

LA CONSULTA GINECOLÓGICA: UN DESAFÍO PARA LAS MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES EN CHILE¹

La consulta ginecològica: un repte per a les dones lesbianes i bisexuals a Xile

Gynecological Consultation: A Challenge for Lesbian and Bisexual Women in Chile

Maria José Basualto Ormazábal¹; Javiera Belén Zúñiga Soto²; Manuel Cárdenas Castro³

Autor correspondencia: Manuel Cárdenas Castro

Correo electrónico: jose.cardenas@utalca.cl

1. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. (*Talca, Chile*)

2. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. (*Talca, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9997-8202>

3. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. (*Talca, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5484-0078>

Recibido: 23/05/2023

Aceptado: 29/09/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Este artículo ha recibido el apoyo del Proyecto Fondecyt Regular N°1210102 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID).



RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue indagar en las experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica y conocer si, dada su orientación sexual, han vivido experiencias de violencia dentro de esta. Además, exploramos las consecuencias que habrían generado para ellas dichas experiencias de violencia ginecológica. **METODOLOGÍA.** Estudio de carácter cualitativo en el que participaron 12 mujeres lesbianas y bisexuales, con las cuales se efectuaron entrevistas semiestructuradas y que fueron analizadas mediante un análisis temático de contenido. **RESULTADOS.** Se produjeron tres categorías fundamentales: experiencia en la consulta, situaciones de violencia ginecológica y consecuencias de dicha violencia. **CONCLUSIONES.** Los principales hallazgos muestran que, debido a los diferentes sesgos y desinformación dentro de la consulta, por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, las mujeres se abstendrían de asistir a esta, lo que podría generar consecuencias a futuro en relación con su salud sexual. Del mismo modo, las emociones dominantes son de rabia y molestia debido a lo que consideran un trato discriminatorio, evaluando la ginecología como una disciplina hetero-normada construida para mujeres cisgénero y que tiene un marcado énfasis en la reproducción de las mujeres más que en su salud.

Palabras clave: ginecología, lesbianas, bisexuales, violencia ginecológica, modelo médico hegemónico.

RESUM

L'objectiu del present estudi va ser indagar en les experiències de dones lesbianes i bisexuals a la consulta ginecològica, i conèixer si, donada la seva orientació sexual han viscut experiències de violència dins d'aquesta. A més, explorem les conseqüències que haurien generat per a elles aquestes experiències de violència ginecològica. **METODOLOGIA.** Estudi de caràcter qualitatiu en el qual van participar 12 dones lesbianes i bisexuals, amb les quals es van efectuar entrevistes semiestructurades i que van ser analitzades mitjançant una anàlisi temàtica de contingut. **RESULTATS.** Es van produir tres categories fonamentals: experiència en la consulta, situacions de violència ginecològica i conseqüències d'aquesta violència. **CONCLUSIONS.** Les principals troballes mostren que a causa dels diferents biaixos i desinformació dins de la consulta, per part de mèdics/as, infermers/as i matrones/és, les dones s'abstindrien d'assistir a aquesta, la qual cosa podria generar conseqüències a futur en relació a la seva salut sexual. De la mateixa manera, les emocions dominants són de ràbia i molèstia a causa del que consideren un tracte discriminatori, avaluant la ginecologia com una disciplina heteronormada pensada per a dones cisgènere i que té un marcat èmfasi en la reproducció de les dones més que en la seva salut.

Paraules clau: ginecologia, lesbianes, bisexuals, violència ginecològica, model mèdic hegemònic.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the experiences of lesbian and bisexual women within the gynecological consultation, and to find out if they have experienced violence within it given their sexual orientation. In addition, we investigated the consequences that these experiences of gynecological violence would have generated for them. In the qualitative study, 12 lesbian and bisexual women participated, with whom semi-structured interviews were conducted and which were analyzed through a thematic analysis. Three fundamental themes were extracted: experience in the consultation, situations of gynecological violence and consequences of violence in her lives. The main findings show that due to the different situations of discrimination and misinformation within the consultation, women would refrain from attending it, which could generate future consequences in relation to their sexual health. The primary findings reveal that as a result of various biases and misinformation present during the consultation by healthcare professionals, women might choose not to attend. This decision could potentially lead to future repercussions concerning their sexual health. Similarly, prevalent emotions such as anger and frustration stem from the perceived discriminatory treatment. The women assess gynecology as a heteronormative field designed for cisgender women, primarily focused on women's reproduction rather than their overall well-being.

Keywords: Gynecology, Lesbians, Bisexuals, Gynecological Violence, Hegemonic Medical Model.

INTRODUCCIÓN

La atención ginecológica de rutina puede implicar todo un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile, debido al arraigado prejuicio sexual existente en nuestra sociedad (Estay et al., 2020) y del cual médicos/as, enfermeros/as y matronas/es no son ajenos. La permanente presunción de heterosexualidad acerca de quienes asisten a la consulta ginecológica (Perrotta, 2014) constituye una grave barrera para su atención en salud sexual, puesto que se brindaría una atención basada en sesgos de género que generan expectativas de comportamiento basadas en roles de género estereotipados y prácticas asociadas a las mujeres heterosexuales en nuestra sociedad.

La ginecología es una disciplina creada específicamente para las personas asignadas al nacer como mujeres, la cual las acompaña rutinariamente a lo largo de la vida. En la consulta las mujeres se encuentran en un entorno donde muchas veces deben mostrarse desnudas y con sus genitales expuestos, lo cual genera un sentimiento de intranquilidad, incomodidad y vulnerabilidad. Dicho malestar es en ocasiones profundizado por la adscripción a ciertas categorías sociales como la clase social, la etnia o la orientación sexual, que definen en buena medida las modalidades de trato de las pacientes (Salinero y Cardenas, 2021). Por ello resulta de enorme importancia que el clima de estos espacios resulte acogedor y respetuoso, considerando el potencial impacto que tendría sobre la salud integral de las pacientes (Asociación Mujeres para la Salud, 2017).

La primera visita ginecológica se realiza entre los 13 y los 21 años, etapa donde normalmente se produce la primera menarquia y se inician las relaciones sexuales (Tamburrino et al., 2007). La consulta ginecológica constituye un escenario complejo donde una inadecuada atención en salud puede ocasionar el abandono de este servicio por parte de las usuarias o la demora en la realización de exámenes que pueden resultar relevantes para su salud. En este sentido, resulta importante que médicos/as, enfermeros/as y matronas/es mantengan un trato cordial y respetuoso hacia las pacientes, comenzando por dejar de asumir que estas solo mantienen prácticas heterosexuales (Beleño, 2018). En este estudio entendemos la identidad de género como la conciencia que cada persona tiene de ella misma respecto a su sexo o género, es decir, la autoclasificación que en este sentido hacemos cada uno de nosotros (Fernández, 2022), mientras que la orientación sexual alude a la atracción sexoafectiva hacia otra persona de un determinado sexo, pudiendo ser del mismo sexo, del sexo opuesto o ambos (Gil et al., 2020).

Entre las especialidades médicas que presentaban mayores índices de negligencia se encuentra la ginecología, con un 20% de las demandas registradas (Tapia, 2003). En los datos obtenidos en la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica, realizada durante los años 2019-2020 (Colectiva contra la Violencia Ginecológica, 2021), se puede observar que un 5.9% de las mujeres encuestadas dicen no asistir a un control ginecológico, ya sea debido a sus malas experiencias previas, su avanzada edad o la falta de acceso a dichos servicios. Según datos de la encuesta *Ser lesBIana en Chile* (Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, 2016), un 33.26% de las mujeres lesbianas y bisexuales entrevistadas se habrían sentido discriminadas en el marco de los servicios de salud. Del mismo modo, solo un 48.33% de la muestra afirma haber asistido a una consulta ginecológica en el último año, lo que puede explicarse por la baja percepción de riesgo en cuanto a su vida sexual (Sillberman et al., 2015) o por el hecho de ser omitidas e invisibilizadas sistemáticamente en las campañas de prevención y promoción de la salud sexual, las cuales se centran casi exclusivamente en el uso de preservativos masculinos, apuntando principalmente a mujeres heterosexuales (Navarrete, 2018). Esta idea reduce las experiencias sexuales de las mujeres a la penetración por parte de un varón y condiciona el imaginario sexual de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es que prestan la atención ginecológica.

La ausencia de información confiable respecto al cuidado de los cuerpos, las diferentes formas de erotización y los riesgos vinculados a ellos (Cano, 2020) se reproduce dentro del espacio de la consulta ginecológica. Del mismo modo, el temor a desvelar la orientación sexual genera lo que se ha denominado discriminación anticipada (Brown et al., 2014). Es decir, el miedo a ser discriminadas lleva a las pacientes a autoexcluirse de estos espacios y/o a no ser completamente sinceras dentro de la consulta por miedo a las consecuencias que esto pueda ocasionar en la atención que recibirán.

Esta situación podría explicarse desde los mandatos de roles de género del modelo patriarcal, que operan tanto sobre pacientes como médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, los cuales ven a la mujer y a la ginecología en referencia a su capacidad reproductiva, generando así una constante asociación de la condición de mujer con la maternidad, y dejando de lado las disidencias o a quienes no tienen interés en la concepción (Escobar, 2008). El modelo médico hegemónico (MMH) se reconoce como una de las formas de atención más implementadas y validadas en la sociedad, la cual complementa una serie de prácticas y conocimientos que se sustentan desde el ámbito

científico de la medicina, de ahí que se establezcan con superioridad frente a otras prácticas que se alejen del encuadre de acción que representa. Dicho modelo se ha caracterizado por establecer como subordinados una serie de saberes y prácticas dentro del ejercicio de profesiones vinculadas al área de la salud (Menéndez, 2020).

En la actualidad se ha observado un incremento de estudios referidos a violencia obstétrica (Bohren et al., 2015; Tobasía-Hege et al., 2019), pero no sucede lo mismo con la violencia ginecológica, y menos aún con las experiencias de las disidencias sexuales, puesto que se instauro con el MMH la legitimación y normalización de las prácticas sexuales heteronormativas, consolidando y perpetuando una visión binaria en la puesta en práctica del servicio que termina perdiendo el foco de las necesidades reales que presentan las pacientes, centrando la atención en creencias del imaginario que se han suscitado por los diversos planteamientos del modelo.

En una reciente encuesta desarrollada en Chile, donde participaron más de cinco mil mujeres, se informa que un 67% de las mujeres perciben haber vivido alguna situación de violencia ginecológica en sus atenciones (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2021). Entre las formas de violencia más reportadas se incluye haber sido infantilizadas por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es al realizar una consulta (37.3%), que estos últimos no atiendan adecuadamente sus consultas (33.8%), ser juzgadas por sus prácticas sexuales (21.4%), ser víctimas de procedimientos dolorosos realizados intencionalmente (20%), entre otros. El estudio reseñado menciona que estas formas de violencia son significativamente más reportadas por mujeres lesbianas, afrodescendientes y las que se identifican con alguna etnia originaria.

Las mujeres como grupo social se han visto principalmente afectadas debido a que existe una objetualización de estas por parte del MMH, señalando lo que son, cómo son y para qué son sus cuerpos (Vergara y Granados, 2018), tratándolos como defectuosos, como si estos necesitasen ser corregidos y sus procesos naturales vigilados por las diferentes ramas de la medicina (Salinero, 2021). A raíz de estas prácticas médicas las mujeres han visto coartada la posibilidad de tomar decisiones importantes referidas a sus cuerpos, percibiendo la consulta ginecológica hegemónica como una tecnología de precarización de corporalidades y modos de vida no normativos, como lo son las lesbianas, bisexuales, pansexuales, hombres transgéneros, entre otros (Cano, 2020).

Dentro de la consulta podemos observar ciertas pautas de comportamiento por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, que no tienen aparentemente las suficientes

herramientas o conocimiento sobre la sexualidad de las mujeres no heterosexuales. Del mismo modo, no le atribuyen validez a los propios conocimientos que las mujeres tienen de sus cuerpos, descartando sus expectativas y preocupaciones, muchas veces con arrogancia y desdén.

En una revisión de las políticas sobre salud sexual y reproductiva dentro de las cuales se rige la consulta ginecológica en Chile (MINSAL, 2015), es evidente que estas se enfocan principalmente en la condición reproductiva de la mujer, teniendo como eje principal la maternidad, asumiendo que ese es el fin de las mujeres y sus cuerpos (Navarrete, 2018). Autores como Quirós (2020) señalan que la cobertura rígida enfocada principalmente en las prácticas heterosexuales se podría deber a formas de discriminación y exclusión, ya sea directa o indirecta, hacia personas lesbianas, bisexuales y transexuales. Por este motivo es común ver planes enfocados únicamente en las temáticas de gestación, postparto, aborto e infertilidad. Es debido a estas políticas y su perpetuación dentro de la práctica médica por lo que se sigue manteniendo una inadecuada atención ginecológica hacia las mujeres.

Un estudio realizado por Brown et al. (2014), referido al acceso que tenían mujeres lesbianas y bisexuales a la atención de salud sexual y reproductiva en Argentina, destaca dos problemas fundamentales que enfrentaban las mujeres: ocultamiento de la orientación sexoafectiva e invisibilización de las prácticas homoeróticas femeninas (lo que supone la presunción de heterosexualidad e inhibición de las mujeres para comentar sus prácticas sexuales dentro de la consulta), prejuicios sin fundamento que se dan dentro del ámbito médico y que solo producen una mayor desinformación sobre cómo llevar a cabo una correcta atención ginecológica.

El temor, por parte de las disidencias sexuales, a sufrir discriminación es algo prácticamente normalizado en la vida diaria. Si bien en Chile se ha avanzado en cuanto a inclusión y contención del prejuicio sexual, aún no es suficiente para lograr que las mujeres lesbianas y bisexuales se puedan desenvolver con tranquilidad en la vida cotidiana y/o en espacios públicos sin sentirse observadas, juzgadas o amenazadas (Rompiendo el Silencio, 2018).

En concreto, en la consulta ginecológica los médicos no responden a las necesidades de las pacientes dentro del proceso de exploración, puesto que el mero hecho de identificarse como lesbianas puede desencadenar una mala actitud hacia ellas (Vergara y Granados, 2018) e incluso formas de abuso vinculadas a una idea «moralizadora» (Cano,

2020). En su investigación, Navarrete (2018) menciona la falta de formación por parte de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es al desenvolverse en espacios y temáticas sobre salud sexual de las pacientes lesbianas y bisexuales.

Dentro de este estudio el término «violencia ginecológica» será entendido como un conjunto de prácticas deshumanizadas, llevadas a cabo por médicos/as, enfermeros/as y matronas/es que puede afectar tanto la salud psicológica como física de las mujeres (Cárdenas et al., 2020). Dicha violencia puede expresarse a través de la naturalización de una relación de subordinación médico-paciente (violencia simbólica), expresarse como violencia psicológica o física o por medio de formas de violencia con evidente connotación sexual (Cárdenas, et al., 2020; Cárdenas y Salinero, 2023).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar diferentes aspectos de la experiencia de las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile en relación con los servicios ginecológicos a los cuales asisten. En particular pretende describir y analizar las vivencias de las mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica, indagar respecto de las experiencias de violencia ginecológica vividas y las consecuencias que estas han causado en su salud ginecológica.

MÉTODO

Diseño

El estudio de tipo cualitativo y alcance exploratorio busca indagar en las formas de violencia que las mujeres lesbianas padecen en la consulta ginecológica. El guion de la entrevista se redactó intentando permitir cierto flujo lógico que va desde temas más generales (su historial de consulta ginecológica) a otros más concretos (experiencias o eventos de violencia en la consulta). Del mismo modo, las preguntas incluidas en el guion fueron creadas teniendo en consideración los principales campos en que se expresaría la violencia ginecológica (Cárdenas y Salinero, 2023). Se escogió la entrevista semiestructurada a modo de propiciar un espacio más libre para el relato de las participantes, como también a la expresión de sus emociones, lo que propiciaba ampliar el abordaje propuesto y comparar lo expuesto teóricamente. Las entrevistas fueron realizadas por integrantes del equipo de investigación y procurando siempre ofrecer una escucha activa y empática hacia el relato de las participantes, en virtud de facilitar un ambiente ameno para que pudieran expresarse con mayor libertad. La entrevista aborda

tres grandes tópicos: información general sobre la experiencia en la consulta ginecológica, violencia en sus diferentes ámbitos (simbólica, física, verbal y sexual) y evaluaciones generales de la experiencia dentro de la consulta ginecológica.

Selección de participantes

Como criterios de inclusión en la muestra, se considera que la persona debe haber sido asignada al nacer como mujer, debe declarar sentir atracción sexoafectiva por personas del mismo sexo, ser mayores de dieciocho años, residir en Chile hace más de un año, haber asistido al menos a una visita de ginecología dentro del territorio nacional y haber vivido alguna experiencia de violencia en la consulta ginecológica. Las participantes se incluyeron voluntariamente en el estudio dado que respondieron una invitación a participar por medio de Instagram. Además, a quienes nos contactaban se les invitaba a compartir a su vez la invitación entre sus contactos (muestreo en cadena).

Recogida de datos

Las entrevistas se coordinaron con cada participante y se realizaron en una fecha y horario que fuese conveniente para cada una de ellas. Asimismo, tuvieron una duración aproximada de 60 minutos. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de las participantes, posteriormente fueron transcritas para poder efectuar un análisis adecuado de la información recopilada.

Se entrevistó a un total de 12 mujeres chilenas, las cuales se encuentran en un rango etario entre los 20 y los 40 años ($M= 26.33$ y $DT= 5.64$). Todas las participantes residen actualmente en Chile, pertenecientes a las Regiones Metropolitana (58,4%), del Maule (25%), Tarapacá (8,3%) y O'higgins (8,3%). En relación con su orientación sexual el 72,7% de las participantes identifica su orientación sexual como «bisexual», el 27,3% como «lesbiana». Por otro lado, con relación al sistema de salud que utilizan, un 75% se atiende por el sistema privado de salud y el otro 25% por el sistema público, teniendo en consideración que parte de ellas han tenido experiencias en ambos sistemas de salud.

Análisis de datos

El análisis de la información obtenida se realizó por medio de un análisis temático de contenido (Braun y Clarke, 2006), donde resaltan las dimensiones ocultas, las inferencias sobre el relato de la entrevistada y el sentido latente del relato, buscando asignar un

sentido a los contenidos que van surgiendo de forma contextualizada (López, 2002). Una vez leídas y transcritas las entrevistas, elaboramos una codificación primaria, a la que fueron asignados los temas de nuestro interés en sucesivas reuniones grupales. Se consideraron como temas los patrones recurrentes de significado presentes en las transcripciones. El desarrollo de temas utilizó tanto una perspectiva deductiva como la inductiva. La codificación, de tipo deductiva (*confirmatory theory-based*) permitió que el análisis de datos identificara respuestas de las participantes y las asimilara con las principales estrategias ya identificadas en la literatura publicada sobre violencia ginecológica.

Rigor metodológico

Cada entrevista fue leída por el equipo de investigación, comparando los hallazgos y definiendo en conjunto los temas que resultaban relevantes. Se tuvieron en consideración los criterios tradicionales de validación de la investigación cualitativa: credibilidad (mediante observación persistente de diferentes casos y triangulación de los datos con la teoría existente y los pocos estudios disponibles sobre el tema, a modo de cotejar los hallazgos), transferibilidad (que implicó hacer un muestreo intencionado en la medida en que ciertas características, como la edad o el tipo de servicio al que asistía, nos entregaban la posibilidad de amplificar la información recogida), dependencia (se buscó asesoría o auditoría externa de otros/as investigadores/as que no eran parte del equipo y leyeron nuestros resultados) y saturación (se realizaron entrevistas hasta que los contenidos se fueron reiterando y las nuevas entrevistas ya no proporcionaban información novedosa).

Criterios éticos

La presente investigación forma parte del proyecto FONDECYT regular 1210102 «Violencia y abuso en la atención de salud ginecológica en Chile: un estudio cualitativo sobre estrategias de afrontamiento/protección y las transformaciones en el sí mismo, el cuerpo y la sexualidad de personas asignadas al nacer como mujeres», el cual ha sido aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad de Talca. Todas las participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado con antelación a la realización de la entrevista, donde eran expuestos los objetivos del estudio y se garantizaban condiciones de anonimato y confidencialidad.

RESULTADOS

El análisis de las entrevistas realizadas nos permite escoger tres categorías principales, las cuales hemos seleccionado dada su relevancia teórica. Estas categorías son: 1) Información general sobre la experiencia de la consulta ginecológica; 2) Violencia (simbólica, física, verbal y/o sexual), y 3) Evaluación general de la experiencia dentro de la consulta ginecológica. A continuación, se presentan las categorías y subcategorías asociadas.

Información general sobre la experiencia de consulta ginecológica

Esta categoría buscaba conocer algunos antecedentes relevantes del historial de atención ginecológica y generar confianza por medio de preguntas más generales, antes de profundizar en sus experiencias de violencia ginecológica. Un subtema relacionado con este tema son las «consideraciones acerca del profesional», y se incluyen aquellas principales precauciones y consideraciones de las entrevistadas a la hora de agendar una visita al ginecólogo/a. La edad del ginecólogo/a resulta ser un punto importante para tener en consideración cuando se programa una consulta médica. En su mayoría las entrevistadas tienen como preferencia tratarse con médicos/as jóvenes. Esto tendría su explicación en las diferentes situaciones de discriminación ejercidas por parte de los profesionales (ya sea por orientación sexual, prácticas sexuales y apariencia física), y que suelen asociar a personas con una edad más avanzada. Las mujeres disidentes suponen que los ginecólogos/as jóvenes tienen mayor apertura y/o conocimiento en temáticas de género y diversidad sexual, tomando el tema con mayor naturalidad y menos prejuicios.

En general yo he ido a ginecólogos que tienen entre 30 o 40 años, y noto que en las más jóvenes está mucho más naturalizado el tema de la orientación sexual y los que son mayores no lo tienen tan naturalizado. El que me miró raro era, no sé, un señor de 40 y las otras ginecólogas, donde he tenido mejor experiencia, son mujeres. (Participante 01, bisexual, 29 años)

Otro de los temas más comentados fue la «diferencia que se presentaba entre la atención de profesionales hombres y mujeres». Muchas de las entrevistadas relatan sentirse incómodas al tener que recibir la atención por parte de hombres, ya que este es considerado un espacio íntimo para ellas. Algunas mujeres mencionan que debido a su orientación sexual no les resultaba fácil tener confianza en un hombre para que las atiende y evalúe, puesto que no han tenido ningún tipo de acercamiento íntimo con uno antes. Otras mencionan que, al comparar el nivel de atención brindada según el género del

profesional, siempre era mejor el trato por parte de las ginecólogas, debido a que ellas les generaban una sensación de entendimiento en relación con los propios procesos que ellas viven y por lo cual acuden a la consulta.

Me pasó, por ejemplo, que me quemaron varias verrugas por el VPH y lo hacía un hombre, y me acuerdo que le decía que me dolía. Él me decía, sí, sí sé que duele, y yo ahí pensé no sabe que duele, no tiene idea. Entonces fue muy distinto cuando me fui a atender esto mismo con una ginecóloga, como que ella me hizo sentir mucho más tranquila y en un espacio de confianza como para contarle realmente lo que me pasaba. Al final ella me curó como eso de las verrugas. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Otra subcategoría presente es la del «contexto general de la consulta». Aquí se busca conocer cómo perciben el desarrollo de la consulta las entrevistadas y cuál es el tipo de interacción que se produce con el profesional.

Pudimos observar que las entrevistadas señalan que los profesionales no se tomaban el tiempo necesario para atender a sus dudas, generando en ellas la idea de que su atención no era más que un mero trámite. Siendo debido a esto que perciben como negativo el contexto dentro de la consulta.

Es que siento que es eso, no ven al paciente como paciente lo ven como un cliente, creo yo. Entonces, igual como para ellos es plata tienen que ser rápidos porque viene una persona después entonces como que diga rápido lo que le pasa y le doy la pastilla perfecta para que se le pase. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Yo tenía pensado lo que quería preguntar, pero después de sus respuestas y de hacerme sentir disminuida, finalmente no pregunte nada. (Participante 06, bisexual, 40 años)

Violencia (simbólica, física, verbal y/o sexual)

La segunda categoría que consideramos relevante destacar es acerca de los distintos tipos de violencia que se producen en la consulta. Buscando reconocer con mayor claridad a qué ámbito pertenece: simbólico, físico, verbal y/o sexual. Como una subcategoría resultante se presenta la de «discriminación», entendida como expresión de actitudes y conductas negativas debido al conocimiento de su orientación sexual.

Respecto de este tema, pudimos percatarnos de que aquellas mujeres que sí habían revelado su orientación sexual dentro de la consulta ginecológica se habían percatado de un cambio de actitud por parte del ginecólogo frente a ellas, sintiéndose muchas veces discriminadas con posterioridad a dicha revelación al profesional, siendo consecuencia

de esta actitud discriminatoria el establecimiento de un ambiente poco acogedor de consulta y un trato poco asertivo hacia las pacientes.

Además, las entrevistadas, tanto las que habían desvelado su orientación como aquellas que no lo hicieron, nos mencionaron que en diferentes ocasiones se sintieron discriminadas por su apariencia física. Esto se daba de forma espontánea y sin que esto fuera un tema relevante dado el motivo de consulta. Adicionalmente, existe una infantilización de las pacientes en relación con los tratamientos que desean seguir, resultando muchas veces impuesta la decisión del profesional frente a los diversos tratamientos hormonales o anticonceptivos. Es decir, no se permite un espacio para el diálogo ni se hace partícipe a la paciente de estas decisiones que la afectan.

Fue algo como «ahí está la bata» y en ningún momento fue asertivo o empático en el trato. Fui porque me venía molestando algo. Fui recién operada, tenía roto mi ovario y aparte tenía la cicatriz de veinte centímetros en la panza. No hubo tino de parte de él, me sentí discriminada después de contarle mi orientación. (Participante 07, lesbiana, 27 años)

Decidí ir a otro ginecólogo y que supuestamente era el mejor ginecólogo que había, y aun así me sentí discriminada, no solamente por mi orientación sexual, sino que también por mi cuerpo. Me acuerdo que me hicieron comentarios de mis tatuajes [...] quería saber qué pasaba si yo quedaba embarazada dentro de los primeros seis meses después de hacerme la cirugía, como cuál era el riesgo de aborto o algo así, y antes de contestarme me dijo: «pero si quieres quedar embarazada tienes que bajar de peso», y sin que viniera a cuento, pues yo solamente quería saber qué pasaba si es que llegaba haber un embarazo. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Otras subcategorías importantes y que aparecieron en los relatos de las participantes son «la presunción de heterosexualidad», «la problemática ante la revelación de su orientación» y «el fin netamente reproductivo dentro de la consulta».

La primera subcategoría mencionada tiene relación con cómo se asume por parte de los ginecólogos que quienes asisten a la consulta mantenían relaciones sexuales exclusivamente con hombres, sin profundizar en las parejas sexoafectivas que han tenido las pacientes o sin consultar sobre su orientación sexual.

No, siempre asumen que soy hetero, lo cual cuando era más chica me daba lo mismo, pero ahora, hace algunos años que claramente no soy hetero, es súper extraño, porque tienes que salir del closet con el ginecólogo o con la ginecóloga. (Participante 01, bisexual, 29 años)

Nunca, nunca me han preguntado. Siempre asumen que solamente he estado con hombres. Nunca me han preguntado, y me pasó hartito, que siempre iba a puros ginecólogos hombres y siempre me preguntaban cuántas parejas sexuales había tenido hasta ese momento, que igual es una pregunta súper inadecuada, pues no influye en los asuntos por los que yo iba. (Participante 04, bisexual, 25 años)

En cuanto a la segunda subcategoría, resulta que las mujeres no sienten la confianza para hablar sobre su orientación sexual con el profesional. Con la finalidad de no extender el tiempo dentro de la consulta las entrevistadas prefieren ser más puntuales con los motivos que las llevan a asistir a esta.

También me ha pasado que, yendo al ginecólogo, no lo menciono si el ginecólogo no me genera comodidad. (Participante 01, bisexual, 29 años)

Como última subcategoría, observamos que se menciona en reiteradas ocasiones que la consulta ginecológica se centra en la preocupación por preparar el cuerpo para una posible concepción. Esto entorpece la resolución de los verdaderos problemas que pueden acomplejar a las mujeres disidentes. Estos actos quitan el foco de la mujer que va en busca de alguna ayuda específica y terminan generando la imposición de hablar sobre el tema reproductivo, el cual puede no ser un tema de su interés. Del mismo modo, suponen que ser lesbiana implicaría por sí mismo un método que evitaría el embarazo.

Mi pareja le dijo, así como «sorry, pero ser lesbiana no sé si es un anticonceptivo». Su preocupación era el tema la concepción. De hecho, como que una como egoísta por no pensar en tener un hijo. También me han preguntado de entrada «¿viene por un plan para tener hijos?». (Participante 07, lesbiana, 27 años)

En el fondo no sé, como que tú sientes que te tratan como un objeto de consumo, porque eres reproductiva, eres reproductiva no más [...] siento que lo que más le daba ahí hincapié era al embarazo, más que a mis necesidades. (Participante 08, bisexual, 24 años)

Como que te preparan el cuerpo para cumplir el fin de procrear. Te cuidan para eso, más que tú como mujer, te cuidan tu cuerpo. (Participante 07, lesbiana, 27 años)

Evaluaciones generales de la experiencia dentro de la consulta ginecológica

Esta última categoría busca rescatar las sensaciones y emociones que dejó en las pacientes la visita al ginecólogo/a, profundizando en los aspectos que mejorarían de la consulta para que esta sea un espacio más cómodo y agradable para quienes reciben esta atención.

La primera subcategoría consiste en la «integralidad de la atención», que se relaciona con prestar un servicio más completo, no solamente centrado en los aspectos reproductivos en los que se basa el modelo médico hegemónico.

Se reportó que dentro de la consulta no se mostraba respeto o empatía hacia sus pacientes, teniendo en cuenta que en varias ocasiones las visitas no se daban por rutina, sino por la existencia de algún malestar en la paciente, lo que hacía de esto un momento poco agradable para ellas. Algunas de las entrevistadas relatan el poco tacto y consideración al iniciar una revisión rutinaria o de un procedimiento de mayor complejidad, puesto que no existía una comunicación asertiva o empática por parte del profesional con las pacientes y sus cuerpos.

Parece utópico pensar que no solo se proporcione una solución momentánea, sino que exista una preocupación real por la salud integral de las mujeres. Debería existir un mayor trabajo en pro de que la atención brindada sea más empática con la paciente y sus necesidades.

Me gustaría que me informaran, algo como que antes de meterte el espéculo te avisen que lo van a hacer, que va a estar frío, que te va a doler un poco. Y no así como «oiga le voy a meter esto, ahora pase» y ya están adentro. Con el gel que es bien frío no te avisan antes y es como waa... y uno se aprieta y estás con las piernas abiertas. Es incómodo, entonces encuentro que la atención es deficiente y poco empática. (Participante 07, bisexual, 27 años)

No sentí que se preocupara, porque como les dije igual tratamos otros temas [...] me dijo algo que no tenía nada que ver con el motivo de la consulta. También me recomendó hacerme el PAP, que tampoco tenía mucho que ver con la consulta. (Participante 09, lesbiana, 24 años)

Como segunda subcategoría encontramos «la actualización de conocimientos», la falta de manejo de nuevas técnicas, herramientas y conocimientos respecto a métodos de revisión e intervención que sean más amigables para las mujeres.

Las entrevistadas mencionaron que ellas perciben una falta de conocimiento por parte de los profesionales en relación con cuáles son las medidas de salud sexual que deben adoptar las mujeres que mantienen relaciones sexuales con otras mujeres, y sobre

perspectiva de género. Esta falta de actualización, expresan las participantes, hace de la consulta ginecológica un ambiente muy poco acogedor.

Yo creo que les falta actualizarse en educación sexual y de género. Yo creo que es indispensable hoy en día porque igual a muchas personas les debe dar miedo ir a un ginecólogo por esas mismas razones. A gente no binaria le debe dar miedo llegar a un ginecólogo y que lo juzguen, no sé... como que eso pienso. (Participante 04, bisexual, 25 años)

Ninguno, después de que yo les dije que era lesbiana, me dijo que había anticonceptivos para parejas lesbianas. Nunca me dio consejos tampoco. Nada, ninguno me hizo una orientación atendiendo a mi orientación sexual y amorosa. No, cero, no hubo mayor educación. Yo creo que en la atención debería haber eso. Me encantaría que me dijeran «Ah! ¿Lesbiana? Mira hay esto, esto y esto otro». (Participante 07, Lesbiana, 27 años)

La tercera subcategoría es sobre los «sentimientos atribuidos a la visita ginecológica», es importante reflejar cómo impacta en el sentir de las mujeres la visita a la consulta ginecológica y como el tipo de atención brindada podría afectar en la continuidad de las visitas, llevando incluso a dejar de lado tratamientos necesarios para su bienestar.

La mayoría de las entrevistadas no tenían buenos recuerdos atribuidos a la consulta ginecológica, relacionándola con emociones como vergüenza, enojo, rabia, confusión e invalidación. Lo anterior genera como consecuencia la reducción en las visitas ginecológicas, transformándolo en un espacio al cual recurrir solamente ante alguna emergencia o situación de mayor complejidad.

Recuerdo haberme sentido mal, avergonzada, disminuida, invalidada. Tenía rabia, estaba enojada. ¿Ellos sabrán lo mal que la hacen pasar a uno porque iba con toda la intención y las ganas de saber y conocer? Porque igual es una instancia para conocerse una misma y no me lo permitieron, entonces igual quede mal, enojada y avergonzada. Me sentí disminuida, me sentí chiquita. Puras emociones desagradables en verdad. (Participante 06, bisexual, 40 años)

Entonces como que igual te vas con un poco de impotencia, confundida, así como ¿esto es real? Impotencia también, porque tampoco puedes decir mucho [...] Super negativo, no me hizo ni ningún favor, no me aportó a mi vida, ni a mi vida sexual. (Participante 10, lesbiana, 34 años)

DISCUSIÓN

Podríamos decir que el sentimiento generalizado de las mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica es la incomodidad. Las participantes relataron que asistir a la

consulta ginecológica se había vuelto una situación desagradable y que genera cierto malestar anticipatorio. La práctica ginecológica se asocia a sentimientos de molestia, vulnerabilidad y deshumanización (Oscarsson et al., 2002; Reddy et al., 1997), y las emociones dominantes serían miedo y vergüenza. Estas emociones funcionarían como una barrera a la hora de iniciar una conversación sobre asuntos de su interés con su médico (Angles et al., 2021). Sumado a lo anterior, se encuentra el hecho de que casi siempre el profesional es un total desconocido para las pacientes y debe realizar procedimientos que resultan invasivos (y muchas veces, tal como relatan las participantes del estudio, son realizados de forma poco amable y respetuosa). En este marco, la idea de revelar la orientación sexual resulta sumamente estresante para muchas de ellas.

La poca formación y el escaso criterio que existe entre médicos/as, enfermeros/as y matronas/es al momento de atender a pacientes lesbianas y bisexuales aparece como el principal motivo de que no se sientan cómodas ni tampoco seguras al interactuar dentro de la consulta (Dolan, 2005; Marrazzo et al., 2005; Power et al., 2009). Resulta vital fomentar la confianza dentro del trato médico-paciente a modo de suscitar beneficios directos a las usuarias, al propiciar un contexto que les permitirá expresar de mejor manera cómo se sienten y qué es lo que buscan obtener de la consulta.

Otro punto abordado es el constante afán por cambiar o intervenir los cuerpos de mujeres y disidencias en base a consideraciones personales o a los propios ejes del modelo médico presente en la atención de salud, siendo la mujer vista como «imperfecta» al interior de la consulta ginecológica, por lo que son tratadas como seres que deben ser intervenidos en busca de una mejora (Rodrigues y Couto, 2021). Un ejemplo de lo anterior sería la entrega de medicamentos en base a lo que debería ser nuestra «función» desde la visión heteronormada del modelo.

El abandono de la consulta es una consecuencia derivada de las diversas situaciones que las participantes nos relataron durante el transcurso de la investigación. La mayor parte de las mujeres que participaron del estudio asistía regularmente (en promedio una vez al año) a la consulta ginecológica. La preocupación por su salud es un motor que aún las mantiene, pero muchas de ellas han pensado en dejar de hacerlo influenciadas por la percepción de malos tratos y de ausencia de privacidad. Por ello es vital que se trabaje en la reducción de los errores y las malas prácticas que se presentan dentro de la consulta ginecológica, y así poder avanzar en una mejor atención y actualización de las intervenciones que se efectúan. Garantizar el acceso a la salud sexual y el respeto a los

derechos sexuales de las mujeres lesbianas y bisexuales resulta fundamental. Del mismo modo sería interesante preguntarse si en vez de pensar en generar más servicios médicos de calidad para las mujeres, y en particular para las mujeres lesbianas y bisexuales, no sería mejor prepararlas y cualificarlas para atender a sus propios procesos naturales, ya sea de forma individual o colectiva.

A lo largo de esta investigación hemos intentado indagar en cómo experimentan la consulta ginecológica las mujeres lesbianas en Chile. Hemos encontrado relatos de diversas situaciones, comenzando por la experiencia de violencia dentro de la consulta ginecológica experimentada por mujeres de la disidencia sexual. Dicha violencia deriva muchas veces de prejuicios ampliamente arraigados en médicos/as, enfermeros/as y matronas/es, y basado en el desconocimiento de sus prácticas sexuales. Ejemplos de lo anterior sería la idea de que principalmente los hombres homosexuales, y no las mujeres, son quienes se encuentran más propensos a contraer algún tipo de infección de transmisión sexual (ITS), lo que llevaría a quienes toman decisiones sobre políticas públicas de salud a focalizar la mayor parte de las campañas de promoción y prevención en dicha población.

A causa del desconocimiento de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es sobre las relaciones sexuales que mantienen las mujeres disidentes, se tiende a creer que ellas no sufren mayores riesgos o probabilidades de contagiarse de una ITS (Meinerz, 2005), lo que produce la invisibilización de las mujeres disidentes y de sus prácticas, generando como consecuencia una mayor desinformación dentro de la consulta y una menor asistencia por parte de este grupo de mujeres (Brown et al., 2014), dada la incomodidad que esto les genera.

Al no existir suficiente investigación que oriente las políticas públicas en nuestro país, se ha generado un déficit en cuanto a programas de prevención y promoción de salud sexual orientados a mujeres lesbianas y bisexuales (Blin et al., 2015; Osgood-Roach, 2011). En este sentido, resulta imperante formar profesionales con mayor conocimiento en temáticas de género y sexualidad, pues la desinformación y el mal manejo en estas áreas terminan provocando distintos tipos de violencia dentro de las consultas, y afectando la permanencia de las usuarias (lo que en la práctica las pone en riesgo y vulnera sus derechos sexuales) (Cárdenas y Salinero, 2023). De ahí que un cambio en el nivel de la formación de médicos/as, enfermeros/as y matronas/es (incluir temática en currículos

formativos y actualización de contenidos) parece necesario en vista de implementar mejoras en la atención de este segmento de la población.

Por otro lado, nos encontramos con estereotipos de roles de género reproducidos dentro de la consulta. La principal barrera aquí parece ser un enfoque de la atención en el rol reproductivo de las mujeres, y no así en su salud integral. Esto se puede ver reflejado en algo tan sencillo como el motivo por el cual la mujer asiste por primera vez al ginecólogo. Este se vincula principalmente a la primera menstruación, la cual culturalmente marca un inicio en el desarrollo reproductor de las mujeres o también a la primera relación sexual heterosexual, la cual se relaciona con la posibilidad de procreación. Del mismo modo, en el hecho de que casi todas las mujeres, tras su primera consulta, terminen con una receta de anticonceptivos en sus manos. Posterior a esta primera visita comienza un ciclo continuo de controles ginecológicos, atención que las acompañará durante toda su vida, los cuales se relacionan fuertemente con el aumento de la medicalización de cuerpos femeninos y las creencias respecto a su salud sexual (Brown et al., 2014).

Este estudio posee ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta y subsanadas en el futuro. En primer lugar, se trata de una muestra reducida y obtenida de modo poco sistemático, lo que impide generalizar de cualquier forma los hallazgos. No obstante, se trata de uno de los pocos estudios disponibles en español sobre este tema y puede ser una buena guía para acercarse al campo y orientar investigaciones futuras. En este sentido somos conscientes de que resulta necesario ampliar la investigación a personas trans que requieren servicios ginecológicos específicos, quienes por su expresión e identidad de género se alejan aún más de los márgenes de la heteronorma que rigen las consultas ginecológicas.

CONCLUSIÓN

Podemos vislumbrar que la ginecología sigue siendo una práctica heteronormada en la cual se espera que el sexo se vincule con la identidad de género y que está se relacione causalmente con la orientación sexoafectiva, concluyendo en determinadas prácticas sexuales; es decir, que aquellas personas nacidas con vulva se identifiquen como mujeres y, en consecuencia, tengan deseos sexuales exclusivamente hacia alguien del sexo opuesto, en este caso hombres. Del mismo modo se les supone una subjetividad maternal que hace que el modelo médico genere presiones normalizadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRUPACIÓN LÉSBICA ROMPIENDO EL SILENCIO. *Estudio exploratorio: Ser LesBIana en Chile*. 2016. Disponible en: www.rompiendoelsilencio.cl/lanzamiento-estudio-exploratorio-ser-lesbiana-en-chile/.
- ANGLÈS, S.; CASTELO-BRANCO, C. ¿Hablamos de sexo cuando acudimos a la visita ginecológica? *The Conversation*. 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/177586>.
- ASOCIACIÓN DE MUJERES PARA LA SALUD. *Los servicios de ginecología que queremos las mujeres*. 2017. Disponible en: www.mujieresparalasalud.org/tag/ginecologia/.
- BELEÑO, C. «Creí que las Lesbianas eran un Mito»: *Construcción de Conocimientos por una Reapropiación de la Atención en Salud Sexual a Mujeres Lesbianas* [Trabajo de grado]. Pontificia Universidad Javeriana, 2018.
- BOHREN, M. A., et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. En: *PLoS Med*. 2015, vol. 12, núm. 6.
- BROWN, J., et al. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. En: *Interface*. 2014, vol. 18, núm. 51, pp. 673-684.
- CAMACARO, D. Cuerpo de Mujer: Territorio Delimitado por el Discurso Médico. En: *Comunidad y Salud*. 2007, vol. 5, núm. 1, pp. 32-37.
- CANO, V. Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2020, vol. 30, pp. 42-58.
- CÁRDENAS, M.; SALINERO, S.; GARCÍA, C. Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. En: *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2020, vol. 80, núm. 3, pp. 187-196.
- CÁRDENAS, M.; SALINERO, S. Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. En: *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2023, vol. 83, núm. 1, pp. 54-66.
- CASTRO, R. Una nueva mirada sobre rol del gineco-obstetra en la salud de las personas. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2007, vol. 72, núm. 1, pp. 1-4.
- COLECTIVA CONTRA LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA. *Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile 2019- 2020. Síntesis de resultados*. 2020. Disponible en: https://lajugueramagazine.cl/wp-content/uploads/2020/09/Resultados-GinObs-2019-2020_julio.pdf.

- CÓRDOBA, D. Teoría queer: reflexiones sobre sexo, sexualidad e identidad. Hacia una politización de la sexualidad. En: Córdoba, D.; Sáez, J.; Vidarte, P. (eds.). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Madrid: Egales, 2005, pp. 21-66.
- DÍAZ, L., et al. La entrevista, recurso flexible y dinámico. En: *Investigación en educación médica*. 2013, vol. 2, núm. 7, pp. 162-167.
- ESCOBAR, V. *Mujeres profesionales en ruptura con la maternidad: La decisión de no tener hijos y sus implicancias en las esferas de lo laboral y la salud sexual reproductiva* [Tesis de grado]. Universidad de Concepción, 2018.
- ESPINOSA, B. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013, vol. 39, núm. 1, pp. 1-3.
- ESTAY, G., et al. Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020, vol. 85, núm. 4, pp. 351-357.
- FERNÁNDEZ, L. *Sexualidad. Lo que necesitas saber para vivirla plenamente*. Chile: El mercurio, 2020.
- GARCÍA, P. Identidad de género: modelos explicativos. En: *Escritos de Psicología*. 2005, vol. 7, pp. 71-81.
- GIL, M.; BALLESTER, R.; FLORES, R. La orientación sexual en personas mayores: Categorías, deseos y realidades. En: *Información psicológica*. 2020, vol. 120, pp. 35-49.
- GORGOROSO, M.; FORRISI, F. Capítulo 5: Atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales. En: *Salud y diversidad sexual*. Montevideo: Universidad de la República, 2015.
- HERNÁNDEZ, G. Consideraciones semánticas y pragmáticas en torno al significado. En: *Cvb Episteme*. 2015, vol. 35, núm. 1, pp. 67-81.
- HERRERA, C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. En: *Revista general de información y documentación*. 2018, vol. 28, núm. 1, pp. 119.
- LÓPEZ, J. El análisis de contenido: una técnica para explorar y sistematizar información. En: *XXI. Revista de educación*. 2002, vol. 4, pp. 95-106.
- MARTÍNEZ, R. A. Principales tipos de limitaciones. En: *Revista Comunicar*. 2017.
- MEINERZ, N. *Entre Mulheres. Estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina em segmentos medios na cidade de Porto Alegre* [Tesis de máster]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- MENÉNDEZ, E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. En: *Salud colectiva*. 2020, vol. 16.
- MERTEHIKIAN, Y. La salud sexual y (no) reproductiva en debate: apuntes a partir de experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales en la Ciudad de Buenos Aires. En: *La manzana de la discordia*. 2017, vol. 12, núm. 1, pp. 21-30.

- MINISTERIO DE SALUD. *Salud de la Mujer*. Chile: MINSAL, 2015. Disponible en: www.minsal.cl/salud-de-la-mujer.
- NAVARRETE, J. «Por ti, por mí, por todas nosotras»: *Experiencias de autocuidado en salud sexual de mujeres lesbianas que habitan Santiago de Chile* [Memoria de Título]. Universidad de Chile, 2018.
- PERROTTA, G. Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales. En: *Acta académica*. 2017, pp. 49-52.
- QUIRÓS, C. *Invisibilidad en la consulta: narrativas de mujeres lesbianas y bisexuales en torno a la atención ginecológica en centros de salud de Barcelona* [Trabajo de grado]. Universidad de Barcelona, 2020.
- RODRIGUES, J. L.; COUTO FALCAO, M. T. Experiences of gynecological care by lesbian and bisexual women: (in)visibility and barriers to the exercise of the right to health. En: *Saúde Soc*. 2021, vol. 30, núm. 1.
- SALINERO, S. «Fue un terremoto»: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. En: *Debate Feminista*. 2021, vol. 62.
- SALINERO, S.; CÁRDENAS, M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. En: *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2021, vol. 81, núm. 3, pp. 226-238.
- SAXE, F. *Teorías Queer. Géneros, feminismos, disidencias*. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata, 2018. Disponible en: www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/programas/pp.11217/pp.11217.pdf.
- SILLBERMAN, P.; BUEDO, P.; BURGOS, M. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. En: *Revista de salud pública*. 2015, vol. 18, núm. 1, pp. 1-12.
- TAMBURRINO, M., et al. Cuerpo, sexualidad y «cosas de mujeres». Un análisis de la atención ginecológica. En: *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, 2007.
- TAPIA, M. Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacer y Otros Problemas Actuales. En: *Revista de derecho*. 2003, vol 15, pp. 75-111.
- TOBASÍA-HEGE, C., et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. En: *Rev Panam Salud Publica*. 2019, vol. 43, p. e36.
- VERGARA, P.; GRANADOS, J. Régimen heterosexual y salud de mujeres lesbianas: desencuentros con el modelo médico hegemónico. En: *Salud Colectiva en México: quince años del Doctorado en la UAM*. 2018, pp. 157-178.
- ZAMORA, S. *Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas agosto 2011-febrero 2012* [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.