproductora, deban decidir en última instancia sobre su sexualidad y reproducción, y quienes debido a esas funciones, tienen necesidades específicas en salud sexual y reproductiva. (ibid.:s/f).

Esta nueva lectura sobre los derechos humanos permite que se promuevan los derechos de las mujeres, avanzando en la equidad, derribando la dicotomía pública-privada, donde los esfuerzos por mantener y comprometer acciones estatales en la adopción de políticas públicas que se responsabilizan del ejercicio de estos derechos a través de entornos democráticos que constituyan y promuevan elementos significativos frente a las desigualdades y promoción de la inclusión para la transformación social.

El reclamo por los derechos sexuales o reproductivos articula para la sociedad civil, y en concreto para las feministas, la exigencia a los estados de respetar y hacer pensar la autonomía personal de la sexualidad. (Guezmes, s/f: 1).

Existen diversos tratados, convenciones, declaraciones y documentos internacionales que reconocen estos derechos, como libertades básicas de todas las personas sin importar el sexo u otra condición. En estrecha relación con la legislación internacional de derechos humanos, orientación sexual e identidad de

género, los principios de Yogyakarta (2006), exponen que los principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no debe haber motivo alguno para la discriminación o abuso. Son muchos los estados que en la actualidad tienen leyes y constituciones que garantizan los derechos de igualdad y no discriminación sin distinción de sexo, orientación sexual o identidad de género, sin embargo, las violaciones a los derechos humanos en la orientación sexual o identidad de género reales o percibidas de las personas constituyen un patrón global y arraigado que es motivo de seria preocupación. Muchos estados y sociedades imponen a las personas normas relativas a orientación sexual o identidad de género, que procuran controlar cómo las personas viven sus relaciones personales y cómo se definen a sí mismas. La vigilancia en torno a la sexualidad continúa siendo una de las fuerzas principales que sustentan la perpetuación de la violencia basada en el género y de la desigualdad entre los géneros. Algunos de los principales mecanismos de derechos humanos de Naciones Unidas han afirmado la obligación estatal de garantizar protección efectiva para todas las personas frente a la discriminación basada en la orientación sexual o identidad de género. Sin embargo, la respuesta internacional a las violaciones a los derechos humanos ha sido fragmentada e inconsciente. Para progresar en esta temática, es crucial recopilar y clarificar las obligaciones de los estados bajo la legislación internacional vigente en materia de Derechos humanos

en cuanto a promover y proteger todos los derechos de las personas y sin discriminación alguna. Es así como los principios de Yogyakarta 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 de los estados en cuanto a la implementación de los derechos humanos. (p.6-7).

Los estados que adhieren a tales planteamientos deben incorporar en sus lineamientos de agenda público dichos postulados y/o enfoques que pretenden superar la condición subyugada de personas que sean discriminadas o desplazadas solo por su condición sexual o identidad de género.

En la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y la Conferencia Internacional de la mujer de Beijing (1995) se planteó el debate de considerar como parte de los DDHH a los derechos sexuales y reproductivos. Desde esta base es que los estados deben introducir todas las medidas apropiadas para asegurar-en condiciones de igualdad-el servicio universal de atención médica, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. (Op.cit.: 9-14).

Por otro lado, La convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Belem Do Pará”, ratificada en 1995 en Chile reconoce el

respeto irrestricto de los Derechos Humanos, afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. La convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, contribuye a proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas. (p.1).

Son diversos los componentes que configuran la noción de derechos sexuales y reproductivos, siendo estos basados en los derechos humanos, deben velar por la no-discriminación y hacer visible el derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona sea cual sea su orientación sexual. Con esto, el grado máximo alcanzable en salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva-componente esencial de las experiencias sexuales, satisfactorias y seguras.

Según la Asociación Mundial de la salud (WAS, 2014), un de los derechos sexuales a considerar es el derecho a los adelantos científicos y beneficios que de ellos resulten, como también, derechos a la información, derecho a la integridad de la sexualidad y derecho a decidir tener hijos y los medios para lograrlo

En relación a la sexualidad, lesbianismo y promoción de los derechos sexuales y reproductivos y, específicamente la atención en salud constituyen un derecho humano irrenunciable, al proporcionarnos una oportunidad para lograr nuestros

objetivos vitales, siendo exigibles como una cuestión de justicia, que involucra a los ciudadanos y al estado.

Salud sexual, reproductiva y lesbianismo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) la salud sexual es un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

A su vez, la organización mundial de la salud (2006) expone que, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin

riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Reconocer las necesidades diferenciadas en razón de la orientación sexual y características específicas de grupos determinados, como lo es el lesbianismo, comprende como la salud sexual y reproductiva está presente y la cobertura que el sistema de salud público brinda.

Por ello, según la Organización Mundial de Organizaciones de Lesbianas, Gays, Bisexuales y transgéneros (ILSA) (2006) “hay desinformación sobre la salud de las mujeres, en especial sobre la salud de las mujeres que tienen sexo con otras mujeres. Desde esta premisa se considera que es aún complicado el panorama para las mujeres lesbianas pues no hay una red institucional derivada de una política pública que las acoja y blinde de la opresión que conlleva.

La salud sexual y reproductiva contiene componentes de la sexualidad y la reproducción enmarcadas en un marco ético de los derechos humanos, es decir, son inseparables.

Las lesbianas constituyen una población con necesidades y demandas específicas en salud que a menudo son invisibilizadas, lo cual genera una inminente insatisfacción. Considerando que presentan las mismas etapas de desarrollo,

necesidades de apoyo, de aceptación y validación, deben enfrentar desafíos adicionales, pues su proceso de auto reconocimiento, expresión y divulgación lleva consigo el estigma social, los prejuicios, el odio, la discriminación que se relacionan directamente con su orientación sexual, lo cual genera impactos sociales e individuales, que pueden llevar a conductas de riesgo². Es por esto que muchas lesbianas al momento de dirigirse al sistema público de salud no declaran su orientación sexual -no heterosexual- por miedo a ser excluidas o aisladas, lo que afecta directamente la calidad de la atención médica, lo cual es explicitado por Montero y Niño (2016).

La salud pública, según Guzmán (2018) son acciones institucionales que garantizan el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, a una población concreta, pues lo público involucra a los servicios que están mayoritariamente al alcance de los ciudadanos y las ciudadanas relacionando la acción gubernamental, es decir, la estructura pública es la que materializa la salud sexual y reproductiva.

² Actividad sexual no protegida, contacto de fluidos durante la relación sexual sin protección, abuso de sustancias, intensificación de estrés, riesgos de suicidio.

Considerar la salud pública, las políticas y programas que emanan y permean el sistema y consideran la salud sexual y reproductiva debe considerar según la Organización Panamericana de la Salud (2007):

Las políticas públicas de salud son importantes porque afectan directa e indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. (p.315).

La necesidad de plantear políticas, programas y acciones en salud sexual y reproductiva deben avanzar en ambas de igual manera, de manera de hacer visible el contexto correlacional que se expresa. El fortalecimiento y promoción del concepto permite una contribución para el logro de una salud sexual y reproductiva saludable.

Un sistema de salud, en conjunto con la política pública, sus planes y programas que se materializan en las organizaciones, instituciones y sus respectivos recursos, tienen el deber de mejorar la salud de una población. Según la OMS, “un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transporte y

comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias”.

Dadas las condiciones que anteceden, la Organización Panamericana de la Salud (2007) declara que el desafío principal que enfrentan los países de América Latina y el Caribe en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección universal de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables de la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y contribuya con el financiamiento del sistema según sus necesidades”.

Por consiguiente, Scaniello (2014) manifiesta que:

Las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR), tienen el deber de considerar a todas las mujeres para definir sus acciones, las formas de acceso a servicios y reconocer sus demandas. Si bien son acciones esperadas de la salud desde las políticas de salud, se encuentra que existe una escasa visibilidad de la población de mujeres en el sistema sanitario; se presentan dificultades para considerar otra orientación sexual que no sea la

heterosexual en la consulta ginecológica y se desconocen los cuidados y necesidades específicas que pueden afectar esta población. (p.2).

Una política de Salud puede ser ciega o consciente del género, es decir, cualquiera sea esta política va a producir efectos en las relaciones entre las personas, y en el caso de algunas mujeres ha provocado efectos que podrían entenderse como nocivos. Si se pretende transformar a través de las políticas públicas, es estratégico incorporar una perspectiva de género que sea útil, que posibilite las condiciones para el ejercicio de la ciudadanía y visibilice el aporte de las mujeres en su construcción, diseño y monitoreo, por consiguiente, conocer la atención de las enfermedades contagiosas y no contagiosas que actualmente las lesbianas padecen es fundamental para identificar los obstáculos y facilitadores con el fin de mejorar la atención según las necesidades específicas que se encuentren en esta población. (op.cit.:2)

La reproducción y maternidades para Espinosa (2007) se refiere a que en muy diferentes culturas y épocas han existido mujeres que se relacionan sexual, amorosa y efectivamente con otras mujeres. (...) en este sentido, la existencia de mujeres lesbianas constituye de facto una ruptura con el modelo hegemónico y *natural* de las relaciones entre mujeres y hombres y cuestiona la supuesta naturalidad con la que se fundamenta la hegemonía heterosexista. Hablar de

reproducción y maternidad en mujeres lesbianas relaciona, el placer y la reproducción y, por otro lado, la visión cultural de que el deseo y la maternidad sean ejercidas por mujeres lesbianas, aspectos que salen del modelo cultural también se ven afectadas pues lo normado establece ciertos factores familiares y biológicos.

La maternidad lésbica es un fenómeno que se ha estudiado poco. Ésta se reconoce como resultado de por lo menos tres condiciones: la crianza en común de descendientes provenientes de matrimonio heterosexual previo, inseminación artificial y relaciones heterosexuales ocasionales (con la finalidad de buscar un embarazo o producto del deseo sexual provocado por estas relaciones). Sin mencionar los procesos de crianza que muchas parejas comparten de una o un sobrino o nieto, o incluso de una o un hermano. Para la mayoría de las lesbianas, el asumir la maternidad es resultado de un largo y complejo proceso de decisión, distante de la concepción heterosexual naturalizada producto de las relaciones coitales frecuentes, las motivaciones de esta decisión merecerían una reflexión que nos distancie también de la alegoría de la maternidad como el vínculo para ser mujer completa o cumplir por lo menos con parte del mandato de la función primordial del ser mujer, a través de ser madre y alcanzar así cierto reconocimiento social. (Ibid.: 2007)

En relación a las mujeres lesbianas y a la salud pública, destacamos que los procedimientos institucionales que deberían estar insertos en los objetivos en materia de salud, según Venegas (2013), serían, implementar estrategias que promuevan la no discriminación en la prestación de servicios, promover la difusión de conocimientos sobre sexualidad al personal de salud y distribuir información escrita dirigida a la población lesbiana y bisexual. La autora propone estos lineamientos en base a la falta de información histórica en relación a las lesbianas y a su salud sexual y reproductiva.

El acceso a la información, la expresión de la sexualidad en todas sus dimensiones, sin temor, y la no discriminación son aspectos fundamentales para el desarrollo de las mujeres lesbianas. En referencia a lo anterior es que estos cambios socioculturales deben ir acompañados de una política pública de salud sexual y reproductiva que fomente y potencie la educación sexual y no castigue sistemáticamente a las mujeres lesbianas por su orientación sexual. (Op.cit.:2016), refiere que a nivel nacional existe escasa literatura que aborde la percepción de las barreras institucionales y el ejercicio profesional en cuanto a la población LGTB. La sensibilización y capacitación del personal de salud son elementos fundamentales si entendemos que las políticas públicas de salud deben garantizar la inclusión de todas las personas independiente de su orientación sexual.

La falta de información respecto a los profesionales respecto al tema, la atención de la enfermedad, la consulta ginecológica esta afirmada bajo conceptos heterosexuales y el control de la maternidad, desconociendo de fondo las prácticas sexuales, sus riesgos y prevención. “Sin lugar a dudas, la vacilación del profesional para preguntar directamente sobre la orientación sexual y conductas sexuales o el asumir la heterosexualidad, constituye una barrera significativa” (Op.cit.: 2016).

CAPITULO III

Análisis de los resultados

El presente capítulo esboza el análisis desarrollado a partir de la información obtenida a través de las entrevistas semiestructuradas que fueron aplicadas a mujeres que se declaran abiertamente lesbianas, sobre las apreciaciones que tiene sobre su salud sexual y reproductiva en el sistema público de Chile. La categorización permite estructurar la mirada de los y los profesionales del área matronil que fueron entrevistados sobre la temática de salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas en el sistema público de Chile.

Percepción de mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva

La dimensión cognitiva nos permite descubrir el conocimiento y razonamiento que tienen incorporados las mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva. La dimensión cultural nos devela los valores y creencias que están arraigados en las mujeres lesbianas que fueron entrevistadas. Finalmente, la dimensión sensorial nos permite conocer la alta afectividad- mediana afectividad- baja afectividad presentes en las mujeres que se declararon abiertamente lesbianas, las cuales accedieron a la aplicación del instrumento.

Proceso Cognitivo

Conocimiento y razonamiento de mujeres lesbianas

La desinformación existente en las mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva ha provocado que dentro de esta comunidad no se refleje la responsabilidad de asistir periódicamente a controles matroniles, ya que, las prácticas sexuales no tienen riesgo de embarazo y se presenta un bajo nivel de conciencia sobre las ITS entre mujeres que se relacionan con una persona del mismo sexo.

Respecto a ello, la entrevistada EL8 señaló:

EL8: "No, porque no necesito métodos anticonceptivos y además que tengo buena salud como en mi zona genital y nunca he tenido ningún cuadro extraño por el que necesite asistir más".

La entrevistada señala que para ella no es necesario la asistencia periódica a controles matroniles. Por lo tanto, se puede inferir que la información que recibió sobre educación sexual no fue significativa en relación a la configuración de su orientación sexual, así como para el libre ejercicio de sus prácticas sexuales, ya que, el conocimiento que se sociabiliza desde la familia y otros espacios formales e informales del cuidado de la salud están dirigidos desde una perspectiva heterosexual.

Así mismo, se puede destacar que EL8 considera que al ser homosexual no tiene riesgos de contraer alguna infección de transmisión sexual porque no mantiene relaciones penetrativas y un posible embarazo.

Por otra parte, es importante destacar que la concepción que tiene la entrevistada sobre la consulta matronil está relacionada con la reproducción y maternidad, por lo que es una realidad ajena a su experiencia como lesbiana.

En relación con lo señalado anteriormente, es relevante para el presente estudio conocer si las mujeres conocen las ITS que se pueden contraer manteniendo sexo lésbico. Es por ello que la entrevistada EL5 mencionó lo siguiente:

EL5: "O sea, he escuchado, pero no tan a profundo el tema. Pero...obviamente es importante, estoy consciente de que se pueden transmitir enfermedades sexuales, pero con mujeres no estoy como tan informada. Se centran sólo en las personas heteros"

Respecto a lo que menciona la entrevistada se puede inferir que existe desconocimiento sobre la salud sexual lésbica, puesto que, es difícil a acceder a información específicamente relacionada a mujeres homosexuales. Esta invisibilización que existe sobre las prácticas sexuales entre mujeres ha hecho que ellas no sean conscientes de que están vulnerando sus derechos sexuales y

reproductivos, y que son una población de riesgo de contagio de ITS igual que las mujeres heterosexuales.

La selectividad en la entrega de información sobre temáticas relacionadas con la sexualidad de las personas, ha hecho que las mujeres lesbianas sigan siendo oprimidas y discriminadas desde la institucionalidad, en este caso por el servicio de salud público que no da respuestas a las necesidades de mujeres homosexuales.

En lo que se refiere a ITS, es importante indagar en los métodos de prevención que las mujeres lesbianas conocen para cuidar su salud sexual, ya que el uso de preservativos de cualquier tipo ayudaría a la disminución del riesgo de contagios venéreos.

No obstante, las mujeres lesbianas en algunos casos consideran que estos métodos preventivos se relacionan única y exclusivamente con la anticoncepción ligada a parejas heterosexuales. Es por ello, que la entrevistada EL6 mencionó que:

EL6: “El condón femenino una vez me lo dieron en el parque Bustamante. También, está el guante de látex, jamás lo he utilizado porque siempre he tenido pareja estable. Entonces me fío también de eso”

Respecto a lo señalado por la entrevistada EL6 se puede apreciar que existe una carencia de acuerdo al conocimiento de los métodos preventivos, por lo que no problematiza el nivel de riesgo al cual está expuesta por el no uso de ellos.

La escasez de información sobre la sexualidad lésbica ha provocado que surjan mitos sobre las prácticas sexuales que mantienen. Esto se debe a la dicotomización del cuerpo impuesta por el sistema patriarcal, la cual desde la perspectiva de las mujeres homosexuales la salud sexual se relaciona directamente con la reproducción y maternidad heterosexual, por esta razón no hay una internalización del cuidado que debe existir en sus relaciones sexuales.

Seguidamente, de acuerdo a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres lesbianas en el sistema de salud público, es que pregunta sobre la existencia de un protocolo de atención específico que permita dirigir la consulta matronil exclusivamente a temáticas lésbicas. En lo que respecta a ello, las entrevistadas destacaron lo siguiente:

E1: "No, yo creo que más que específico debería ser integral e inclusivo. No siento que la segregación sea la respuesta. El personal de salud tiene que partir la entrevista no asumiendo la heterosexualidad de la consultante, eso es lo primero y porque finalmente lo que le interesa al personal de la salud debe ser las prácticas sexuales y no específicamente la forma, porque lo que estamos hablando acá es de las prácticas de riesgos y creo que por ahí debe ir el tema. Por eso hablo de la capacitación constante"

EL6: “No, porque... es que porque separamos po’ ¿cachay?, no me parece en nada. Yo encuentro que no hay que separamos, en salud, en nada. Que sea más integral para todas las mujeres”

En base a los relatos de las entrevistadas que participaron en la investigación EL1 y EL6 se puede desprender que las mujeres lesbianas no se sienten diferentes a las mujeres heterosexuales, tampoco están buscando que sean atendidas de manera especial. Más bien, destacan que quieren respuestas concretas de acuerdo a las demandas que manifiestan como necesidad, como sujetas de derecho que están siendo discriminadas de manera simbólica por la opresión y represión que el sistema ejerce por ser homosexuales y no reproductoras del sistema hetero centrista.

Se puede inferir que las mujeres lesbianas proponen que la atención debe ser desde una visión integradora, inclusiva y transversal para todo tipo de mujeres, para que la apertura a la temática permita genera conciencia sobre como orientar y responder a las demandas relacionadas con la sexualidad de la mujer lesbiana.

Proceso Cultural

Valores y creencias de mujeres lesbianas

La configuración cultural de las mujeres lesbianas se construye por medio de la doctrina patriarcal. De esta manera, es importante dar cuenta que la discriminación

valórica a la que ellas enfrentan en el sistema de salud público se relaciona principalmente con el desconocimiento y prejuicios sobre la homosexualidad femenina lésbica.

De esto se desprende lo siguiente:

EL5: "Prejuicio, mucho prejuicio. Pero viene desde arriba, como te forman porque... igual va en uno. Yo siempre me tengo que informar más allá de lo que me están enseñando en las instituciones y yo creo que ellos como profesionales igual deberían buscar más allá de lo que te enseñan. Que obviamente, como te decía a ellos le enseñan lo que se ve normal. El lesbianismo mucha gente lo ve como una enfermedad y no le enseñan más allá del tema"

Según lo mencionado por la entrevistada EL5 se puede inferir que el prejuicio es la principal causa de discriminación en el sistema de salud público y se relaciona con la manera en que se instaura la heteronorma en la formación que reciben los profesionales en los años de estudios. La perspectiva binaria de cómo se debe conformar las relaciones afectivas, ha excluido de la norma a las mujeres lesbianas, ya que a ellos se les prepara para atender a usuarias heterosexuales, es decir, lo que para el sistema es considerado normal.

Por su parte el prejuicio no se relaciona exclusivamente con el área formativa de los profesionales, también es parte del adoctrinamiento valórico que culturalmente se

ha reproducido en la sociedad. La invisibilización de las relaciones entre mujeres deja entrever como se ha privado a la mujer en el goce de su sexualidad, porque las lesbianas rompen el esquema patriarcal porque no colaboran en la reproducción del sistema patriarcal.

Las mujeres lesbianas están conscientes que no son reconocidas ni consideradas en programas de salud pública y pese a ello, buscan que se les entreguen respuestas a los vacíos, dudas e inseguridades que existen sobre el cuidado de su sexualidad. Las barreras institucionales que ellas deben enfrentar para ser atendidas han generado que desistan de los controles matroniles porque se exponen completamente tanto con el personal administrativo, como con el profesional que las recibe en la consulta.

Es por ello que, dentro de las mujeres que participaron en esta investigación se puede desprender de los discursos de EL4 y EL6 lo siguiente:

EL4: "Que haya una educación para prevención de ITS para lesbianas, que haya profesionales capacitadas para atender nuestras necesidades, que haya más mujeres profesionales y en las otras funciones dentro del consultorio".

Respecto lo que señala la entrevistada EL4 se puede dar cuenta que sus necesidades como mujer lesbiana y sujeta de derecho, están ligadas a poder recibir información confiable sobre las diversas ITS que se pueden contraer

exclusivamente entre mujeres que mantienen sexo con mujeres porque no se les ha educado sobre el nivel de riesgo de sus prácticas sexuales.

Así mismo la entrevistada EL6 espera que el sistema de salud le brinde mayor información sobre su sexualidad y señala que:

EL6: "Bueno, está como demás decirlo, con todo este tema me da más a entender que falta información, flyers, ehh... o que sean más abiertos, te digan, te conversen, los pros y los contra, no sé lo que te está pasando, como pueden ayudar, lo que podí hacer, lo que podí tomar... o tal vez o simple informativo, el tema de los condones, repartirlos así como reparten el de los hombres".

Respecto a lo señalado, se puede inferir que el sistema público no realiza campañas de prevención de riesgos y promoción sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas. Esta problemática no forma parte de ningún programa, por lo que es fundamental que exista capacitación y sensibilización constante del personal, porque la estructura de la salud pública no considera en ninguno de sus lineamientos abordar este tema de manera efectiva.

Ambas entrevistadas concuerdan en que debe existir una mayor preocupación e interés por parte de los profesionales sobre las necesidades de la comunidad lésbica, enfatizan que existe una precarización en la información que reciben institucionalmente. EL4 y EL6 están conscientes de que el sistema de salud

promueve campañas dirigidas a mujeres y hombres heterosexuales, quienes son los entes reproductores de la sociedad.

Proceso Sensorial

Experiencia de mujeres lesbianas en atención matronil

La atención matronil se basa principalmente en la presunción de la heterosexualidad de la usuaria. Por lo que, develar la orientación sexual al profesional de salud requiere de un esfuerzo emocional y de aceptación personal para hacerlo, porque las mujeres lesbianas saben cuan invisibilizadas están sus prácticas sexuales homoafectivas.

La patriarcalización que existe en el sistema de salud se refleja en las preguntas de rutina hetero sexistas y no se ajusta a las experiencias sexuales lésbicas. La consulta matronil puede ser un espacio de visibilidad o invisibilidad para la usuaria, ya que está condicionado por la desigualdad y tensión entre el profesional y la mujer lesbiana.

Según lo develado por la entrevistada EL5 se puede desprender lo siguiente:

EL5: “La otra vez que fui, fue porque me salieron unos nódulos en las pechugas y tuvieron que operarme. Pero cuando asistí, no me preguntaron si era lesbiana o

hetero, al tiro me preguntaron: ¿Oye hace cuanto tuviste relaciones sexuales? Y le dije es que...no... no tengo relaciones con hombres, sólo con mujeres. Me dijo: ¿Ah tú eres lesbiana? Yo le dije sí y me dijo: Ah ya, pero de todas formas tienes que cuidarte por prevención, porque... como que... me dijo igual eres joven y te pueden empezar a gustar los hombres”.

Respecto al relato de la entrevistada se puede inferir que el profesional que la atendió considera que las relaciones de parejas lésbicas no son válidas porque no forman parte de la heteronormatividad y tampoco están dentro del estereotipo falocéntrico vinculado a lo penetrativo en la sexualidad. Claramente, EL5 fue discriminada por el profesional, ya que considera que las mujeres lesbianas no tienen sexo y por tanto no requieren de cuidados sexuales.

La consulta matronil debe ser un lugar ameno, donde la usuaria encuentre un vínculo de confianza para poder develar su orientación sexual y así, visibilizar sin miedo ni vergüenza que mantiene relaciones sexo afectivas con personas de su mismo sexo. Por otra parte, este esfuerzo subjetivo y emocional de querer reconocerse está cargado por el prejuicio de la discriminación institucional que puede recibir, debido a esto es que la entrevistada EL9 señala que:

EL9: “Si porque me pueden discriminar. En el sistema público igual discriminan harto y cuesta decirle a la persona que te atiende que no tienes una relación con un hombre, que tienes una relación con una mujer”.

Se puede inferir que la discriminación sobre la base de la orientación sexual es una barrera de acceso al servicio de salud y puede ser ejercida directa o indirectamente. En este caso, las mujeres lesbianas son excluidas indirectamente del sistema de salud porque la presunción de la heterosexualidad de las mujeres invisibiliza las prácticas sexuales llevadas a cabo por mujeres lesbianas. Sin embargo, la entrevistada EL9 ejerce una discriminación anticipada, es decir, presupone un rechazo y se auto discrimina debido al miedo que siente frente a la revelación de su homosexualidad, en este caso ella se auto excluye y genera un nivel alto de vergüenza personal.

Seguidamente, la discriminación se relaciona directamente con la vulneración de derechos a los que se enfrentan las mujeres lesbianas en el servicio de salud público. Si bien es cierto, no existe discriminación explícita, pero si está presente ante las dudas de las usuarias lesbianas el silencio del desconocimiento por parte del profesional, ya que no existe una capacitación real en el tema y por no contar la información certera para entregarle a las mujeres que exponen sus situaciones.

Es por ello, que una de las entrevistadas declara que si vivenció violencia institucional de manera directa por su orientación sexual por parte de la profesional que la atendió en la consulta matronil. Por lo que señala que:

EL7: "Si, recuerdo haber tenido alguna vez un encuentro con una matrona que trabaja en el Cesfam que me dijo que yo era enferma, yo me subí los calzones y me

fui. Fue incomodo porque ella tomó una postura de querer educarme y yo ya estaba educada, yo sólo quería un control preventivo nada más”.

En este caso es importante que los profesionales del área de salud puedan ampliar su conocimiento de acuerdo a temáticas relacionadas con diversidad sexual y derechos humanos, específicamente ejercer reconocimiento, tolerancia y respeto por las decisiones y orientaciones sexuales de las personas.

Por otra parte, de lo anterior se desprende que los profesionales hacen una especie de división de la mujer entre su cuerpo biológico y su sexualidad. De acuerdo a ello, se relaciona con que en la consulta matronil se atiende a un cuerpo heterosexual y no las necesidades reales de las mujeres lesbianas, ya que su orientación sexual queda invisibilizada.

Reproducción y maternidad lésbica

La reproducción y maternidad están ligadas como elementos de realización del ser mujer desde la perspectiva heteropatriarcales. La reproducción del ser humano depende de la procreación biológica que limita el desarrollo en mujeres lesbianas que deseen acceder a algún tratamiento de fertilización asistida.

Las mujeres lesbianas no son consideradas como entes reproductores del patriarcado. Por lo que, no son reconocidas en aspectos de salud reproductiva en el sistema de salud público de Chile.

Es por ello que las discursividades de las entrevistadas EL1 y EL3 son directas en destacar que no reconocen el deseo de ser madres, no sólo porque no quieran sino también porque el sistema no las valida como “nuevas maternidades”. De acuerdo a ello, EL1 menciona que:

EL1: “Yo, personalmente yo nunca, estoy ni ahí con la maternidad. Porque creo que es una forma de reproducción también del rol históricamente asignado a la mujer y tengo muchas tensiones con el tema de la maternidad (...)”

Para la entrevistada el ser madre no es parte de su identidad lésbica porque no quiere aportar al sistema que la oprime, discrimina y vulnera constantemente. Así mismo, se puede inferir que las tensiones que surgen respecto a esta temática se relaciona principalmente a la visión conservadora del modelo único de configuración de un matrimonio y/o familia heterosexual. Por otra parte, el dilema moral que existe entre ser lesbiana y madre genera ideas equívocas sobre la crianza de los niños.

De acuerdo a lo señalado, se puede inferir que ser madre en un sistema social y cultural hetero sexualizado y lesbofóbico no garantiza tal proceso, porque el sistema de salud no cuenta con una política de salud que realice cobertura de la fertilización

asistida, el cual es un proceso de alto costo que muchas mujeres no están de acuerdo o no pueden costear.

La maternidad lésbica se vincula principalmente al proceso de inseminación artificial y/o adopción. Sin embargo, la entrevistada menciona que el componente de clase limita el acceso de una parte de la población lésbica que desee tener un hijo biológico.

De acuerdo a ello, la entrevistada EL1 señala lo siguiente:

E1: "Sí, pero tiene un componente de clase hoy en día porque un intento de inseminación cuesta \$7.000.000 de pesos en la clínica más cara y \$4.000.000 en la clínica más barata, por lo tanto, si yo quisiera ser madre, mi cuerpo biológico me lo permite. Aparte las técnicas de reproducción asistida tienen todo el tema del lucro y no estoy de acuerdo mucho con eso (...)"

En referencia al relato, se puede inferir que todas las mujeres tienen derecho a ser madres y a no serlo. Sin embargo, el proceso de inseminación artificial no es una solución accesible para todas las mujeres lesbianas que desean ser madres, es decir, existe desigualdad entre la misma comunidad de mujeres homosexuales porque sólo las mujeres que posean recursos económicos podrán realizar este proceso de alto costo. Por otra parte, en Chile no se subvenciona este proceso por

lo que se transforma en una barrera que limita mayormente el acceso a las mujeres lesbianas de estratos socioeconómicos más bajos.

Siguiendo la misma lógica, la entrevistada EL3 señala que su primera opción para ser madre sería la adopción, ya que considera que lo siguiente:

EL3: "Ehhh... es primero la adopción y después la inseminación, por un tema de responsabilidad social y por ecología también, siento que... hay muchos niños, mucha gente que se reproduce y no los quiere tener y los deja en un sistema de adopción y... es mucho más válido por darle la oportunidad de poder reinsertar a un niño, que uno sabe que va a ser institucionalizado al hecho de pasar de todo el proceso engorroso desde lo económico, de todo el proceso de inseminación".

La concepción de ser madre biológica forma parte de la representación cultural y social que la doctrina de la patriarcalización ha instaurado en el inconsciente colectivo de las personas reproductoras de la evolución del sistema. A pesar de que la adopción es una opción para cumplir el deseo maternal, es importante destacar que en Chile el derecho de filiación no está considerado en ámbitos legislativos, es decir, que las mujeres lesbianas no pueden ser madres legalmente.

El sistema imperante superpone el conservadurismo y moralismo como mecanismos de resistencia y rechazo sobre la crianza de madres lesbianas,

consideran que los niños serán homosexuales o tendrán trastornos psicológicos a largo plazo.

De acuerdo con los razonamientos que se han desarrollado en la presente investigación, es que la crianza de mujeres lesbianas se vive en silencio y en ocultamiento por la connotación social que tiene la configuración de una familia poco convencional y no reconocida por el estado.

En los marcos de las observaciones anteriores, se puede destacar que la entrevistada EL1 tiene una reflexión problematizadora sobre la crianza lésbica, ya que dice:

EL1: “Totalmente, porque hay todo un sistema de aparataje social, cultural, de protección de derechos que no tenemos. Un niño que nace de dos madres no puede ser inscrito por ambas por lo tanto son los nuevos hijos ilegítimos, se quedan con toda la desprotección de solo es madre la que pare. Entonces el estado chileno no está reconociendo a estas nuevas familias que si existen (...)”.

En el año 2015 se promulgó la Ley de Acuerdo de Unión civil, la cual regula única y exclusivamente efectos económicos y jurídicos entre parejas del mismo sexo. Sin embargo, si la pareja decide tener un hijo este sólo podrá ser reconocido por la madre biológica y no la madre de crianza. Por medio de esta situación hetero

centrista se vulneran los derechos del niño o niña, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres lesbianas.

El estado no reconoce que las familias lesbomaternales son parte de la realidad social contemporánea, merecen ejercer los mismos privilegios de las personas heterosexuales. En relación a ello, es que la entrevistada EL5 señala que la crianza que podría entregarle a un hijo no se condice con la orientación sexual debido a que:

EL5: "(...) Uno tiene que ser mente abierta y tienes que enseñarle las cosas como son. Seguiría siendo una mamá normal absolutamente, encuentro que la sexualidad no tiene nada que ver con la crianza que uno les da a los hijos".

En este caso, es importante que exista un refuerzo mayor en la crianza de los niños porque la discriminación surge principalmente por parte de las instituciones patriarcales como el estado, la iglesia, los sistemas educativos y de salud, que cuestionan las nuevas formas de planificación familiar donde la figura paterna no es indispensable para tener una crianza responsable.

Ante la situación planteada se debe mencionar que la configuración de familias lesbomaternales rompen los esquemas de las familias tradicionales y normativas, ya que son causadas por las transformaciones, cambios sociales, económicos y

culturales que permiten las formas de hacer familias se diversifiquen y construyan nuevas configuraciones familiares.

Para concluir, se analizaron cuáles son los factores que influyen en la invisibilización de la temática desarrollada en la presente investigación y una de las entrevistadas señaló que:

EL3: "la invisibilización po' ¿cachay?... la invisibilización y el... moralismo qué hay (...), el conservadurismo, la mala administración de las platas en Chile, de los fondos y que... las mujeres y en especial las mujeres lesbianas somos miradas como... no somos negocio pal estado ¿cachay? No somos seres reproductivos, entonces obvio que las ISAPRES no van a ganar plata po' ¿cachay?, ehh...un montón de cosas po' ¿cachay? Ehhh... las mujeres, la salud de ellas está enfocada en que son animales reproductores, por eso te digo que la ginecología se relaciona al tema materno, en lo reproductivo. Ahí va el punto que la sexualidad aún se concibe como un elemento propio reproductivo y no como un ejemplo de acople y de placer de las relaciones romántico afectivas. Entonces pasa por eso, porque dos lesbianas obviamente no se van a reproducir y entonces, dejan de ser foco... independiente de que sea gatillante en la expresión de consolidación de una pareja ¿cachay? O de su expresión en la vida ¿cachay?, eso.

Referente a lo mencionado anteriormente, se puede inferir que la opresión lésbica es responsabilidad principalmente de las instituciones patriarcales, es decir, el

estado, la iglesia y la familia son los entes que han invisibilizado y segregado a las mujeres lesbianas del sistema social, el cual no las representa porque no responde al funcionamiento de la estructura hegemónica.

Por otra parte, el factor religioso ha influido en que la homosexualidad femenina sea vista como un pecado, como algo anormal y enfermizo. El control social que ejerce la iglesia sobre la sociedad es totalmente patriarcal, ya que promueve el matrimonio y la maternidad como mecanismo de represión hacia las personas.

La existencia lesbiana resulta ser un problema para la hegemonía patriarcal porque rompe el paradigma establecido para la sociedad y pierde el control sobre el cuerpo de las mujeres homosexuales, quienes se resisten a la opresión del binarismo, discriminación, rechazo y vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos.

CAPITULO IV

Percepción de Profesionales sobre la salud sexual de mujeres lesbianas en el sistema público de Chile

La visión es una dimensión que permite develar el conocimiento y las concepciones arraigadas que tienen los profesionales del sistema público sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas.

Por otra parte, la dimensión experiencia contribuye a conocer las valoraciones y miradas que tienen los profesionales del área matronil sobre la atención a usuarias que se reconocen abiertamente como lesbianas.

El ejercicio profesional de las personas entrevistadas tiene relación con la actividad técnica y sus respectivas responsabilidades que se encuentran ejerciendo desde el ámbito clínico de la profesión.

Específicamente, articula la formación profesional con el ejercicio profesional en el sistema de salud público.

La salud sexual y reproductiva y el ejercicio profesional, devela la experiencia que posee cada profesional a través de las valoraciones y miradas integradoras u discriminadoras.

Conocimiento y concepciones de la salud sexual y reproductiva lésbica

De acuerdo a los profesionales EP1 Y EP2, se infiere que no hay un reconocimiento y protección efectivos sobre los derechos sexuales en el servicio de salud pública, que se materializa en el conocimiento que tienen incorporados los profesionales, a través de diversas discusiones que se han generado en los equipos de trabajo.

Responde a una noción básica sobre los principios de estos derechos que se instalan en el imaginario colectivo de los profesionales que se insertan en esta área; identificando problemáticas que se presentan en la cotidianidad, pero que no son parte de una problematización que englobe a la diversidad sexual respecto a la salud sexual y reproductiva, específicamente ausentando y descontextualizando a la población lésbica, la cual no se menciona y reconoce explícitamente.

Se aprecia discusiones funcionales en torno a la diversidad sexual pero no se presenta una discusión profundizada y específica de la situación lésbica en los espacios profesionales.

Por lo tanto, según lo planteado anteriormente:

EP1: "No se habla nunca, así como de derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva como tal, no se habla. Si se identifican problemas que siento que como que responden a un mal funcionamiento, a una falta de salud sexual, pero no lo identifican como parte de eso. Entonces, cuando hablan de eso es como

descontextualizado. (...) el problema se conversa, se reclama harto, pero nunca con una perspectiva ni de género, ni de derechos sexuales, ni nada, no existe como una asociación explícita frente a eso”.

EP2: “No sé si un dialogo percé, pero si hay como una noción básica de derechos sexuales y reproductivos, así como una pincelada, yo creo que la sobre carga laboral nos impide tener como espacios para compartir opiniones”.

De acuerdo a lo expresado por los profesionales EP1 y EP2, se puede señalar que la carencia de diálogo entre los equipos sobre la temática lésbica se debe a que los programas de salud no especifican modalidades de atención debidamente estructuradas dirigidas hacia las mujeres lesbianas. La patriarcalización de los lineamientos del sistema de salud excluye la comprensión de las diversidades existentes en las mujeres plasmados en los objetivos de los programas que lo componen.

Seguidamente, para concientizar a los profesionales del área de salud es importante realizar capacitaciones obligatorias, destacando que no todos los organismos pertenecientes al sistema público cuentan con este tipo de iniciativas. En este sentido, el conocimiento se focaliza en algunos equipos de profesionales, ya que los cupos son limitados para participar en estas instancias de formación.

Así mismo, este tipo de actividades debería ser democratizado de manera transversal desde el personal administrativo hasta los equipos de profesionales de diversas disciplinas y profesiones sin importar el rango etario o año de egreso.

En referencia a lo mencionado por los profesionales:

EP1: Sí, claro, se podría pensar que quizás es muy autoritario decir sí, porque claro de verdad que hay gente que no le interesa, pero yo creo que cuando estamos hablando, la salud sexual, al final, y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, tiene mucho que ver con el cumplimiento de los derechos humanos, al final, los derechos sexuales son parte de los derechos humanos, como todos sabemos, más allá del derecho en sí, del idealismo, tienen que ver con garantizar como una vida digna, cierto, la plenitud humana, un montón de cosas que son como fundamentales, entonces, obvio, que hay que tomar, yo siento que hay que tomar todas las acciones posibles para que eso se respete, entonces si el equipo no es capaz de tener como esa inquietud espontanea, quizás, de informarse, hacer los espacios de capacitación obligatoria, para este tema, porque al final lo que se está haciendo cuando hay desconocimiento, cuando hay falta de educación, es vulnerar los derechos humanos y más allá de como lo que se llama diversidad sexual , por decirlo así, orientaciones no heterosexuales, gente que no sea cisgénero, como transversalmente, ósea, si tú no estás capacitado en derechos sexuales, aunque seas la persona que haces el aseo en un consultorio, o sea la

persona que atiende, que seas el médico y si no estás informado podrías estar violando los derechos humanos de una persona, entonces es súper importante, aparte por qué se hacen capacitaciones obligaciones de otras cosas como diabetes, quizás, podría decir, a mí no me interesa la diabetes, no sé, esa gente para qué engordo tanto, entonces, así de absurdo para mí es no querer educarse en derechos sexuales e ignorar esa temática. A ese nivel está”.

La entrevistada destaca la importancia de la materialidad en los derechos sexuales y reproductivos con la finalidad de entregar garantías que permitan a todos y todas una vida digna e integral, aspecto fundamental en la toma de decisiones y acciones que los equipos de trabajo realizan al momento de informar e intervenir a una usuaria no heterosexual. Si no existe conocimiento sobre los derechos sexuales que se enmarcan en los derechos humanos intrínsecos y la conciencia de la otredad se vulnera la libertad e integridad de las personas para el libre ejercicio de su sexualidad y sin ningún tipo de discriminación.

Finalmente, EP1 a través de su lectura de las capacitaciones obligatorias que los profesionales y/o administrativo deberían incorporar, instala la preocupación de la temática y como que se concibe en la actualidad.

Por consiguiente:

EP3: "Si, yo creo que debería capacitarse todo el personal, los médicos, administrativos, todos, todos los que trabajan acá, asistentes sociales, toda la gente que trabaja acá en el servicio de salud deberíamos capacitarnos respecto al tema, además qué hay un montón de siglas nuevas que se usan, hay un montón de otros tipos también de orientaciones, entonces todo esto nuevo que viene con los niños, los adolescentes, necesitamos capacitación urgente".

EP4: "Yo creo que obvio que sí, porque es un tema súper complicado, porque en el sentido puede que uno de nosotros tenga la capacitación, la concepción, los conceptos claros en lo que un como género, sexo y todo eso, pero al final yo estoy dentro del Box, entonces para que la persona llegue al box, debe atravesar miles de barreras, se tiene que enfrentar a la persona que la inscriba en el CESFAM, a la persona que le va a dar la hora, a la persona no sé poh, a la persona de farmacia. Entonces, si yo solamente estoy capacitada no sacamos nada porque yo voy a ser el último eslabón que va a llegar la persona, entonces, al final yo creo que debe ser una temática que se capacite hasta el guardia del CECOF o CESFAM y ellos muchas veces son la entrada de la puerta hacia el nosotros".

EP1, EP3 Y EP4 concuerdan que las capacitaciones deben ser obligatorias a todo el personal para potenciar la concientización y actualizar el conocimiento respecto al tema. Esto permitiría una atención más eficaz y expedita para la usuaria que decide asistir al centro de salud. Además, las barreras de atención ya no se

presentarían en el momento que la usuaria llegue al profesional del área matronil, es decir, lo visualizan como una oportunidad tanto para la usuaria, el profesional y/o administrativo.

Resulta oportuno aludir que la formación profesional se fundamenta desde una perspectiva hetero centrista incuestionada de manera que cancela la existencia lesbiana. Es así como se distorsiona y niega la profundidad y magnitud de la temática.

Debido a esta dicotomía del género es que el enfoque de atención profesional se focaliza en la planificación familiar y maternidades heterosexuales.

En tal sentido:

EP1: "Sí, totalmente, bueno mi carrera se llama obstetricia y puericultura, o sea de partida el nombre hace alusión a la parte obstétrica, todo lo que tiene que ver con los embarazos ¿cierto?, partos y puericultura tiene que ver con el cuidado del recién nacido, entonces de partida otra área importante de la carrera que es la ginecología no está incluida y el tema de los derechos sexuales y todo eso, siempre ha asociado más a la ginecología que obviamente a la obstetricia" (...)

Sobre la ginecología, aspecto que no se encuentra incluido en la formación profesional, se infiere que la salud sexual y reproductiva está conformada por individuos heterosexuales, por lo que la promoción y prevención de las

enfermedades de transmisión sexual se enfocan en prácticas sexuales penetrativas. Por lo que, las prácticas sexuales lésbicas, riesgos y cuidados quedan invisibilizados para los equipos profesionales.

EP2: "Sí, desde el uso de métodos anticonceptivos a infecciones de transmisión sexual, siempre desde las prácticas sexuales heterosexuales y homosexuales, pero entre hombres que eso igual siempre cae dentro... No sé si de la hetero norma, pero algún tipo de norma".

EP1 Y EP2 convergen en que no existe una mirada más amplia de la atención que no sea la establecida hasta el momento. EP2 acentúa en que las prácticas sexuales se enfocan desde la heterosexualidad, es decir, la anticoncepción y desde la homosexualidad, pero entre hombres, que ya estaría siendo más comprendido y aceptado dentro de la atención en el área de Salud. Se destaca que el lesbianismo, la salud sexual y reproductiva no es mencionada en los lineamientos de la formación profesional.

Hechas las consideraciones anteriores:

EP5: "Sí, de todas maneras. Mi labor es atender un embarazo y está basado en una relación heterosexual, todo desde lo más básico está enfocado en qué hay hombre

y mujer, no hay intermedio. Entonces, está todo absolutamente sexualizado, asociado a un sexo o a un género.

Uno asume que al hombre le gusta la mujer y a la mujer le gusta el hombre”

A efecto de esto, asumir la norma heterosexual en los contenidos que se imparten en la formación profesional matronil implica que el goce de la sexualidad y la asociación de prácticas sexuales entre mujeres que se relacionan sexualmente con mujeres no se encuentra incorporada en la malla curricular.

Respecto a los lineamientos formativos de los profesionales, es importante destacar que la disciplina enfoca sus conocimientos en la articulación teórico-práctico heterosexual, desconociendo necesidades específicas en salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas.

Respecto a los lineamientos y/o temáticas que se pueden incluir en la formación profesional de pregrado, EP1, destaca que el componente de género debe ser transversal en cuanto a conocimiento incorporado en las carreras del área de salud, es decir, si los estudiantes que serán futuros profesionales y en la praxis atiendan a usuarias, si aquella información no se encuentra incorporada se podría vulnerar los derechos de una persona.

Es por esto que:

EP1: "Yo creo que todas las carreras del área de salud deberían tener como el componente género incluido, porque si en el fondo no se da esa información, hay mucha gente que no tiene acceso a esa información por otros lados que no sea la universidad. De hecho, a las personas que nos interesa es porque hemos ido conociendo en la universidad, o ciertos ramos que nos llevaron a querer investigar más, vamos a continuar en el fondo oprimiendo, el género es un sistema que nos oprime, entonces si tú no tienes formación en eso inconscientemente vas a seguir oprimiendo porque es como lo natural, sino estas informado de eso, es súper difícil que tomes acciones para construir algo diferente, si no estás consciente que existe un problema" (...)

Por consiguiente:

EP2: "Entonces es muy importante tener una formación igual de rica en cuanto a contenido y evidencia para mujeres heterosexuales y no heterosexuales, ampliar la atención de formación" (...)

En este sentido cabe agregar que EP2, enfatiza en la articulación de la formación teórica y la evidencia a través de investigaciones para mujeres heterosexuales y no heterosexuales, permitiendo extender la concepción que se tiene sobre la atención de formación.

Seguidamente:

EP4: "incluiría muchos, porque recién en el post grado tuve un ramo que hablaba de las siglas... la... LGTBI, que hablara de género aplicado en salud, enfoque de derechos y todo. Creo que esos temas deben estar integrados".

EP1, EP2 Y EP4 señalan que sí se deben incluir en la formación del pregrado cátedras que incluyan las temáticas de género y diversidad sexual principalmente, ya que consideran que los conocimientos que ellos poseen se relacionan con la autoformación respecto a estos temas que son parte de la realidad social. Por otra parte, es importante destacar que todos los entrevistados son profesionales egresados de la misma universidad, pero pertenecen a diferentes generaciones situadas entre el año 2008 y 2018. Según esto, dentro de los lineamientos académicos de la institución hay un intento de integrar y abordar las temáticas de género y diversidad sexual, pero es insuficiente. Por lo tanto, no existe suficiente especificidad sobre la temática de la investigación.

Experiencia profesional

De acuerdo a la dinámica heteronormativa preestablecida entre el profesional y la usuaria homosexual es que existe cierta resistencia de reconocerse abiertamente lesbiana, lo que genera barreras en la atención que determinan los riesgos que derivan de las prácticas sexuales invisibilizadas entre mujeres que se relacionan

con mujeres. Por otro lado, disminuye la asistencia a controles matroniles por parte de las usuarias lesbianas.

Resulta oportuno destacar:

EP1: “No, en siete meses que llevé ejerciendo he atendido a una sola mujer que me ha dicho abiertamente que es lesbiana, una vez, en siete meses y yo dudo que en siete meses solo haya atendido a una mujer lesbiana. Entonces, lo más probable no me lo dijeron y que también, no llegan mujeres lesbianas a atenderse, o sea hay una invisibilización yo siento por ambos lados”

EP4: “Mira, la verdad yo creo que desde los años que llevo debo haber atendido a una o dos, que ellas se hayan reconocido. Porque igual he visto casos que ellas no me han dicho soy lesbiana, o sea si me he dado cuenta por cosas o actitudes. Pero, yo creo que es más frecuente de lo que pensamos, pero no nos damos cuenta por el mismo tema de las barreras que hablábamos”

EP5: “Han sido muy muy pocas, creo que no más de 3 han sido en todo este tiempo. O sea, que me hayan dicho, quizás pueden haber sido más... yo creo que tiene que ver con un tema de discriminación, miedo al examen físico, miedo a la discriminación (...)”

EP1, EP4 Y EP5 confluyen que principalmente las mujeres no develan su orientación sexual por motivos de discriminación, al trato diferente, al prejuicio que se puede presentar en la atención, acto que va a limitar y perjudicar el acceso a una salud integral.

Los entrevistados infieren que la frecuencia de asistencia debe ser más alta de lo que ellos consideran, pero las barreras de acceso obstaculizan el reconocimiento explícito por parte de ellas, quedando invisibilizada la temática de salud sexual y reproductiva en esta población en específico.

En relación con la atención de mujeres lesbianas en el sistema de Salud Público los entrevistados generan dos perspectivas diferentes respecto al abordaje de mujeres lesbianas en el sistema de Salud Público ya que, EP1 Y EP2 exponen que no lo harían eficazmente.

EP1: "Yo creo que más o menos, bueno personalmente soy heterosexual entonces en ese caso hay un montón de cosas que yo no veo, desde mi privilegio entre comillas de que soy mujer y vivo mucha opresión. Las mujeres lesbianas viven mucha más opresión que yo y quizás se me pueden escapar cosas, sobre todo por toda la información que yo he tenido al respecto, ha sido academicista por así decirlo"

EP2: "Sin prejuicios sí, efectiva no sé, me demoraría más creo yo, porque tendría que sacar... dejar de hacer las cosas tan mecánicamente y darle un enfoque como más de atención, según las necesidades que tenga".

Los entrevistados EP1 y EP2 señalan que no se sienten en su totalidad preparados para abordar una atención a las mujeres lesbianas, debido a que ambos profesionales mencionan que carecen de herramientas teórico- práctica que no les ha facilitado para entregar una atención integral a esta población. EP1 Y EP2, articulan la formación profesional delimitada en esta temática y la experiencia al momento de enfrentarse a usuarias lesbianas, y como se interviene clínicamente.

Sin embargo, las otras dos entrevistadas manifestaron que, si se sienten preparadas para atender de manera efectiva a la población lésbica, señalando lo siguiente:

EP3: "Sí, no tengo ningún problema. Yo creo que le hacen el quite a venir a tomar hora acá porque creen que no se deben hacer el Papanicolaou, que no se deben realizar exámenes de ITS, se sienten como alejadas por el hecho de no embarazarse muchas de ellas.

Vienen acá adolescentes a pedir pastillas de anticoncepción para regular sus ciclos menstruales"

EP4: "yo creo que... mira cuando salí de la U, igual era difícil pero ahora que he visto como más en algunos ramos, yo creo que sí, la verdad no me da miedo, no

tengo prejuicio. Obviamente conlleva responsabilidad porque mi idea no es hacerla sentir diferente, ni incómoda ni nada. Mi idea es que se mantenga constante en los controles, yo como profesional de la salud debo velar por sus derechos sexuales, que se le respeten sus derechos humanos”.

De acuerdo a lo señalado por las entrevistadas EP3 y EP4, se puede destacar que la experiencia profesional que poseen les permite enfrentar la temática lésbica desde una mirada integradora. Esto quiere decir que, ambas señalan que abordan este tipo de atención desde la responsabilidad profesional, lo que les ha permitido concientizar a las pacientes y/o usuarias que se reconocen como lesbianas sobre la prevención de ITS y la importancia de mantener controles regulares.

A lo que respecta la prevención en conductas de riesgos en prácticas sexuales lésbicas y la promoción que debiese existir por parte de Sistema de Salud Público que se materializa en los profesionales que realizan la atención a usuarias, EP1 señala que no se encuentra información desde el Ministerio de Salud, sino que las iniciativas responden a la organización auto gestionada de otro tipo de espacios y es ahí donde los profesionales ausentan un conocimiento que muchas veces obstaculizara el trabajo con la población lésbica.

Por consiguiente:

EP1: “Desde los profesionales cero ética, como cosas básicas, súper poca información, o sea como va haber promoción en salud si los profesionales no tienen idea, ¿quién educa sobre eso?, entonces al final todo lo que es promoción, no sé... prevención de ITS, la barrera de látex, todo eso, ha surgido de los movimientos sociales, organizaciones lésbicas, pero todo como mucho más social. Pero nunca surgió del Ministerio de Salud, ni de la universidad, ni de la facultad de medicina, ni de ninguna universidad, ni de los doctores, ni de las matronas, ni los ginecólogos, nada, no tienen idea, no tiene el impacto de una política pública, entonces eso es complicado”

Los entrevistados EP1, EP3 y EP4 señalan que las prevenciones de riesgos en las conductas sexuales lésbicas son muy escasas, debido a que el foco de promoción se centra en la prevención del VIH, pero desde la perspectiva de la homosexualidad masculina, excluyendo a las mujeres lesbianas. Así mismo, destacan que es una responsabilidad tanto profesional como institucional, es decir, que ninguno de estos organismos considera actualmente a la temática de investigación como una población de riesgo que no está exenta de contraer cualquier tipo de ITS.

Por otra parte, el entrevistado EP2 señala que la prevención se trabaja desde la mirada de las relaciones sexuales penetrativas. Por lo que, se puede evidenciar que la hetero-normalidad permea a la salud sexual y a la institución encargada de velar por la calidad de salud de las usuarias.

EP2: “No... en las mujeres homosexuales no, yo por lo menos no he visto (...) está siempre enfocado desde la penetración y de hecho por eso mismo, a mi parecer entre las mujeres que tienen sexo con mujeres existe la percepción de que muchas no tienen riesgos de tener ITS, porque no tiene sexo penetrativo y no consultan y se siguen contagiando entre ellas (...)”

EP3: “No, no, para nada. Yo creo que, así como a nivel nacional ha sido súper escasas lo que se ha hecho en el sistema de salud, así como de prevención a nivel de las mujeres lesbianas... porque como siempre se habla de los gays y no se ha visibilizado lo de las actividades sexuales lesbianas. No es muy amistoso el llamado a la atención y promoción”

EP4: “Yo creo que no la verdad, es algo súper tabú. A lo mejor, a mí en el box me pueden preguntar que cuidados pueden tener, que enfermedades se pueden pegar, pero yo nunca he visto como un afiche de prevención así abierto o comerciales, recién se están viendo los comerciales de VIH, pero no es algo así en específico. Para las mujeres lesbianas no hay ninguna opción”

Además, de visualizarse una ausencia en la elaboración de lineamientos integrativos sobre la prevención en salud sexual y reproductiva desde la institucionalidad, EP4, alude a la promoción como estrategia abierta hacia la comunidad, siendo el VIH, un elemento prevalente en la homosexualidad masculina, por ende, contempla una prevalencia menor en mujeres lesbianas. Es aquí, donde

las ITS que pueden contraer la población lésbica se ausenta, por ende, las mujeres no son conscientes del peligro e impactos que pueden generar no considerar este aspecto al momento de iniciar prácticas lésbicas.

Con respecto a generar un protocolo específico de salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas, los profesionales entrevistados dialogan en diversas perspectivas, pero concuerdan, en su mayoría, que sí debería existir un protocolo de atención para la población en específico. EP1, destaca que la confección del protocolo debe emanar desde la participación sociopolítica de las mujeres lesbianas en relación a la institucionalidad, pues, respondería a las necesidades reales que existen hoy en día.

En referencia a lo anteriormente expuesto:

EP1: “Tener un protocolo sería como visibilizar, como difundir más, pero quizás una persona lesbiana se podría sentir mal (...) ¿Al final quién va hacer ese protocolo?, puros hombres, doctores, no sé, un sociólogo (...) si Piñera saca un protocolo de cómo atender lesbianas, yo no le voy hacer caso, porque dudo que responda a lo que las usuarias lesbianas quieren, ahí habría que hacer un diagnóstico súper importante, que hubiera participación directa, no sé, mesas de trabajo, algo así. Al final, que ese protocolo fuese una expresión de ese trabajo, que fuera un trabajo como de inclusión, de validación, de visibilización real y no como un: ya, jah no!,

estas locas hacen esto, ya bueno, vamos a darles las barreras de látex, hago como eso sí, y de capacitación”

EP2: “No sé si protocolo dirigido a mujeres, sino que un protocolo de atención integral con el prejuicio de que todas las personas puedan tener prácticas como... donde la imaginación llegue (...) O sea, no me hace sentido por lo menos en mi trabajo tener un protocolo solamente para homosexuales, solamente para heterosexuales (...)”

EP3: “Sí, de todas maneras. Yo creo que debe existir un protocolo de atención para normalizar los términos que uno utiliza, para no pasar a llevar, para no hacerla sentir mal y también, Ehhh... donde va a ir enfocada la atención, obviamente uno no va a estar enfocándose a prevenir un embarazo. Entonces, con otro enfoque, un enfoque más social, más de prevención de ITS y también, de todo lo que conlleva. Porque ellas pueden tener problemas más sociales, familiar, entonces quizás tengan que ser derivadas con la asistente social, psicóloga, salud mental, todo lo que conlleva”

EP4: “Mmm...si yo creo que en temas clínicos de matronas si... a lo mejor enfocarlo a preguntas que uno no hace a personas hetero, por ejemplo: mantienes relación vaginal, anal, oral... pero, también creo que es importante tener un protocolo de acogida en general, desde que llega al CESFAM.

Un protocolo que tengan cuidado y tener ojo en poner el nombre social, porque hay personas que se sienten discriminadas y por eso no van a ir nunca más en la vida”

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, se puede destacar que EP1, EP3 y EP4 consideran que sería importante establecer un protocolo de atención especializado para la población lésbica, ya que señalan que ayudaría a visibilizar las problemáticas de las mujeres lesbianas, no sólo en términos de su salud sexual y reproductiva, sino que también en el bienestar de ellas, respecto a cómo se sienten social y psicológicamente como homosexuales. Así mismo, proponen que este protocolo sea transversal para así validar los derechos de las mujeres de la diversidad sexual que asisten al servicio de salud público.

Por otra parte, el entrevistado EP2 destaca que no es necesario que exista un protocolo de atención específico a mujeres lesbianas, más bien propone un procedimiento de atención integral que permita un cuidado efectivo a todo tipo de población de la diversidad sexual.

Respecto a la reproducción y maternidad lésbica los entrevistados profesionales, comparten en su mayoría que las mujeres lesbianas puedan acceder al ámbito reproductivo y crianza lesbomatenal, ya que, es parte de su derecho como personas. El planteamiento colectivo alude a reproducción y maternidad desde la decisión explícita de tener o no tener hijos y que no debiese existir límite por la orientación sexual, ya que, no condicionaría una crianza óptima.

EP1: "Creo que es súper extremo que se piense que no deberían tener hijos, o sea es que siento que es absurdo desde varios puntos de vista (...) no concibo que una mujer lesbiana no pueda criar a un hijo, creo que no nos podemos seguir basando en algo tan básico como lo natural entre comillas, es que como no queda embarazada mediante sus prácticas sexuales, no puede (...) Uno de los derechos sexuales literalmente es decidir si tener o no cuantos hijos y de cómo dijimos al principio los derechos sexuales son parte de los derechos humanos. Entonces, tú estás violando un derecho humano de una persona al decirle: "tú, en particular no puedes" ... hay un conflicto ahí que no se toca mucho, entonces siento qué hay que empezar a revolverla un poquito siento yo"

Por otro lado:

EP3: "Nosotras las derivamos al hospital San Borja Arriarán... ahora por este sistema público que FONASA cubre sólo una fertilización, ellas no están incluidas. Entonces, muchas de ellas optan por buscar una pareja casi al azar, una persona conocida y algunas de ellas se sienten como abusadas por el varón, pero lo hacen para poder tener un hijo.

Lamentablemente, sólo las mujeres lesbianas que tienen buenos medios económicos pueden optar a una fertilización asistida, porque una fertilización no vale menos de tres millones de pesos en este país. Entonces, es bien complejo el asunto... en nuestra legislación debería haber algo respecto a salud... no tengo

ningún problema con la maternidad lésbica, si quieren tener un hijo y darle amor está bien y debería ser un tema de salud pública”.

EP3 destaca que este tipo de proceso de inseminación es sólo para una parte de la población lésbica, es decir, para parejas que tienen los medios económicos para cubrir el costoso tratamiento, por lo tanto, se considera como un proceso que privilegia a pocas lesbianas, entonces, debiese ser parte de la salud pública y que las parejas homosexuales puedan acceder en igualdad de condiciones a los mecanismos. Destaca este punto, puesto que, acceder a mecanismos de inseminación artificial se ve limitado y las mujeres deben recurrir a otro tipo de métodos que, en definitiva, vulneran sus derechos y su dignidad humana.

Considerando la maternidad y crianza como decisión personal, se destacan otros factores más relevantes al momento de pensar en la temática.

EP5: “Yo creo que cualquier persona que quiere tener un hijo no tendría por qué impedirsele, deberían tener todas las facilidades al igual que las tiene la pareja heterosexual. Sería maravilloso que todas las personas puedan adoptar, si la persona tiene una buena crianza da lo mismo si le gustan los hombres o las mujeres, no es tema para criar un hijo. Hay cosas más importantes de que preocuparse”

Por otra parte, la entrevistada EP4 señala explícitamente que no está de acuerdo con esta temática, dice que no la entiende y tampoco la comparte. Pero, a pesar de

evidenciar que tiene otra valoración de la maternidad entre mujeres, menciona que profesionalmente intenta no llevar los prejuicios personales por sobre su ejercicio profesional.

EP4: "Ehhh... tengo dos partes divididas, yo creo que en mi parte matronil... yo creo que, en la pega intento ser súper profesional, hay ciertas cosas que no comparto, por ejemplo: este tema y el aborto, yo no los apoyo, pero si en la parte profesional intento no hacer ningún juicio personal. Es súper difícil, pero en verdad yo hice un juramento y también porque tengo que velar a veces porque se proteja a la persona de la forma adecuada. En lo profesional no tengo prejuicio, pero en lo personal tengo una opinión diferente, no lo comparto me cuesta todavía entenderlo"

Respecto al ámbito legislativo y de política pública los entrevistados declaran que se presentan obstáculos que deben ser admitidos cuando se elabora una política, que sea materializada por los profesionales a través de los programas existentes en el sistema de salud público. Genera una discusión entre la ideología personal de los profesionales y los elementos que deben contener los programas que serán ejecutados por los profesionales con las usuarias, lo cual, estará compuesto en diversidad.

EP3: "La iglesia poh, la iglesia en este país pesa mucho para todo. Ya ves lo que ha costado la ley del aborto, las tres causales y todo lo qué pasó también con el divorcio, la iglesia pesa mucho. Lamentablemente nosotros tenemos una sociedad

muy culposa, muy religiosa, muy pacata en realidad porque tenemos como un doble estándar. Entonces, eso ha pesado mucho, la política en nuestro país ha costado que vaya cediendo, recién estamos con la cuestión de la unión civil, no existe matrimonio igualitario en este país, la adopción también está súper restringida, solamente a las parejas heterosexuales y es súper complejo, entonces deberían abrirse empezando por la adopción quizás y seguir con las otras cosas que tenemos que incluir a la gente homosexual, lesbiana, gays, trans”.

EP4: “Es full lo valórico, porque yo creo que ninguna autoridad se quiere mojar el poto por así decirlo... la sociedad es tan cerrada y poco empática, no sé cuanta que alguna autoridad diga en verdad me voy a mojar la camiseta por esto u lo voy hacer, digan lo que digan, hagan lo que hagan. Creo que es lo que principalmente influye, porque en temas de Lucas, siempre ha salud pública es algo que ha sido mala y eso no va a cambiar”.

EP5: “yo creo que anda por ahí con el tema del aborto, hay gente muy conservadora. Yo soy cristiana, yo creo en Dios, pero no.... no puede ser que la religión dirija a un país y no porque yo no quiero no le voy a dar la oportunidad a otras personas. Hay que ver el bien mayor, es una situación que es real independiente de que me guste o no me guste”

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, se puede señalar que los entrevistados EP2, EP3, EP4 y EP5 destacan que uno de los factores principales

que influyen en que esta temática no sea considerada en ámbitos legislativos es la presión desde la moral religiosa que ha impuesto la iglesia como un poder más del Estado. Así mismo, el entrevistado EP2 menciona que es un tema de invisibilización, debido a que actualmente existe una sociedad patriarcal y machista que vulnera y oprime doblemente a las mujeres lesbianas.

Sin embargo, EP3, EP4 y EP5 coinciden en que la sociedad no está preparada aun para ver este tipo de cambios, la sociedad es poco empática y le tiene miedo a lo diferente. Destacan que la religión no puede dirigir a un país y no todo debe centrarse en lo heterosexual.

Respecto a la inseminación artificial se infiere que al no garantizar ciertos derechos y que el estado no dote de prestaciones a esta temática, no garantiza que la salud pública responda a la demanda de las mujeres lesbianas. Los derechos humanos, sexuales y reproductivos también incluyen la necesidad de esta población al momento de pensar en la inversión de recursos que abarcan a las parejas heterosexuales y las mujeres homosexuales no tienen acceso a conformar una familia.

En referencia a lo anterior:

EP1: “Yo creo que sí (...) cuando tú no garantizas algo desde el estado, un derecho, al final siempre se va a transformar en un privilegio, porque siempre van a ver

factores de clase (...) la única manera de garantizarlo es que existan prestaciones, el estado debe subvencionarlo de alguna manera, porque o sino la final solo la gente dominante tiene acceso a todo, el aborto y todos esos problema, son problemas de salud pública al final que tú tienes que resolver como estado, como a través de políticas públicas y las políticas públicas incluyen programas, incluyen recursos y prestaciones, eso debería estar sí de todas maneras” (...)

EP2: “Si con tal que todas las personas lo deseen, tengan equidad de acceso a poder formar una familia, pero ahí hay un tema que me hace ruido como persona, que es el tener un hijo biológico, como capricho propio, como de trascender una generación, o sea que, si la necesidad o el deseo de tener un hijo está y es real, existen... que el deseo de trascender genéticamente no, porque para eso está la adopción, se deberían priorizar esos canales antes que recurrir a generar nuevos humanos”

EP3: “Si yo creo que sí, lo mismo qué pasa con las parejas hetero. Deberían subvencionar una, deberían prestar ayuda y hacer otro tipo de derivación”.

EP4: “Yo creo que sí... mira, vuelvo a mi disyuntiva, pero desde lo profesional a cualquier pareja debería ser indiscriminado, no debería haber diferencia, se debería subvencionar”.

EP5: "Bueno, yo tengo entendido que la parte pública también está para parejas infertilidad, por lo tanto, de nuevo no tiene por qué ser un impedimento para una pareja de lesbianas, tienen el mismo derecho, independiente de su orientación sexual. Debiera hacerse, para mí no hay ninguna diferencia".

Los entrevistados EP1, EPP3, EP4 y EP5 señalan que el proceso de inseminación para mujeres lesbianas si debería ser subvencionado por el estado, ya que destacan que actualmente existe un tipo de financiamiento para parejas infértiles en un hospital público de Santiago y consideran que también debería cubrir a mujeres lesbianas. Sin embargo, EP1 percibe esto de una manera más profunda, es decir, menciona que la responsabilidad de garantizar este derecho es netamente del estado, quien como organismo debería incluir la inseminación artificial para parejas del mismo sexo dentro de la salud pública y política pública, para que así existiera una cobertura transversal a todas las clases sociales, sin excepciones para que no se transforme en un privilegio sólo de mujeres lesbianas que tengan los medios económicos.

Por otra parte, EP2 se encuentra en disyuntiva, ya que señala que desde su percepción se debería agotar otros medios para ser madres, como por ejemplo la adopción, porque considera un capricho patriarcal el hecho de querer tener hijos biológicos, teniendo en cuenta que los centros de adopción están llenos de niños y adolescentes esperando una familia que los pueda criar.

EP1: "Hay mucho que entrelazar, de partida el tema no debería ser el programa de la mujer, sino como el programa de la salud sexual, quizás y ahí incluir otra realidad y no tan sólo la de las mujeres heterosexuales que quieran tener bebés o que tienen cáncer, no sé, si no como sacar un poco de eso y ver que también está la atención ginecológica de mujeres que no quieren anticonceptivos, que no quieren ser mamás, sino que requieren otro tipo de atención, otras cosas, prevención en salud en sí misma, como bienestar (...) creo que si hubiera un poco de cambio en el paradigma, de cómo está compuesto ese programa de la mujer, como es el que adscribimos las matronas a la mayoría de nuestras atenciones. Sería súper interesante ir dando ese enfoque, qué hay diversidad sexual, como qué hay derechos sexuales, no son tan sólo los derechos reproductivos, que eso es parte de los derechos humanos (...)"

EP4: "Uyyy... yo creo que es lo básico tener algún programa a nivel nacional o alguna guía clínica para saber cómo nosotros podemos abordar eso y tratarlo de forma adecuada. En verdad, que engloba como atender, como no discriminar, cómo educar, como no sé... ayudar a desarrollar los roles porque no hay nada escrito que me pueda guiar, pero igual tengo que decir r en ciertas cosas, entonces son cosas que igual... en el momento van a surgir ciertas interrogantes que voy a vivir cuando lo vea.

Como sugerencia puede ser las capacitaciones a todo el equipo de trabajo, libre de discriminación de lo que tú puedas pensar personalmente, porque si rebajas en servicio público es porque te gusta el trabajo con la comunidad, con la gente y ahí obviamente uno tiene que dejar de lado todos los prejuicios de tu vida personal. Eso debe ser, acceso como libre y oportuna para todos”.

Respecto a las sugerencias y cambios respecto a la temática de investigación es que se infiere que EP1 y EP4 sugiere un cambio más bien institucional, es decir, que exista una posible modificación del programa de la mujer que existe actualmente en salud y se hable de un programa de salud sexual, que incluya las problemáticas que afectan a la población lésbica, donde la atención será integral y oportuna. La entrevistada menciona que a través de esta apertura podrían acudir a las consultas más mujeres lesbianas, ya que la atención sería con un enfoque de género y diversidad sexual, mientras que EP4 menciona que debería existir un programa nuevo que esté enfocado en cómo abordar la atención de mujeres lesbianas y que permita capacitar de manera transversal a los profesionales de la salud. Por otro lado, destaca la iniciativa de capacitar al personal, para no discriminar a las personas que tengan otra orientación sexual.

CONCLUSIONES

Un determinado momento histórico permite realizar lecturas respecto a situaciones y conflictos que se agudizan dependiendo de diversos factores que se presentan en la realidad material, a su vez, considerando condiciones tanto subjetivas como objetivas del fenómeno social presentado.

El lesbianismo, temática poco estudiada por las disciplinas de las ciencias sociales y del área de salud, permite esclarecer y vislumbrar a una población con planteamientos y necesidades específicas que deben ser abordadas en relación a la heteronormalidad y la homosexualidad en el siglo XXI. Dicha articulación nos permite realizar profundizaciones y análisis del contexto en que se presentan. Es por ello que, la construcción de esta investigación permite plasmar un aspecto de la homosexualidad femenina que va generando instancias de discusión en otras temáticas, como lo son el movimiento lesbofeminista Chileno y latinoamericano en concordancia con las demandas de dicha colectividad.

La tensión genera conflictos sociales con el objetivo de conquistar derechos sociales que deben estar presentes en diversas instancias, en específico, el lesbianismo, la salud sexual y reproductiva, como derecho fundamental para el desarrollo y potencial humano.

El sistema social, político, económico y cultural que rige e impone la heteronormatividad es el patriarcado, el cual delimita la norma moral en las relaciones social y prácticas sexo-afectivas de los individuos, cuyo sustento se establece a través de diversos mecanismos de control plasmados desde la institucionalización educativa, religiosa, familiar y estatal. Así mismo, reproduce procesos de marginalidad y discriminación de personas que no adhieren a la normalización heterosexual existente en este modelo de sociedad machista.

Cuando la heterosexualidad conforma y rige la norma de comportamiento, permea las relaciones sociales y afectivas que condicionan la sexualidad, y determina un binarismo de género que establece categorías de reconocimiento entre ser “hombre y mujer”, limitando el desarrollo y potencial humano en todas sus dimensiones. Es en esta dicotomía que lo denominado como masculino y femenino genera disidencias que extrapolan las manifestaciones socio-afectivas y sexuales de las personas.

Lo anteriormente mencionado, reduce y determina las acciones, sentimientos, emociones e identidades de los sujetos generando un imaginario colectivo de anormalidad en los discursos y prácticas plasmadas desde la sexualidad y los vínculos sexo-afectivos. Es aquí, donde las especificidades de las mujeres diversas marcan un precedente notable que permite develar orientaciones sexuales no heterosexuales como una determinada mirada de cómo vivir la sexualidad, como

parte de la identidad, sino también como parte de una opción política que permita realizar cambios en la situación de las mujeres diversas y sus respectivas problemáticas, necesidades y demandas.

El lesbianismo corresponde a la homosexualidad femenina, es decir, es la mujer que se siente atraída sexual y afectivamente por otra mujer. La lesbiana ama a otra mujer, por consiguiente, es la transgresión a la norma establecida en la realidad material, respecto a la construcción social de los vínculos amorosos. Así mismo, va ampliando la perspectiva y profundización en las prácticas sexuales específicamente, lésbicas, es decir, la construcción de experiencia personal y precursoras de una nueva relación social entre las mujeres y relación con el mismo sexo; considerando que la sociedad concibe el mundo como masculino.

Diversas aristas van permeando la comprensión de la situación de las lesbianas como objetos sexuales, ligadas directamente al erotismo, carentes de emocionalidad, sin significado ni personalidades propias, sino que emergen y se tensionan aspectos ligados a la calidad de vida de las mujeres, a la cotidianidad, a la agrupación colectiva, a las problemáticas sociales específicas que componen el bienestar de esta población, donde el estudio centra sus fuerzas y tensiones en un aspecto vital para el desarrollo humano como lo es la salud; específicamente la salud sexual y reproductiva.

Sobre salud sexual se establece que las mujeres lesbianas que participaron en esta investigación no poseen una noción profundizada sobre el tema, se presenta un desconocimiento sobre los cuidados específicos que pueden afectar su salud, generando repercusiones nocivas para su bienestar; en relación a los métodos de prevención de ITS tales como el condón femenino, barrera de látex, guante de látex. Se muestra una desmotivación al momento de asistir a una consulta matronil y la responsabilidad que esto conlleva la situación de mujeres lesbianas, ya que, al momento de no existir la posibilidad de embarazos, no se necesita anticonceptivos.

No existe una concientización real de las necesidades que son parte de la salud sexual de las mujeres, ya que, no se genera una problematización individual y colectiva de la situación, la cual, no da respuesta que logre generar una estrategia para abordar la temática.

Por otro lado, las mujeres con orientación no heterosexual que ingresan al sistema de salud público presentan barreras en la atención pues que la estructura de la Política pública se encuentra dirigida hacia una población determinada que no permite reflexionar frente a la realidad de otros grupos sociales. En relación a la salud reproductiva de esta población se evidencia que en la actualidad se registra una invisibilización en el acceso y garantías que presten cobertura a la inseminación artificial en parejas del mismo sexo y/o mujeres lesbianas sin pareja, generando discriminación de la integración de programas de fertilización asistida. Se destaca

la variable de estratificación socioeconómica que no logra y reconoce la vulneración de un derecho fundamental respecto a la decisión de tener o no hijos, y cuando. Las mujeres lesbianas y la reproducción no son reconocidas, por ende, no se valida la concepción de nuevas maternidades y salud reproductiva.

Lo anterior responde a un vacío en la materialización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, específicamente en salud y bienestar social como elemento fundamental para el desarrollo humano. Por consiguiente, el enfoque que se establece en este periodo histórico no posee elementos que integran y den respuestas a las necesidades de las mujeres lesbianas en Chile.

El presente estudio no pretende generalizar sobre la realidad de todas las mujeres lesbianas en Chile, pero sí permite impulsar nuevas acciones que rompan el esquema de la lógica heteronormativa en cuanto a la salud sexual y reproductiva de esta población. Una de las ideas más concretas es la implementación de un programa de salud sexual que integre las necesidades y demandas de estas mujeres, ya que, es en esta área donde no existe una cobertura de la política pública y por tanto, se debe mirar desde un enfoque integral bajo el respeto y tolerancia de la diversidad sexual que existe en las mujeres.

De acuerdo a los datos que arrojó la investigación, se determinó que la presencia de una concepción de la sexualidad hetero normada del servicio de salud es la que limita la atención integral que podrían recibir las mujeres que mantienen sexo con

mujeres. En este aspecto, se concibe la atención dirigida hacia la anticoncepción y planificación familiar, invisibilizando que las mujeres homosexuales mantienen diversas prácticas sexuales, las cuales no son intervenidas y tampoco conocidas por parte de los profesionales del área de la salud. Por otro lado, la falta de capacitación se presenta como un obstáculo respecto al conocimiento que deben poseer los profesionales del área matronil y a los administrativos de los centros de salud pública. Se debe fortalecer al movimiento lesbofeminista para que la organización colectiva siga generando acciones que mejoren y visibilicen la situación de las mujeres lesbianas en Chile.

La producción y reproducción del conocimiento en este tipo de temáticas refleja un déficit empírico y científico respecto a las investigaciones presentes en la actualidad; permitiendo extender la formación de los profesionales e información necesaria para abordar la temática.

Seguidamente, en relación a las percepciones de las mujeres lesbianas se pudo determinar que la invisibilización, discriminación y vulneración de sus derechos es una situación que la totalidad de las entrevistadas señalan haber vivenciado en el momento que develaron al profesional su orientación sexual. Esta transversalidad de sus respuestas, fue independiente del nivel educacional y sociocultural de las participantes del estudio. También, se pudo evidenciar que la expresión de género de las mujeres homosexuales juega un rol importante en la relación

usuaria/profesional, puesto que se concibe el lesbianismo desde una construcción de identidad masculinizada y en algunos casos esta variable actúa como una barrera que no permite la revelación de la orientación sexual al profesional.

Por otra parte, se pudo vislumbrar que la población lésbica se encuentra segregada en el Sistema de Salud Público debido a que no existe una consideración de sus necesidades, lo que conlleva al no reconocimiento de sus demandas ligadas recibir orientación sobre sus prácticas sexuales y prevención de las infecciones de transmisión sexual que pueden contraer, como también, los cánceres de mamas y cervicouterinos a los que están expuestas estas mujeres.

Existe una tensión en la relación del profesional con la usuaria del sistema de atención primario de salud, el cual se debe principalmente a la ausencia de las lecturas de la realidad lésbica, a la carencia de información y/o desconocimiento sobre las especificidades del lesbianismo.

Según los datos recogidos se puede concluir que la baja asistencia a los controles matroniles por parte de las mujeres lesbianas, derivan de la discriminación institucional que ejerce el sistema de salud de manera indirecta, es decir, los prejuicios y acciones que vulneran los derechos sexuales y reproductivos. Estas acciones influyen en la baja asistencia a controles matroniles, ya que las usuarias temen develar su orientación sexual al profesional de la salud.

Por medio de las significaciones que las mujeres lesbianas señalaron sobre su sexualidad, se puede dar cuenta que forma de pensar sobre su salud sexual, está construida desde el marco hegemónico patriarcal y heterosexual que normaliza e invisibiliza la violencia institucional que se ejerce sobre sus cuerpos y orientación sexual.

Por otro lado, la desinformación que poseen las mujeres lesbianas se produce por la ausencia de campañas informativas y preventivas en materia de salud sexual dirigidas a mujeres homosexuales, ya que el Ministerio de Salud se enfoca en temáticas como el VIH que están dirigidas a la población heterosexual y homosexual masculina. Estos sesgos generan que el conocimiento de ellas sea precarizado, ya que no cuentan con información real sobre los riesgos sexuales que afecten exclusivamente a mujeres que mantienen sexo con mujeres.

Cabe mencionar, que las principales barreras de acceso al servicio de salud para las lesbianas se relacionan directamente con que son asumidas como heterosexuales, es decir, esta presunción de la orientación sexual de la usuaria deja entrever que las consultas matroniles están orientadas a atender las necesidades de la mujer heterosexual. De acuerdo a ello, es que los cuidados en la salud de las mujeres que tienen prácticas homoerótica no han logrado ser consideradas en los lineamientos de un programa de salud específico ni tampoco en la definición de una

política pública de salud que garantice los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres lesbianas.

Sin embargo, en relación con los factores influyentes en la invisibilización social, tanto como institucional, las entrevistadas señalaron que la iglesia era uno de los principales mecanismos de control social que ejerce presión sobre la realidad lésbica , ya que, se caracteriza por dogmatizar que las relaciones afectivas y emocionales deben darse sólo entre hombre y mujer, por lo tanto, la homosexualidad femenina se evidencia como una desviación sexual que va en contra de las leyes religiosas.

Sobre la base de las consideraciones y apreciaciones anteriores, se puede destacar que el modelo patriarcal influye en las visiones y concepciones de los profesionales de la salud, de acuerdo a como conciben esta realidad emergente de la atención de mujeres lesbianas.

Desde las discursividades de los profesionales que participaron en la investigación se puede evidenciar que existe una dificultad de separar la percepción personal del ejercicio profesional, el cual deja entrever el adoctrinamiento heterosexista tradicional que se construye en la formación profesional, ya que se direcciona en la atención de pacientes reproductores del sistema, es decir, temáticas relacionadas con la planificación familiar y maternidad.

Sin embargo, a pesar que los profesionales del sistema público de salud asumieron posiciones políticamente correctas bajo un discurso pro diversidad e inclusivo, manifestaron que no podían asegurar la entrega de una atención sin prejuicios y efectiva a mujeres lesbianas, debido a la falta de herramientas para el abordaje de la temática.

La intervención de los profesionales es la clave para la satisfacción de necesidades y derechos de esta comunidad, por lo tanto, plantea un desafío en la formación profesional y ética, es decir, considerar al otro por su vulnerabilidad es necesario, pero también aceptarlo como un igual frente a las decisiones que se adoptan en el campo de la salud.

A pesar de ello, se puede concluir que existe un interés real en brindar una atención integral para la población lésbica desde la perspectiva de garantizar los derechos humanos y sexuales. Este aspecto se vincula a las carencias en la formación profesional que se configuran desde la sexualidad heteronormativa de la sociedad, la cual genera sesgos en el abordaje de temáticas como: el aborto, diversidad sexual, orientaciones sexuales e identidad de género.

El respeto a las decisiones de las personas es esencial al momento de pensar en la bioética como componente en la relación jerárquica que surge entre usuaria-profesional, ya que se interrelacionan los derechos sexuales y reproductivos inherentes a las mujeres lesbianas y las voluntades de los profesionales del área de

la salud, lo cual se desmarca del Programa Salud de la Mujer que existe en la actualidad, generando impactos positivos y/o negativos en esta población.

La clásica división entre lo público y lo privado como interdependientes unos de otros, permite develar que el estado controla ambas esferas, lo que obstaculiza y limita el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos esencialmente de las mujeres de manera transversal, ya que interviene en las decisiones que ellas deberían tomar sobre su cuerpo de manera libre. Esta intervención del estado patriarcal, determina que las políticas públicas logren materializar soluciones paliativas sobre el ámbito de la salud.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, enmarcados en los derechos humanos, permite avances en la salud reproductiva, en la entrega de una salud de calidad, de información amplia y oportuna sobre los servicios existentes. Considerando las relaciones de poder que se ejercen entre hombres y mujeres, y también, entre personas que se relacionan sexo afectivamente con el mismo sexo, esto genera obstáculos en el ejercicio de estos derechos.

Así como la existencia de metodologías que podrían utilizarse para abordar la atención de usuarias lesbianas, consolidar comités de ética en las instituciones de servicio de salud público y, sobre todo, desarrollar el diálogo social sobre educación sexual.

Por las consideraciones anteriores, es importante destacar que se identificaron debilidades por parte de los profesionales que se relacionan con el escaso nivel de información que manejan sobre la temática lésbica. Se pudo deducir que la sensibilización sobre las prácticas sexuales de mujeres no heterosexuales se refuerza por medio de las capacitaciones obligatorias que imparte el sistema público, ya que en los equipos de trabajo no se dialoga directamente sobre salud sexual, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres lesbianas. Más bien, se considera una realidad emergente que se ha recibido con un poco de resistencia por parte de los profesionales, porque como ellos mismos señalaron en el estudio, las lesbianas siempre han existido, pero actualmente han tenido una mayor apertura y visibilidad en la sociedad.

Finalmente, es importante destacar la concepción que se tiene del lesbianismo en la sociedad, reconociendo esta orientación ligada a las prácticas homoerótica y que, en consecuencia, deja de lado el enfoque sociopolítico que responde a visibilizar las demandas de esta población, que es considerada como minoría.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo al presente proceso investigativo y los análisis de la percepción tanto de las mujeres lesbianas como de los profesionales del sistema público de salud, se pudieron identificar nuevos hallazgos sobre la configuración y representación que emerge desde la salud sexual y reproductiva de mujeres que mantienen sexo con mujeres.

Es por ello, que una vez finalizado el estudio, es posible establecer los siguientes hallazgos:

1. El tema de estudio si es una problemática reconocida por las mujeres lesbianas que participaron en la investigación, ya que desde una perspectiva crítica y consciente mencionan que el sistema de salud público no las reconoce como una población de riesgo ni tampoco de atención frecuente.
2. Las mujeres lesbianas destacan que no esperan que el sistema público tenga un protocolo de atención específico para ser atendidas, sino que debería ser una atención integral, es decir, que incluya de manera transversal a todas las mujeres independiente de su orientación sexual para unificar una atención de calidad.

3. De acuerdo a lo que señalan las mujeres homosexuales en el rol de usuarios del sistema de salud público, es que la propia baja de asistencia a controles matroniles se debe a la desinformación de ellas y al temor de ser discriminadas al reconocer abiertamente su orientación sexual.

4. En relación a la maternidad lésbica, la mayoría de las participantes señalaron que la posibilidad de ser madres es más viable por medio de la adopción, que la inseminación artificial. Debido a que este último es un tratamiento de alto costo económico. Así mismo, consideran que su realización como mujeres no depende de la maternidad, es decir, el ser lesbianas no es sinónimo de querer tener una familia tipo como impone el sistema heteropatriarcal.

5. De acuerdo a los factores que influyen en la invisibilidad de esta temática, la totalidad de las participantes responsabilizó a la iglesia, más que al sistema público como la institución que genera un impacto negativo en el reconocimiento social de su orientación sexual. Ya que, como ente regulador e interventor del sistema patriarcal concientiza a través de las doctrinas valóricas la discriminación y rechazo a las mujeres lesbianas, categorizándolas de anormales.

Por otra parte, los hallazgos que surgieron por parte de los profesionales sobre la salud sexual y reproductiva se asocian a:

1. La desinformación que existe por parte de los profesionales sobre la atención a mujeres lesbianas se relaciona con la invisibilización de este campo, es decir, no existe un protocolo de atención que indique como abordar a una paciente que reconoce de manera abierta su orientación sexual.
2. Los lineamientos de su formación educativa están dirigidos hacia la mujer que aporta y reproduce el sistema heteronormativo. Es por ello, que no logran entregar una atención efectiva a mujeres que mantienen sexo con mujeres.
3. En relación a las capacitaciones obligatorias en los centros de salud, es importante destacar que es el medio para que los profesionales se interioricen sobre la temática lésbica. Aunque la totalidad de los profesionales entrevistados señalaron que tienen la voluntad e interés de conocer las necesidades sobre la salud sexual y reproductiva de esta comunidad y así, generar nuevas herramientas y estrategias de abordaje de atención efectiva.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Los procesos de modernización y cambios sociales que han surgido en los últimos años, generan modificaciones culturales que han permitido visibilizar desde una perspectiva más liberadora y empoderada la sexualidad y reproducción femenina. Así mismo, las concepciones sobre estas prácticas son diversas, es decir, han logrado ser transformadas y deconstruidas para unificar tanto a mujeres heterosexuales y homosexuales.

Este nuevo paradigma permite insertar y posicionar el trabajo social desde la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, las tensiones que se producen entre el estado, como garante de derecho, y la materialización de la política pública.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, se desprenden los siguientes aportes a la profesión:

1. El aporte ético del estudio es que la temática de salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas no es propia de la disciplina y por tanto, desde la profesión no es considerada como una población de atención y/o intervención social frecuente. Por esta razón, se evidencia escasez de información e investigación sobre esta realidad emergente que ha sido invisibilizada social e institucionalmente.

2. Seguidamente, es importante que la profesión se posicione en el área de salud pública como un actor social que articule la acción transformadora y promueva por medio de estrategias de intervención el bienestar y calidad de vida de las mujeres homosexuales que utilizan este servicio. Para ello, se debe sensibilizar y concientizar tanto a las usuarias, como también a los profesionales del área matronil, quienes se enfrentan constantemente a diversos dilemas éticos relacionados al criterio formado, de acuerdo a las concepciones valóricas que mantienen sobre el lesbianismo y a su vez, al nulo abordaje de acción sobre la entrega de una atención integral a esta comunidad.

3. Otro aporte para el trabajo social, es intervenir a través del proceso de aprendizaje de la educación popular en el equipo interdisciplinario bajo la mirada del modelo socioeducativo que permitirá fortalecer y potenciar el desarrollo de una conciencia crítica y liberadora sobre la percepción que tienen sobre el lesbianismo y sus prácticas sexuales.

4. La investigación realizada permite ampliar las perspectivas y aristas del trabajo social en otorgar conocimientos sobre el lesbianismo y que pueda una temática de intervención en todos los niveles, es decir, en familia, grupo y comunidad.

5. Finalmente, aporta elementos para la visibilización del movimiento lesbofeminista y la construcción sociopolítica de las mujeres pertenecientes a esta comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- Aldarte (2003) *Cuadernos divulgativos N°4: "Historia del lesbianismo en el Occidente"*
- Araujo, K y Prieto, M (2008). *Estudios sobre las sexualidades en América Latina. Sesión 1: Sexualidades para el debate. Entre el paradigma libertario y el paradigma de derechos: Límites en el debate sobre sexualidades en América Latina.* FLACSO, sede Ecuador. 26-27.
- BaptisteBlin, J, Navarrete J, Reyes A, Robledo C, Salamanca G, Teplizky, K. (2015). *Discursos en torno a la salud sexual lesbica de organizaciones vinculadas al tema, presentes en Santiago de Chile en el año 2015, y su relación con el Modelo Médico Hegemónico.* Artículo académico. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Chile. 2-9.

Beauvoir, S. (2011) *“El segundo Sexo”*, Editorial Sudamericana. Buenos Aires. Argentina.

Briones, J y Valdés, Y. (2014) *“Construcción de la homosexualidad femenina en Chile”* Tesis para optar al título de trabajadora Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Chile.

Buttler. Judith. (1999) *“El Género en disputa. En feminismo y la subversión de la identidad”*. Editorial PAIDOS. p.p.13.

Castañeda, M (2007)

“El machismo invisible regresa”
editorial Taurus, México

Cornejo, J (2008)

“Homosexualidad y cristianismo en tensión: La percepción de los homosexuales a través de los documentos oficiales de la Iglesia Católica” Capítulo 2, Revista de estudios gays / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. - V. 1, 2007, Editorial Bagoas, Brasil.

Dangler, J (2011)

“La teoría queer y la iberia no-moderna”, Revista dones i textualitat, Editorial Lectora (d)Nº17, España-Barcelona

Echeverría, G (2005)

*Análisis cualitativo por categorías.
Apuntes docentes s/n Metodología de
la Investigación. Escuela de
psicología. Universidad Academia de
Humanismo Cristiano.*

Engels, F (2017)

*“El origen de la familia, la propiedad
privada y el estado”*

Archivo Marx-Engels de la Sección en
español del Marxists, Editorial
Progreso.

Espinosa, S. (2007).

*“Madres Lesbianas: Una mirada a las
maternidades y familias lésbicas en
México”.* Editorial EGALES, S.L. 12-
19. México.

Falcón, F (2004)

“La familia, el Estado, la iglesia: pasado y nuevos horizontes Anuario de Derechos humanos”. vol.5 (189-213), Editorial Nueva época, España.

Frómeta. O. (2013).

“Salud sexual y desarrollo de la sexualidad, de mujeres lesbianas, en edad adulta” Revista sexología Sexología y sociedad 2013. Vol 19 N°2

Gimeno, B (2003)

“Una aproximación política al lesbianismo (De) construcción social de la sexualidad”. Revista Servicios Sociales y política social del Consejo General de Colegios oficiales de diplomados en trabajo social. N° 70. 2º trimestre 2003, España.

Güezmes, A. S/F

*“El tiempo de los derechos sexuales:
Posibilidades y búsqueda,
Biblioteca virtual de Ciencias Sociales”*

Jelin, E (2012)

*“Las lógicas del cuidado infantil. Entre
las familias, el Estado y el mercado”*
Iconos. Revista de Ciencias Sociales,
núm. 50, septiembre,
pp. 218-220 Facultad
Latinoamericana de Ciencias Sociales
Quito, Ecuador.

Lambona, D. (2014)

*“Sexualidad y poder en la obra
de Michael Foucault”*. Tesis de Grado
para optar al título de filósofo.
Universidad de Cartagena, Colombia. 4-30

“

Lerner, G (1990)

“La creación del Patriarcado”,
Editorial Crítica, Barcelona.

López, A. (2010)

*“Feminismo y Emancipación en la
prensa obrera femenina Chile, 1890-
1915”*
Universidad Academia de
Humanismo Cristiano Tiempo
Histórico. N°1/63-83/ Santiago-Chile

Ministério Da Saúde (2014)

*“Atenção Integral à Saúde de
Mulheres Lésbicas e Bissexuais”,
Brasília.*

Morales, P. (s/f)

“Los Derechos sexuales desde una
perspectiva jurídica. Versión resumida
del libro. “Ciudadanía, sexualidad y
derechos”. Editorial del Colegio de
México.

Montero, A. y niño R. (2016).

“Bioética en Salud Sexual y reproductiva”. Editorial Mediterráneo Ltda. 26-232. Chile.

Navarro-Corona, C., & Rocha Sánchez, T., & Tena Guerrero, O., & Cruz del Castillo, C., & Herrera, C., & Castañeda Salgado, P. (2016).

“Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual”. Psicología Iberoamericana, 24 (2), 44-52.

Principios de Yogyakarta (2007)

“Principios sobre la aplicación de la legislación Internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y de género”

Raubel, I. (2003)

“Género y Poder”, Editorial Uma, Buenos Aires.

Rich, A. (1980)

“La heterosexualidad Obligatoria y la existencia lesbiana” DUODA Revista d'Estudis Feministes núm 10-1996, España-Barcelona

Ruiz , J (2001)

“Metodología de la investigación Cualitativa” Universidad de Deusto, España.

Rodríguez L. S/F

“Derechos sexuales y reproductivos. Fondo De población de Naciones Unidas”

Scaniello, M. (2014).

“La invisibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario: Elementos para pensar políticas inclusivas de salud sexual y reproductiva en Uruguay”.
Proyecto de tesis de la Maestría de Género y Políticas Públicas de FLACSO Uruguay en convenio con México. U de la R, Montevideo.

Venegas, G. (2013).

“Promoción de la Salud Sexual de Lesbianas y Bisexuales para los equipos de Salud” UNACESS-Hospital Las Higueras. Chile.

Vera, L. (1998).

“Historia de la Sexualidad”. Laboratorio de Hematología, Centro de Investigaciones Regionales, “Dr. Hideyo Noguchi”, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.117-119

Vespucchi, G (2015)

“Identificaciones sexuales politizadas y modos de vidas lésbicos: un análisis sobre cuadernos de existencia lesbiana” (Buenos Aires, 1987-1996). Revista *Questión*. Vol.1 N°47. La Plata, Argentina

Villarreal, A (2001)

“Relaciones de poder en la sociedad patriarcal” Revista electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”, vol.1, Núm. 1, Enero-Junio, 2001. Universidad de Costa Rica.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

Declaración de los Derechos Sexuales. Consejo resolutivo de WORD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH (WAS) (2014). Consultado: Sábado 26 de Mayo de 2018 de: (http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf).

Organización panamericana de la Salud. Volumen 1. Capítulo 4. “Las Políticas Públicas y los sistemas y los servicios de salud, Cap. 4. 2007. Consultado: Viernes 25 de mayo de 2018 de: (<https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>)

Organización Mundial de la Salud (2005). Consultado: sábado 26 de mayo de 2018 de: (<http://www.who.int/features/qa/28/es/>).

Organización mundial de organizaciones de Lesbianas, Gays, Bisexuales y transgénero (ILSA) (2006). Consultado: domingo 27 de mayo de 2018 de: http://www.sstalcahuano.cl/mujereslb/file/diversidad/2007_ilga_la_salud_de_lesbianas_y_bisexuales.pdf

Viviendo la Salud. (16 de febrero de 2018). Consultado: Sábado 26 de Mayo de 2018 de: (<https://viviendolasalud.com/salud-y-remedios/salud-publica>).

Lagarde, M. La sexualidad. (1998). Consultado: viernes 15 de Junio de 2018 de: ([file:///C:/Users/sony-vaio/Downloads/lasexualidad%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/sony-vaio/Downloads/lasexualidad%20(2).pdf)).

Derechos sexuales y reproductivos. Rodríguez. L. s/f. Consultado: sábado 18 de junio de 2018.

<http://www.decidiresunderecho.org/index.php/publicaciones?task=routedownload&tmpl=component&id=6>)

Programa de educación afectivo-sexual. Consejería de educación y ciencia del instituto anda luz de la mujer. Consultado: sábado 30 de Junio de 2018: <http://educagenero.org/ESJunta/Secundaria/tomo%20I%20general.pdf>).

Declaración de Principios de Yogyakarta (s/f): Consultado: sábado 21 de Julio de 2018:

www.movilh.cl/documentacion/principiosyogyakarta.doc).

Declaración y plataforma de acción de Beijing (1995): Consultado: sábado 21 de Julio de 2018:

<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>).

Informe sombra: Mecanismo de seguimiento para la implementación de la convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención Belem do Pará” (MESECVI), 2016-Sociedad civil Chile. Consultado: sábado 21 de Julio de 2018:

<http://www.insmujer.cl/publicaciones/sombrasoccivilchile.pdf>).

Los Derechos Sexuales desde una perspectiva Jurídica. Consultado: sábado 21 de Julio de 2018: [file:///C:/Users/sony-vaio/Downloads/LOS%20DERECHOS%20SEXUALES%20DESDE%20UNA%20PERSPECTIVA%20JURIDICA%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/sony-vaio/Downloads/LOS%20DERECHOS%20SEXUALES%20DESDE%20UNA%20PERSPECTIVA%20JURIDICA%20(2).pdf)).

Programa Salud de la mujer. Consultado: lunes 19 de noviembre de 2018:

[\(https://www.minsal.cl/salud-de-la-mujer/\)](https://www.minsal.cl/salud-de-la-mujer/).

Informe Sombra CEDAW-CHILE, 2017-2018. (s/p.). Consultado: Martes 20 de Noviembre de 2018:

[https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CHL/INT_CE
DAW_NGO_CHL_29937_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CHL/INT_CE
DAW_NGO_CHL_29937_S.pdf).

Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos Humanos. Fondo de población de Naciones Unidas. Consultado: Miércoles 21 de Noviembre de 2018.

[file:///C:/Users/caro/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8
bbwe/TempState/Downloads/LiliaRodriguez%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/caro/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8
bbwe/TempState/Downloads/LiliaRodriguez%20(1).pdf)

ANEXOS

ENTREVISTA APLICADA A MUJERES LESBIANAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA.

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Asimismo es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. Canales la define como la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013)

A continuación se desarrollará una entrevista semiestructurada que tiene como propósito recopilar información sobre la percepción que tienen las mujeres lesbianas chilenas entre 25 y 35 años acerca de su salud sexual y reproductiva, y la atención que han recibido en el sistema de salud público.

Este instrumento consta de tres ítems que contienen diversas preguntas. En primera instancia, vislumbra el proceso individual y familiar que configura la identidad

lésbica. Luego, permite dar cuenta el conocimiento y apreciación que manifiestan las mujeres lesbianas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Así mismo, describir las necesidades y barreras percibidas por la población lésbica para acceder a la atención de salud ginecológica, que invisibiliza a las mujeres que mantienen sexo con mujeres, considerando la heterosexualidad como única relación afectiva y sexual válida. Finalmente, accede a conocer la visión de la reproducción y la maternidad de mujeres lesbianas.

ENTREVISTA APLICADA A MUJERES LESBIANAS

Datos personales de la entrevistada

Nombre de la entrevistada:
Edad:
Nacionalidad:
Ciudad:
Estado civil:
Ocupación:
Escolaridad:
¿Tienes Hijos/as? ¿Cuántos?:

- **Proceso individual y familiar que configura la identidad lésbica.**

1. ¿A qué edad te diste cuenta de tu orientación sexual? ¿Cómo?
2. ¿Cómo enfrentaste a tu familia para contarles que eras lesbiana?
3. ¿Cómo ha sido la relación con tu familia (antes y después de asumirte como lesbiana)?
4. ¿Reconoces abiertamente tu orientación sexual? ¿Por qué?
5. ¿Asumirte como lesbiana cambió tus relaciones con el resto? ¿Qué ha significado esto para ti?

- **Percepción de las mujeres lesbianas de acuerdo a la invisibilización del sistema de salud público sobre su salud sexual y reproductiva**

1. ¿Ha asistido alguna vez al ginecólogo (a) o matrona? ¿Cuándo fue la última vez?
2. ¿Es difícil para usted develarle al ginecólogo (a) o matrona su orientación sexual?
3. ¿Usted considera necesario asistir periódicamente al ginecólogo (a) o matrona? ¿Por qué?

4. ¿Se siente cómoda cuando asiste a un control ginecológico de rutina? ¿Por qué?
5. ¿Te has sentido discriminada en el sistema de salud Público? ¿Por quienes? ¿De qué manera?
6. ¿Conoce las ETS que se pueden contraer en mujeres que mantienen sexo con mujeres?
7. ¿Qué métodos conoce usted para prevenir ETS en mujeres lesbianas?
8. ¿Se ha sentido discriminada alguna vez en el servicio de salud público?
9. ¿Qué esperas del sistema de salud público?
10. ¿Cuáles son tus necesidades como lesbiana para acceder a los servicios de salud público?
11. ¿Crees que debe existir un programa de salud específico para la atención ginecológica de la población lésbica?
12. ¿Crees que la discriminación en los servicios de salud y negligencia de los profesionales se relaciona a los prejuicios que existe sobre su sexualidad?
13. ¿Conoces los riesgos de las conductas sexuales de tu salud?

▪ **Reproducción y maternidad en mujeres lesbianas**

1. ¿Alguna vez te has planteado la posibilidad de ser madre? ¿Por qué?
2. ¿La inseminación artificial es una opción para embarazarte? ¿Por qué?
3. ¿Qué piensas sobre la maternidad lésbica?
4. ¿Crees que el hecho de asumir tu preferencia sexual cambiaría en algo tu maternidad? ¿Por qué?
5. ¿Crees que la configuración de una familia lesbomaternal en Chile es discriminada?
6. ¿Crees que el estado chileno debería subvencionar el proceso de inseminación artificial de mujeres lesbianas? ¿Por qué?
7. ¿Qué factores crees que influyen en que este tema no se considere en ámbitos legislativos y de política Pública?

ENTREVISTA APLICADA A PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Asimismo es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. Canales la define como la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013).

El presente instrumento consta de diez preguntas, que se dividen en dos Ítems. El primero, tiene relación con la formación profesional y el segundo con el ejercicio profesional. Ambos, extraerán información necesaria para validar la investigación “Salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas en el sistema Público de Chile”, realizada durante el año 2018, por estudiantes de Quinto año de Trabajo social provenientes de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

La siguiente entrevista tiene como fin conocer la visión que tiene los profesionales del área de Salud del Sistema público de Chile en torno a la Salud sexual y reproductiva de pacientes que recurren a la atención de salud pública.

Datos Personales del Profesional

Nombre del profesional:
Edad:
Sexo:
Nacionalidad:
Ciudad:
Estado civil:
Ocupación:
Año de egreso:
Universidad:

Formación profesional

1. En la actualidad ¿Su equipo de trabajo dialoga en torno la salud sexual y reproductiva?
2. ¿Considera importante capacitar de manera obligatoria al personal del área de Salud en temáticas de género, diversidad sexual con enfoque desde los derechos humanos y sexuales? ¿Por qué?
3. ¿Usted cree que su formación como profesional se basa en la concepción heteronormativa de la sociedad?
4. ¿Qué lineamientos o temas incluiría usted en la malla curricular de pregrado relacionada con su formación académica?

Ejercicio profesional

1. ¿Usted reconoce a las mujeres lesbianas como sujetos de atención frecuente?
2. ¿Se siente preparado para atender a mujeres lesbianas en forma efectiva y sin prejuicios?
3. ¿Cuál ha sido su experiencia frente a esta temática?

4. Nos gustaría que nos relatara. ¿Cómo aborda la atención de una paciente que se reconoce abiertamente lesbiana?
5. ¿Existe promoción y prevención de las conductas sexuales de las mujeres lesbianas?
6. ¿De qué manera aborda el tipo de relación sexual que práctica la paciente?
7. ¿Cuándo ve a sus pacientes que preguntas le hace
8. ¿Considera que se debe tener un protocolo de atención específico para las mujeres de la diversidad sexual?
9. ¿Qué opinión tiene sobre la reproducción y maternidad lésbica?
10. ¿La reproducción y maternidad en mujeres lesbianas debiera ser un tema de Salud Pública?
11. ¿Qué factores crees que influyen en que este tema no se considere en ámbitos legislativos y de política Pública?
12. ¿Crees que el estado chileno debería subvencionar el proceso de inseminación artificial de mujeres lesbianas? ¿Por qué?
13. ¿Qué cree usted de esta realidad emergente? ¿Qué sugerencias y cambios propondría?

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Percepción de las mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva.

Variable	Conceptualización	Definición Operacional	Dimensiones	Sub dimensiones	Ítems	Instrumento
Percepción de las mujeres lesbianas sobre su salud sexual y reproductiva.	Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.	Apreciación que manifiestan las mujeres lesbianas sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva.	Cognitiva	Conocimiento Razonamiento	¿Qué método conoce usted para prevenir las ITS?	Entrevista semi estructurada

				Valores		
			Cultural	Creencias	¿Usted cree que las mujeres lesbianas necesitan asistir periódicamente a la consulta matronil?	Entrevista semi estructurada

			Sensorial	Alta afectividad	¿Se ha sentido alguna vez discrimi nada en el sistema de salud público?	Entrevista semi estructurada
				Media afectividad		
				Baja afectividad		

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Sistema Público.

Variable	Conceptualización	Definición Operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Ítems	Instrumento
Sistema Público.	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población	Definición de una política pública que ha hecho el estado chileno sobre el acceso a la atención de salud de mujeres lesbianas..	Visión	Concepciones	¿Usted cree que su formación profesional se basa en la concepción heteronormativa de la sociedad?	Entrevista semi estructurada

				Conocimientos	¿Considera importante capacitar de manera obligatoria al personal del área de Salud, en temáticas de género, diversidad sexual con un enfoque desde los	Entrevista semi estructurada
--	--	--	--	---------------	---	------------------------------

					<p>D.D.H..H.</p> <p>y sexuales</p> <p>? ¿Por qué?</p>	
				<p>Valoraciones</p>	<p>¿Qué lineamientos o temas incluiría en su malla curricular de pregrado, relacionada con su formación académica?</p>	<p>Entrevista semi estructurada</p>

			Experiencia	Integradora	¿Se siente preparada o para atender a mujeres lesbianas en forma efectiva y sin prejuicios?	Entrevista semi estructurada
--	--	--	-------------	-------------	---	------------------------------

				Discriminadora	¿De qué manera abordaría el tipo de práctica sexual que tiene la paciente?	Entrevista semi estructurada
--	--	--	--	----------------	--	------------------------------

					¿De qué manera abordaría el tipo de práctica sexual que tiene la paciente?	
--	--	--	--	--	--	--