



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

**EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN EN SALUD DE UNIVERSITARIOS
NO-HETEROSEXUALES EN SANTIAGO DE CHILE**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura,
mención Ciencias Sociales**

CRISTIÁN VALENZUELA MÉNDEZ

Directora:
María Emilia Tijoux

Santiago de Chile, año 2018

RESUMEN

Para personas no-heterosexuales, las experiencias de atención en salud pueden ser un desafío. Investigaciones internacionales han encontrado, en servicios de salud, que personas homosexuales, gays, lesbianas y bisexuales se encuentran frecuentemente con prácticas heteronormativas, reacciones estigmatizadoras, y con profesionales que no saben sobre sexualidad no-heterosexual. Asimismo, muchos evitan *salir del clóset* y/o referirse a sus prácticas sexuales con profesionales de la salud por miedo a respuestas negativas. A pesar de su relevancia, este tema apenas ha sido explorado en la investigación nacional.

En este contexto, el objetivo general de esta tesis, titulada “Experiencias de atención en salud de universitarios no-heterosexuales en Santiago de Chile”, es describir las experiencias de atención en salud de universitarios no-heterosexuales de Santiago de Chile. Esta tesis fue realizada por Cristián Valenzuela y guiada por María Emilia Tijoux, para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales.

A partir de entrevistas semi-estructuradas con 20 jóvenes no-heterosexuales de entre 22 y 25 años de Santiago de Chile, este estudio analiza tres dimensiones principales. En primer lugar, la interacción que universitarios no-heterosexuales tienen con profesionales de la salud, y qué elementos valoran de dicha relación. Segundo, los elementos que facilitan o impiden revelar su orientación sexual y/o referirse a sus prácticas sexuales en espacios de atención en salud. En tercer lugar, las experiencias heteronormativas y estigmatizadoras que universitarios no-heterosexuales han enfrentado en espacios de atención en salud, como también la percepción que tienen de estas cuestiones. Finalmente, también se comparan las experiencias de hombres y mujeres en las diferentes dimensiones mencionadas.

Esta investigación se suma a una creciente literatura sobre este tema en la investigación sociológica, antropológica y en salud pública, y aporta una perspectiva novedosa al visibilizar la experiencia de jóvenes, no-heterosexuales, de Santiago de Chile

Datos personales: cvalenzu@uc.cl

Palabras Claves: no-heterosexualidad, homosexualidad, heteronormatividad, salud, sexualidad, interacción médico-paciente, *salir del closet*

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de las y los participantes de esta investigación,
sin su tiempo, honestidad e interés en este proyecto, esta tesis no existiría.
gracias por compartir sus experiencias.

A mi mamá,
por tu infinita sabiduría, cariño interminable, y por tus consejos irremplazables
durante todo este proceso.

A mi familia,
por su continuo apoyo en cada una de mis infinitas (in)decisiones.

A Camila e Inger,
por acompañarme en este proceso con su amistad, humor, ideas, reflexiones, y por
su incomparable sabiduría feminista.

A Martín,
por el amor de cada día, incluso durante tantas mañanas y noches que estuve pegado
a la pantalla del computador.

A María Emilia Tijoux,
por su conocimiento, sugerencias, y por su paciencia en el desafío de guiar una tesis
a distancia.

A Claudio Obando,
por sus atentas observaciones cuando este proyecto aún estaba en pañales.

A mis compañeras y compañeros de magíster,
con quienes compartí debates estimulantes y conversaciones inspiradoras, día tras
día, durante el programa.

Gracias

ÍNDICE

1..... INTRODUCCIÓN	p. 1
2..... OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	p. 10
3..... REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	p. 11
3.1. Marco Teórico	p. 11
2.1.1. La atención en salud y el discurso biomédico	p. 11
2.1.2. Sistema de salud heteronormativo	p. 14
2.1.3. Interacción médico-paciente	p. 17
3.2. Antecedentes Empíricos	p. 22
2.2.1. Homosexualidad y salud	p. 22
2.2.2. Experiencias en atención en salud	p. 24
2.2.3. “Salir del clóset” en espacios de atención en salud	p. 27
2.2.4. En el contexto nacional	p. 32
4..... MARCO METODOLÓGICO	p. 35
4.1. Aproximación epistemológica y metodológica	p. 35
4.2. Técnicas de levantamiento de Información	p. 38
4.3. Reclutamiento de participantes, muestra y confidencialidad	p. 40
4.4. Análisis de datos	p. 44
5..... RESULTADOS	
5.1. ¿Qué se valora en la atención en salud?	p. 47
5.2. ¿Y tu pololo/a?	p. 52
5.3. ¿Revelar o no revelar? He ahí la pregunta	p. 59
5.3.1. Pertinencia médica	p. 59
5.3.2. Estigma anticipado	p. 62

5.3.3. Familia y confidencialidad	p. 66
5.3.4. La importancia de experiencias previas	p. 70
5.4. Experiencias de heteronormatividad	p. 72
5.4.1. Ignorancia del sexo no-heterosexual	p. 73
5.4.2. Chistes y ‘tallas’	p. 77
5.4.3. La relación estigmatizadora entre VIH y homosexualidad	p. 80
5.5. Percepción de heteronormatividad	p. 87
6..... CONCLUSIONES	p. 92
7..... REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 102

ANEXOS:

ANEXO 1. Pauta de Entrevista

ANEXO 2. Consentimiento Informado

1. INTRODUCCIÓN:

Presentación del problema, relevancia y fundamentación

A pesar de significativos avances en visibilidad y derechos de la diversidad sexual en múltiples ámbitos en las últimas décadas, las personas que no se identifican como heterosexuales y/o que llevan a cabo prácticas sexuales y relaciones sexoafectivas entre personas del mismo sexo aún se enfrentan a complejas situaciones de exclusión, invisibilización y discriminación en distintos espacios sociales, lo cual amenaza directamente su seguridad, desarrollo y bienestar integral. Si bien existen experiencias de exclusión y discriminación en diversos contextos, un campo importante en el cual aún persisten importantes desigualdades en términos de acceso, trato e inclusión, es el referido a la salud.

La relación entre salud y no-heterosexualidad (en particular, la homosexualidad) es compleja. Durante muchos años, la homosexualidad estuvo catalogada por la institucionalidad médica como una patología. En efecto, en el transcurso del siglo veinte, psiquiatras y endocrinólogos construyeron múltiples teorías en torno a la patologización de la homosexualidad. Esta medicalización de las conductas homosexuales –y de la misma identidad homosexual– (Conrad & Angell, 2004) implicó que desde diferentes especialidades médicas desarrollasen distintos procedimientos para “sanar” y “heterosexualizar” a sujetos con conductas homosexuales, tales como terapias hormonales, electroshock y un sinnúmero de métodos experimentales (Ned Katz, 1993). No fue hasta 1973 que la Asociación Americana de Psiquiatría eliminó la homosexualidad de la lista de desórdenes mentales del DSM¹ y hasta 1975 que la Asociación Americana de Psicología la descartó como patología tratable (Irwin, 2007).

Ahora bien, la despatologización de la homosexualidad –y su posterior desmedicalización (Conrad & Angell, 2004)– no implicó un proceso de integración inmediata ni armónica de personas no-heterosexuales a los pasillos de los servicios de salud alrededor del mundo. El cambio cultural que ha proseguido a dicha despatologización ha sido, más bien, un proceso

¹ Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

lento y gradual. Lamentablemente, desde su lugar como figuras de autoridad, muchos profesionales de la salud han categorizado y abordado de manera negativa la homosexualidad, han tratado de manera peyorativa a personas gays y lesbianas hasta el día de hoy, y/o los han excluido o invisibilizado en el marco de un sistema médico altamente heteronormativo.

Si bien la homosexualidad, en términos oficiales, ha efectivamente dejado de ser categorizada como patología desde el discurso médico institucional, a la vez que la visibilidad y los derechos de prácticas e identidades sexuales no-heterosexuales han ido en aumento tanto en el mundo como en Chile (Robles, 2008), el campo de la medicina y los procesos de atención en salud siguen siendo áreas donde persisten injusticias, desigualdades sociales y donde más a menudo suceden experiencias homofóbicas relevantes. Experiencias discriminatorias y estigmatizadoras ocurren de manera cotidiana por parte de profesionales de salud, en tanto la interacción y el manejo de los cuerpos es directo por parte de especialistas en puestos de poder (Herek et al., 2007). Así, tanto durante la patologización como después de ella, los espacios de saber médico han sido lugares violentos para sujetos no identificados como heterosexuales. Como plantea Epstein (2003, p. 133), en general las personas gays y lesbianas han sido *outsiders* poco bienvenidos en los servicios de salud alrededor del mundo. En efecto, hasta el día de hoy, es posible identificar dos importantes dimensiones en las que personas homosexuales se encuentran en desventaja frente a las heterosexuales: por un lado, respecto a su estado de salud físico y mental, y por otro, respecto a su posibilidad de acceder a una atención en salud justa, digna y de calidad.

Además de sufrir experiencias de discriminación en múltiples contextos -lo cual puede generar significativas repercusiones en su estado de salud físico y mental (Cole et al., 1996; Meyer et al, 2003; Burn et al., 2005) según estudios internacionales en salud, las personas homosexuales presentan mayores tasas de depresión, ansiedad y tendencias suicidas (Cochran & Mays, 2007; Frost et al., 2014). Estos problemas en bienestar mental son particularmente críticos en adolescentes y jóvenes homosexuales, quienes presentan altas tasas de depresión, uso de sustancias y suicidio que sus pares heterosexuales del mismo rango etario (Kitts, 2010). Además, la población joven no-heterosexual no solo está

estadísticamente a mayor riesgo de dichos problemas de salud mental, pero además señala importantes barreras al momento de acudir a profesionales de la salud que muchas veces personas mayores no enfrentan, como vergüenza, culpa, dependencia económica, *homelessness*, problemas familiares, escasez de redes, entre otros (Peterkin & Risdon, 2003).

Así, a pesar de encontrarse frecuentemente en una situación de opresión y desventaja en términos de salud y bienestar, las personas no-heterosexuales –en particular los más jóvenes– se enfrentan a importantes barreras y obstáculos en el acceso a servicios de salud, debido a la invisibilidad que sufre la diversidad sexual en las disciplinas de la salud, a la expresa heteronormatividad de protocolos médicos y atención a pacientes, y a prácticas discriminatorias. Múltiples estudios internacionales han dado cuenta de prácticas homofóbicas por parte de doctores y enfermeras (Rose 1994; Irwin, 2007; Marques et al., 2015), protocolos médicos e institucionales heteronormativos (Kitzinger, 2005; Daley, 2006) y experiencias de vulnerabilidad, maltrato y vergüenza sufridas por pacientes homosexuales (Stevens 1996; Makadon et al. 2006; Lane et al., 2008). Asimismo, la investigación internacional también ha destacado que tanto profesionales de la salud como también usuarios gays y lesbianas que se atienden con ellos enfrentan dificultades para abordar temas asociados a la sexualidad (Haboubi & Lincoln, 2003; Khan, 2008; Dyer et al., 2012).

Las prácticas discriminatorias y estigmatizadoras en contextos de atención médica pueden tener consecuencias complejas en la salud pública, ya que, debido a situaciones de maltrato, vergüenza y/o humillación, se incentiva a que las personas no vuelvan a consultar los servicios de salud y queden desprovistos de la atención que precisan. De acuerdo a investigaciones internacionales, gay, lesbianas, bisexuales y otras subjetividades no-heterosexuales han manifestado inseguridad y estigma cuando precisan conseguir atención médica e incluso evitarla, debido a experiencias negativas con doctores por motivo de su orientación sexual (Irwin, 2007; Bernstein et al., 2008). Como establecen Peterkin y Risdon (2003), una de las principales consecuencias de ambientes de salud hostiles y homofóbicos es que alejan a los usuarios. Así, hombres y mujeres homosexuales pueden, por ejemplo,

desean evitar acudir a centros de salud para cosas tan relevantes como hacerse exámenes de VIH o de PAP debido al temor de pasar por experiencias negativas. En efecto, por lo general, debido al temor o vergüenza de revelar su orientación sexual o a ser examinados por motivos de sexualidad, la investigación en salud ha encontrado que los gays y lesbianas no solo van con menor frecuencia al médico, sino que además son más resilientes a hacerlo que los sujetos heterosexuales (Makadon, 2006; Kitts, 2010).

Estudios internacionales señalan que hombres homosexuales frecuentemente se enfrentan a estrés y ansiedad ante la posibilidad de revelar su orientación sexual a sus doctores, ante el temor de enfrentarse a discriminación y condena (Klitzman y Greenberg, 2002; Bernstein et al. 2008). En consecuencia, muchos omiten información sobre su orientación sexual o sus prácticas sexuales con personas del mismo sexo (Law et al., 2015). Mentir u ocultar información respecto a la actividad sexual de un paciente, no obstante, es altamente perjudicial para el bienestar del mismo (Brotman et al. 2002), sobre todo entre población de hombres que tienen sexo con hombres, los cuales son considerados en la salud pública como una población de alto riesgo para enfermedades de transmisión sexual (Makadon, 2006). Se arriesga a que profesionales de salud cometan errores de diagnóstico o diagnósticos incompletos. Adicionalmente, genera situaciones de incomodidad o malestar psicoemocional al tener que mentir o esconder aspectos de su vida en ambientes de salud (Peterkin y Risdon, 2003).

Por su parte, algunas líneas de investigaciones académicas han profundizado en la falta de conocimiento de profesionales de la salud sobre la diversidad sexual. La investigación anglosajona ha identificado que muchos profesionales de la salud admiten no manejar temas de sexualidad no-heterosexual, o que prefieren directamente evitar el tema y no lidiar con ella, dado que les genera incomodidad y extrañeza (Hinchcliff et al., 2005). Dicha negación de los profesionales de la salud a hablar sobre prácticas y experiencias sexuales no-heterosexuales puede ser un hecho grave, ya que referirse de manera holística a la sexualidad de un paciente puede ser crucial para un buen diagnóstico y tratamiento (Peterkin & Risdon, 2003). No conversar sobre temas de sexualidad en general, y particularmente sobre temas de sexualidad homosexual, hace de los profesionales de la

salud personas menos capacitadas para los problemas que enfrentan pacientes homosexuales, y, en consecuencia, impide que puedan entregar un cuidado óptimo e informar de manera adecuada a personas no-heterosexuales sobre su estado de salud (Peterkin & Risdon, 2003) Esto implica, a la vez una experiencia de estrés adicional para personas no-heterosexuales que buscan atención en salud.

En Chile, no obstante, no se han publicado investigaciones académicas en profundidad sobre esta cuestión. Si bien algunas instituciones de la sociedad civil han destacado la mala experiencia de sujetos en servicios de salud (MOVILH, 2016, por ejemplo) y/o han problematizado la (ausencia de) capacitación en diversidad sexual y juventud que tienen los profesionales de la salud en Chile (Todo Mejora, 2016), no se encuentran publicaciones en la literatura científica respecto a la perspectiva o la experiencia de usuarios no-heterosexuales en los servicios de salud en nuestro país. Y, como señalan Herek et al. (2007), una mayor inclusión de la diversidad sexual y una reducción efectiva de la discriminación en nuestra sociedad requiere tomar en cuenta los servicios de salud, y asegurar la entrega de atención médica no-discriminatoria en todos sus niveles (tal como – en teoría–, asegura nuestra legislación (Boletín N° 2727-11)). Para ello, en el marco de la realidad nacional, donde la experiencia de exclusión, marginalización y homofobia sigue teniendo impactos negativos significativos en el bienestar de la población no-heterosexual (Barrientos y Cárdenas, 2013), es importante visibilizar experiencias en la atención en salud, como también aportar datos e información que informen el desarrollo de programas y políticas públicas.

En este contexto, la presente investigación busca conocer y describir la experiencia de estudiantes universitarios no-heterosexuales, de entre 18 y 25 años, en la atención en salud en Santiago de Chile. En particular, esta tesis tiene los objetivos de analizar la relación que estudiantes universitarios no-heterosexuales tienen con profesionales de la salud y el modo en que abordan los temas relacionados a la sexualidad en espacios de atención en salud; comprender el modo en que estudiantes universitarios no-heterosexuales revelan u omiten su orientación sexual en espacios de atención en salud y cuáles son las condiciones que facilitan o dificultan dicha revelación; e identificar posibles experiencias heteronormativas

y/o de discriminación que estudiantes no-heterosexual enfrentan en espacios de atención en salud. Adicionalmente, desde una perspectiva de género, se espera también comparar la experiencia de hombres con aquella de mujeres, a modo de distinguir posibles temas y/o problemáticas que marquen cercanías y diferencias de sus respectivas experiencias.

Para esta investigación decidí utilizar el concepto “no-heterosexual” para englobar la experiencia de los entrevistados. Si bien los participantes se identificaron en su mayoría como *gay*, *lesbiana* u *homosexual* (todos los participantes excepto cuatro),² algunos/as prefirieron autoidentificarse como *fleto*, *pansexual*, o, en el caso de una de dos de las mujeres, *bisexual*. Por lo tanto, por motivos prácticos y analíticos se utiliza el término de “no-heterosexual” como un paraguas que puede agrupar sus experiencias, a conciencia que existen diferencias importantes entre sus modos de identificarse. Todos se sitúan fuera de la identificación heterosexual (es decir que, más allá de la categoría identitaria que utilizan, todos se comprenden como sujetos cuyo principal interés, sexual, romántico y/o íntimo, se orienta hacia personas de su mismo sexo (Peterkin & Risdon, 2003)). En el transcurso de la tesis, no obstante, se hará referencia a una diversidad de textos tanto teóricos como empíricos –proveniente de diversas disciplinas, como la sociología, antropología, salud pública, estudios de género y sexualidades– que refieren de manera específica a la experiencia y a la salud de homosexuales, homosexualidad y/o gays y lesbianas. Por lo mismo, estos términos también se emplearán al referirse a dicha literatura, ya que sirven de importantes antecedentes empíricos y teóricos para analizar la experiencia de sujetos no-heterosexuales en este ámbito (la atención en salud), y conforman gran parte de la literatura existente en el tema.

En América Latina en general –y particularmente en Chile– existe un importante vacío en la investigación sobre experiencias de atención en salud a personas no-heterosexuales

² En el marco de este proyecto de investigación se empleará de manera indistinta los conceptos de *homosexual* y de *gay/lesbiana*. Como investigador, estoy consciente que dichos conceptos no siempre refieren a lo mismo y que las categorías para definir identidades sexogenéricas son locales, situadas y contextuales (efectivamente no es lo mismo identificarse como “gay”, de cierta raza, clase social y en Nueva York, que identificarse como tal en Santiago de Chile. Asimismo, estoy consciente que existen otras categorías de identificación locales que van más allá de “gay”, “lesbiana” y/o “bisexual” (en efecto, Rivas (2011) habla de la importancia de rescatar categorías de autoidentificación como “marica” o “tortillera”, por ejemplo) y que es importante abordar, cuestionar, deconstruir y flexibilizar las mismas categorías sexogenéricas sedimentadas durante el siglo veinte como “homosexual”, “gay” y “lesbiana” (para mayor información sobre estos debates, ver, por ejemplo, Jagose, 1996; Waites, 2005). No obstante, aquel debate va más allá del alcance de esta tesis. Además, la escasez de investigación en este tema en Chile hace difícil llevar a cabo una investigación empírica de estas características sin abordar de manera predefinida, por lo menos parcialmente, estas categorías identitarias.

(Rodríguez, 2016; Montero & González, 2017). Asimismo, la experiencia de la relación e interacción entre sujetos no-heterosexuales, el sistema de salud y las políticas públicas chilenas es prácticamente invisible; algo grave dada la posición estigmatizada en que se encuentra esta población en nuestro país.

Si bien la experiencia de personas no-heterosexuales en contextos de salud ha sido ampliamente investigada a nivel internacional en países como Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica entre otros (particularmente de hombres y mujeres homosexuales, o de hombres que tienen sexo con hombres³), en Chile hasta el día de hoy no se ha publicado ninguna investigación académica al respecto. Hasta la fecha, la única investigación académica nacional que recoge la experiencia de los mismos usuarios gays y lesbianas sobre sistema de salud es una liderada por Adela Montero y María Isabel González de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile⁴, la cual finalizó el 2017 y, recientemente, ha resultado en una guía de orientaciones para profesionales de la salud (Montero & González, 2017). En este contexto, la presente tesis ofrece un importante aporte a la investigación científica, en particular a los estudios de género, sexualidad y salud pública, ya que aborda una población aún poco problematizada en la academia nacional.

Es de particular relevancia abordar esta problemática entre los jóvenes, ya que la población no-heterosexual de menor edad presenta peores indicadores de salud mental, prácticas sexuales de alto riesgo, y mayores tasas de suicidio (Coker et al., 2010), por lo que es importante comprender su relación con servicios de salud y crear instancias de apoyo para su bienestar. Hasta la actualidad, como fue mencionado, el único estudio que se ha llevado a cabo en mayor profundidad sobre estas cuestiones en Chile considera a población adolescente, sin embargo el rango etario siguiente está bastante poco estudiado. El tramo etario entre los 18 y 25 años es también de particular relevancia ya que es una edad en la

³ En gran parte de la investigación académica de salud pública sobre sexualidad, salud sexual y enfermedades de transmisión sexual, se han utilizado las nociones de "hombres que tienen sexo con hombres" (*MSM - men who have sex with men*) y "mujeres que tienen sexo con mujeres" (*WSW - women who have sex with women*) en vez de conceptos de identidad sexual (homosexual, lesbiana, gay, etcétera), ya que son considerados "neutros", al englobar a todas las subjetividades que llevan a cabo encuentros sexuales con personas de su mismo sexo, y no únicamente a quienes se identifican con las categorías mencionadas. Young y Meyer, 2005)

⁴ Proyecto Fonis código SA14ID007 "Estudio exploratorio de las principales necesidades, barreras y demandas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, de la Región Metropolitana, Chile"

que para muchos jóvenes ocurre la interacción sexual entre personas del mismo sexo, experiencias de salida del clóset (Potozniac et al., 2009), y además –para mujeres– de las primeras visitas ginecológicas sin compañía materna (Binder et al., 2010). Adicionalmente, es un tramo etario que ha reportado un significativo crecimiento en sus índices de contagios de VIH en el último año (La Segunda, 2018), por lo que es de suma urgencia aportar nuevo conocimiento respecto a sus experiencias en torno a la salud sexual.

La presente investigación también tiene la posibilidad de aportar teóricamente a la construcción de nuevos marcos interpretativos en la sociología de la salud y su análisis de la relación entre médicos y pacientes. Adicionalmente, estudiar fenómenos sociales en torno a la experiencia en atención en salud –sobre todo para poblaciones oprimidas o estigmatizadas socialmente- es una oportunidad para pensar en medidas que mejoren el bienestar físico y mental de las personas. Se espera así que los hallazgos de esta propuesta investigativa sirvan para el desarrollo de nuevas políticas públicas en salud con enfoque de género y conciencia de la diversidad sexual. Los hallazgos en torno a las experiencias subjetivas de jóvenes gays y lesbianas pueden aportar a diversificar las expectativas y a deconstruir estereotipos en torno al género y a la sexualidad, tanto entre proveedores como en usuarios del sistema de salud. Asimismo, se espera también que este estudio facilite la integración de estas cuestiones en la formación académica de los futuros profesionales de la salud en Chile, los cuales gozan de gran poder y prestigio en nuestro país y, por lo mismo, cumplen desde su esfera una importante responsabilidad en construir una sociedad más inclusiva.

En este contexto, la pregunta que guía la presente investigación es *¿Cómo es la experiencia de atención en salud de estudiantes universitarios no-heterosexuales, de entre 18 y 25 años, en Santiago de Chile?* Dicha pregunta se acompaña por una serie de preguntas guía que constituirán los objetivos específicos: ¿Cómo es la relación que estudiantes universitarios no-heterosexuales tienen con profesionales de la salud? ¿Y cómo se abordan los temas de sexualidad y de salud sexual?? ¿En cuáles instancias y de qué modo revelan su orientación sexual y/o prácticas sexuales, y cuándo se aborda como algo relevante en espacios de salud? ¿Qué elementos facilitan o impiden revelar su orientación sexual ante

profesionales de la salud? Asimismo, ¿Qué tipo de prácticas heteronormativas, homofóbicas y estigmatizadoras suceden en la atención en salud? Y, finalmente, ¿en qué se diferencia y en qué se asemeja la experiencia en atención en salud de hombres frente a la de mujeres? Estas son algunas de las interrogantes que guían la presente investigación-

Para responder estas interrogantes, y con el fin de entender estas cuestiones desde la experiencia de los mismos jóvenes universitarios no-heterosexuales, esta investigación toma una aproximación cualitativa, Así, basándose en entrevistas semi-estructuradas realizadas en Santiago de Chile, esta tesis es una de las primeras investigaciones académicas en recoger datos primarios sobre esta problemática a nivel nacional.

La siguiente sección (2) brevemente presenta los objetivos de esta investigación. El capítulo siguiente (capítulo 3) consiste en una revisión bibliográfica que cubre los principales antecedentes tanto teóricos (3.1) como empíricos (3.2) relacionados a cuestiones de homosexualidad, medicina y atención en salud de personas no-heterosexuales. El siguiente capítulo (4) describe la aproximación metodológica de este proyecto de investigación, como también sus limitaciones y consideraciones éticas. El quinto capítulo consiste en los principales resultados de ese estudio, dividido en cinco sub-capítulos, que responden a los temas propuestos en los objetivos específicos como también algunos elementos emergentes: la interacción de los universitarios no-heterosexuales con profesionales de la salud y cuáles son los aspectos que valoran de dicha relación (5.1); instancias en que profesionales de la salud asumen la heterosexualidad de sus pacientes universitarios no-heterosexuales (5.2); la revelación –u omisión– de la no-heterosexualidad a profesionales de la salud (5.3); experiencias de heteronormatividad en espacios de atención en salud (5.4); y la percepción de heteronormatividad en espacios de atención en salud (5.5). Finalmente, el capítulo 6 consiste en una conclusión, donde los resultados se sintetizan y se relacionan/a investigaciones previas y teorías existentes.

2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo General:

Describir la experiencia de atención en salud de estudiantes universitarios no-heterosexuales en Santiago de Chile.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Describir, a partir de la experiencia de estudiantes universitarios no-heterosexuales, la interacción con profesionales de la salud y el modo en que se abordan temas de sexualidad en la atención en salud en Santiago de Chile.

2. Comprender el modo en que estudiantes universitarios no-heterosexuales, desde su experiencia, revelan –u omiten– su orientación sexual y prácticas sexuales en la atención en salud en Santiago de Chile.

3. Identificar, a partir de la experiencia de estudiantes universitarios no-heterosexuales, prácticas heteronormativas y estigmatizadoras en la atención en salud en Santiago de Chile.

4. Identificar diferencias significativas entre las experiencias en atención de salud de hombres y mujeres no-heterosexuales en la atención en salud en Santiago de Chile.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1. La atención en salud y el discurso biomédico

La atención en salud refiere a la totalidad de espacios y servicios en que la población se puede atender con profesionales de la salud –ya sean médico/as, enfermero/as, tecnólogos/as, psicólogo/as e incluso profesionales administrativos de la salud–, tanto en instituciones de salud pública como privada. Es decir, comprende los distintos recintos (centros de atención primaria, centros de atención especializada, hospitales, clínicas, centros de toma de exámenes, y así sucesivamente) que ofrecen servicios de atención con profesionales de la salud. Si bien en la atención en salud existen diferentes contextos y espacios, todos los mencionados son parte de un mismo modelo y responden a un mismo paradigma en salud que predomina en occidente, a saber, el paradigma alopático o de la biomedicina, el cual basa su práctica en el conocimiento biomédico (Turner, 1987).

La práctica médica y el conocimiento experto de la atención en salud, en sus distintos espacios e instituciones, está atravesada por el mismo discurso biomédico propio de la modernidad (Foucault, 1994). Siguiendo a Foucault (1994), el discurso biomédico moderno está definido por lo que el autor llama la mirada clínica, la cual refiere a un separación epistemológica de la subjetividad de los pacientes y de su cuerpo.⁵ En otras palabras, la mirada clínica transforma al cuerpo de un paciente en un objeto médico, desprovisto de una subjetividad particular, disponible a ser analizado, manipulado, analizado y tratado por los principios del saber experto médico. Sería el médico, en este sentido, el principal agente en la interacción en espacios de atención en salud y principal figura de autoridad experta, mientras que los pacientes son abordados como cuerpo-objetos (Sullivan, 1986) Luego de emerger en Europa occidental, el discurso biomédico moderno, sostiene Robertson (2014),

⁵ Según Broom y Adams, (2009), el paradigma biomédico se basa en cinco características epistemológicas centrales: Mechanístico (el cuerpo se encuentra compartimentalizado); Sintomático (una condición del cuerpo se reduce a una categoría de enfermedad, la cual exhibe una serie de síntomas identificables); Objetivable (el profesional de la salud se encuentra separado y distanciado del paciente, a modo de mantener la objetividad y asistirse de evidencia científica); Cuantificación (la información elevada se puede cuantificar) y Determinismo (los fenómenos pueden predecirse a partir del conocimiento científico).

permeó a todo occidente y consolidó la autoridad biomédica y la mirada clínica por sobre los otros saberes no-expertos sobre el cuerpo y la subjetividad.

El discurso biomédico –y por consiguiente, la atención en salud propia de occidente– se presenta a sí misma desde un lugar de ‘neutralidad’, cuyas aseveraciones estarían siempre basadas en principios avalados científicamente. Sin embargo, como plantea Beagan (2000), no es un discurso política ni ideológicamente neutro. Por el contrario, posee un sinfín de postulados en torno a los parámetros normales, deseados y deseables sobre el cuerpo, el bienestar subjetivo y la conducta humana en su totalidad. Desde una perspectiva foucaultiana, el discurso biomédico no cumple una función meramente positivista de “descubrir” y “describir” los cuerpos que estudia, sino que construye y produce un cierto *tipo* normativo de cuerpo(s) (Foucault, 1994). La medicina es un saber complejo que mediante operaciones discursivas, dispositivos y procedimientos micropolíticos se dedica a construir de manera disciplinaria, distintas subjetividades normativas (Foucault, 1995).

Para los estudios de género y sexualidad, lo que se ha señalado es fundamental: la medicina, más allá de describir una realidad observada respecto a cuerpos sexuados, es un discurso productivo que construye las mismas subjetividades que nombra (Foucault, 1990). El discurso biomédico produce subjetividades generizadas y sexuadas y desde ahí lee, estudia, trata (y “normaliza”) a la población que se atiende en los servicios de salud. Así, siguiendo una aproximación foucaultiana, el discurso de la medicina, mediante tecnologías, dispositivos y estrategias discursivas, tiene la capacidad productiva de construir subjetividades “femeninas” y “masculinas” normativas (cuerpos sexuados) que sirven de modelo para las prácticas médicas, y como mecanismo de exclusión y estigmatización para aquellos cuerpos que no se adecúan a dicha norma (McLaren, 2002; Preciado, 2002).

Las ciencias sociales en general y los estudios de género en particular llevan ya décadas dedicadas a la relación entre salud, género, cuerpo y sexualidad. En particular, tanto la antropología como la sociología se han dedicado a dar cuenta del mundo de la medicina como un espacio donde existen importantes desigualdades e injusticias, y donde también operan lógicas de control, disciplina y poder, en el marco de discursos éticos y políticos del

saber. La literatura académica da cuenta de la atención en salud como una importante relación de poder y un espacio donde se despliegan, disputan y tensionan constructos normativos de feminidad, masculinidad, sexualidad y reproducción (Martínez, 2008; Ettore & Kingdon, 2012).

La investigación social feminista ha dado cuenta que la medicina es una institución patriarcal, androcéntrica (Martínez, 2008), la cual está cargada con supuestos en torno al género (Yut-Lin, 2009). La medicina, según Martínez, concibe al cuerpo masculino como el cuerpo por defecto –como cuerpo *humano* o neutro por excelencia–, y el cuerpo de las mujeres siempre se analiza en relación al cuerpo del hombre. El cuerpo de las mujeres ha sido históricamente un campo de control y normalización para la biomedicina, sobre todo en lo que refiere a la sexualidad y la reproducción (Ettore & Kingdon, 2012). En este sentido, tal como en las múltiples dimensiones de la vida social (Beauvoir, 1999), el cuerpo femenino es construido en el discurso biomédico como *otredad*.

La cualidad androcéntrica del discurso biomédico se ha traducido importantes problemas para las mujeres en la atención en salud. Por un lado, frecuentemente ha reducido la comprensión de los problemas de salud de las mujeres únicamente a temas de salud reproductiva y/o familiares (Yut-Lin, 2009). En efecto, los cuerpos de las mujeres han sido un terreno de importante control y gobierno biomédico dado su carácter reproductivo (Ettore & Kingdon, 2012). Como señala Preciado (2002), ante el discurso experto de la medicina, los cuerpos sexuados como femenino son aproximados de manera inicial y primordial desde su potencialidad reproductiva. Asimismo, la disciplina médica, por su parte, está altamente masculinizada, siendo hombres quienes se encuentran mayormente en lugares de toma de decisión y formación de futuros profesionales de la salud. Por otro lado, respecto a las experiencias de atención y trato en la atención en salud, investigadores han señalado que las mujeres frecuentemente no se sienten escuchadas por profesionales médicos (Werner & Malterud, 2003); sus malestares son frecuentemente atribuidos motivos emocionales basadas en su género (Hedegaard et al., 2014), y en múltiples ocasiones son pasadas a llevar o estigmatizadas por sus doctores (Asbring & Narvanen, 2002). Asimismo, la investigación biomédica ha históricamente ignorado los cuerpos de mujeres para llevar a

cabo procesos experimentales, dejándolas invisibles en el desarrollo de nuevos avances científicos (Keville, 1994).

3.1.2. Sistema de salud heteronormativo

El análisis del androcentrismo en la biomedicina androcéntrica dio pie a que nuevas corrientes académicas y teóricas analizaran críticamente el género y la sexualidad en el ámbito de la salud. Así, los estudios LGBT⁶ y la teoría *queer*, que tomaron fuerza en la investigación académica durante la década del noventa en Estados Unidos y Europa, heredaron mucha reflexión crítica y feminista realizada por teóricos/as de las ciencias sociales. En su análisis de la medicina occidental, profundizaron la crítica sexogenérica del discurso biomédico a modo de concebirlo no solo como androcéntrico, sino que además como heteronormativo (Robertson, 2014).

La heteronormatividad refiere a la “institucionalización de la heterosexualidad como categoría universal, coherente, natural y estable, que funciona como patrón de prácticas y sentidos sexuales, relaciones afectivas y modos de ser y estar en el mundo” (Moreno, 2008, p. 217-218). Es decir, supone principio sociocultural institucionalizado que atribuye o asume la heterosexualidad de todos los miembros de nuestra sociedad; que privilegia la heterosexualidad y la cataloga como esperado, normal y deseable, mientras que a la vez devalúa y categoriza de manera desviada o marginal a todo aquello que no lo sea (Johnson, 2002; Moreno, 2008). Así, la heteronormatividad consiste en un principio ordenador de la sociedad no solo de la sexualidad y del género (ya que asume y reitera la existencia binaria de dos sexos –hombres y mujeres– y asume la atracción y reproducción entre ambos como algo normal, natural y deseable), sino además de una serie de instituciones y normas sociales. Un orden social heteronormativo permite y celebra la atracción y las relaciones sexoafectivas entre personas del mismo sexo, y las organiza y promueve mediante arreglos institucionales y legales como el matrimonio, la familia y un sinnúmero de leyes y políticas públicas que reconocen y regulan dichas relaciones (Kitzinger, 2005).

⁶ LGBT refiere a la sigla: Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales, la cual comenzó a masificarse durante la década de los noventa a modo de referirse al paraguas poblaciones y temáticas –desde categorías identitarias– no heterosexuales. Hasta la actualidad el uso de esta en la academia y en la cultura popular (particularmente anglosajona) se ha también expandido y reformulado como LGBTQI+, a modo de incluir otras categorías previamente invisibilizadas, como *Queer* e Intersex.

Como plantea Jackson (2006), la heteronormatividad opera en diferentes niveles de lo social: a nivel estructural, materializado en leyes e instituciones; a nivel de significado, manifestado de manera semiótica en el universo simbólico cultural y a nivel de prácticas cotidianas, y de interacciones subjetivas, donde el orden heteronormativo se reproduce y se sostiene en el día a día. En efecto, pueden existir tanto instituciones, conceptos y símbolos culturales, sujetos y prácticas heteronormativas. Es importante destacar que un acto heteronormativo no conlleva necesariamente una ‘mala’ intención de parte de quien lo lleva a cabo. La sociedad está llena de actos cotidianos heteronormativos que no están necesariamente malintencionados, sin embargo reproducen el orden heteronormado y, en consecuencia, la invisibilización o exclusión de subjetividades y prácticas no-heterosexuales (Kitzinger, 2005).⁷

Acorde con el primer nivel de heteronormatividad que señala Jackson, Carabine (1996) sostiene que las instituciones públicas y las políticas sociales son directamente heteronormativas, en tanto promueven la heterosexualidad, la familia heterosexual nuclear como única configuración familiar, y privilegian legalmente el vínculo heterosexual en sus normativas cotidianas. En el ámbito de la salud, por ejemplo, la heterosexualidad se institucionaliza al monopolizar la investigación científica sobre sexualidad, al suponerse la heterosexualidad de los pacientes, al privilegiarse la familia heteronuclear en los ámbitos de salud familiar y en las normativas de visita, permisos y acompañamientos, y así sucesivamente (Daley 2006). Asimismo, Robertson (2014) reafirma que existe una heteronormatividad institucionalizada en el mundo de la medicina y en los sistemas de salud. Ésta se manifiesta en el muchos supuestos heterosexistas en la formación de profesionales de salud; en los manuales de la salud; en las actitudes heteronormativas por parte de administrativos, enfermeros/as y médicos, y en la casi invisible presencia de problemáticas de subjetividades LGBT en el campo de la medicina.

⁷ Cabe destacar que en un marco sociocultural heteronormativo pueden existir prácticas heterosexistas y homofóbicas. Dichos términos han sido ampliamente debatidos en la literatura académica (Herek, 2004), sin embargo en el marco de esta investigación se entenderán de la siguiente manera: los actos heterosexistas son aquellos en los cuales un sujeto asume la heterosexualidad de otro(s) e invisibiliza posibilidades alternativas de deseo. Dichas intervenciones no necesariamente conllevan una intención negativa *hacia* la homosexualidad o cualquier manifestación o identidad no-heterosexual, sin embargo sí reproducen el orden social heteronormativo al sencillamente asumir la heterosexualidad de una situación o de un sujeto (Kitzinger, 2005). Los actos homofóbicos, por su parte, son entendidos como aquellos que, por los motivos que fuese, manifiestan violencia o un rechazo hacia la homosexualidad, hacia prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, o hacia expresiones de género no conforme a lo esperado socialmente (Soberón & Feinholz, 2007).

Además, según Robertson, la práctica médica se sostiene consistentemente como heteronormativa debido al *curriculum* oculto de sexualidad en la formación de profesionales de la salud. Según el autor, si bien en la formación universitaria –y particularmente después de la despatologización de la homosexualidad en la década del ochenta– no se trata de manera explícitamente homofóbica a la identidad y/o práctica homosexual, sí se omiten las diversas prácticas e identidades no-heterosexuales en la formación de profesionales de la salud. Así, por ejemplo, en las mismas cátedras de salud familiar, o inclusive de salud sexual y reproductiva, escasamente se problematizan las conductas sexuales entre personas del mismo sexo. Además, cuando sí ocurre, suele plantearse únicamente como algo vinculado a las enfermedades de transmisión sexual (Robertson, 2014). De esta manera, se reproduce y sostiene la heterosexualidad como única orientación sexual posible, y como único paradigma conocido para los médicos y tantos otros profesionales de la salud. Profesionales que, además, consideran una supuesta “neutralidad valórica” en su formación, sin embargo, se trata de una mirada clínica (Foucault, 1994) sumamente heteronormada. Tal como sostiene Joan Acker (1990), quien dice que los sujetos no perciben lo *gendered* de las instituciones sociales en las que trabajan, los profesionales de la salud no suelen percibir lo heterosexualizado del mismo campo profesional donde operan.

Así, el discurso biomédico, por lo tanto, construye, produce y normativiza cuerpos (hetero)sexuados, y asume dicha heterosexualidad de los sujetos (Preciado, 2002; Robertson, 2014). Estas estrategias discursivas y dispositivos tecnológicos –que pueden ir desde instructivos de educación sexual hasta políticas de fertilidad o intervenciones quirúrgicas– producen subjetividades e intervienen cuerpos desde un paradigma heterosexual.

En este sentido, la medicina comprende sesgos contextuales heteronormativos que no revisa críticamente, lo que lleva a una situación en la que las experiencias particulares y las necesidades en salud de personas no-heterosexuales no se abordan a cabalidad, y se reducen a algunas cuestiones más bien estereotípicas (depresión; VIH). Además de sustentar una serie de constructos normativos de género, el saber biomédico también construye, desde su

discurso de saber/poder, una concepción normativa de la sexualidad (Foucault, 1990). En este sentido, instituye ciertas categorías, prácticas e identidades como la norma –ya sea con base ética/teleológica (fines reproductivos) o estadísticos (lo “normal” como aquello mayoritario)–, y otras como marginales. La medicina considera, de esta manera, la identidad y la práctica heterosexual como la norma, y trata de manera superficial o inclusive desviada a lo que se escape de ello (Makadon, 2006; Fell et. al, 2008). Asimismo, la aparente aproblematicidad y normalidad de la heterosexualidad, históricamente atravesada en el discurso biomédico, aparenta la heterosexualidad como “normal”, en vez de dar cuenta que es en sí mismo el resultado de un proceso productivo (Butler, 1990; Ned Katz, 1993). En este sentido, es posible describir al sistema médico como institución heteronormativa.

3.1.3. Interacción médico-paciente y abordaje de sexualidad en la consulta

Como ya fue mencionado previamente, desde una perspectiva sociológica, un aspecto relevante del área de la salud es la relación entre los usuarios y los profesionales de la salud. El discurso biomédico moderno sitúa de manera definitiva a los especialistas de la salud, en particular a los médicos –quienes reproducen dicho discurso en su quehacer profesional cotidiano– como figuras de autoridad y administradoras del saber experto (Turner, 1987). Este paradigma, por tanto, tiene una aproximación centrada en el médico (Roter, 2000).

En los encuentros entre pacientes y médicos están en juego discursos que sitúan a dichos sujetos en lugares completamente distintos de privilegio y poder. En estos encuentros, los doctores son reconocidos socialmente como figuras de autoridad, en tanto manejan la información socialmente validada y científicamente avalada respecto al bienestar humano. Tienen así no solo la oportunidad sino también la *legitimidad* de ejercer todo tipo de superioridad moral y control sobre la conducta y el cuerpo de los pacientes (Fisher, 1984; 1998). En el marco de dicho encuentro, el médico es concebido el poseedor del conocimiento; *gatekeeper* al saber médico y el agente que reproduce el discurso médico hegemónico que promueve una conducta adecuada y esperada por parte de los pacientes.

Friedson (1976) sostiene que la interacción médico-paciente en el discurso biomédico y modelo alopático consiste en un choque entre el conocimiento experto y el conocimiento cotidiano/inexperto, en el cual el agente “experto” se encuentra beneficiado al hablar en nombre del sistema médico, el cual posee de manera monopólica el conocimiento validado este tipo de interacciones, propias del discurso biomédico, reproduce la pérdida de humanidad del paciente, y reafirma su lugar de mero objeto sintomatológico, ignorando sus cualidades particularidades y su experiencia vivida. Por consiguiente, a pesar de ser una instancia de cuidado por excelencia, la comunicación entre médicos y pacientes en espacios de salud suele estar mayormente desprovista de experiencias vivenciales del paciente y de sus particularidades subjetivas, y está principalmente enfocada en el rol funcional del médico (Parsons, 1975), y en su capacidad de remediar y/o solucionar de manera efectiva y “objetiva” una condición médica (Roter, 2000).

La asimetría entre médico y paciente aumenta cuando existen importantes diferencias de status o prestigio entre uno y el otro, incluyendo diferencias de género, raza, clase u inclusive orientación sexual. Como plantea Fisher (1984), esta distancia social aumentada suele ser frecuente, dado que la mayoría de los médicos, estadísticamente, suelen coincidir con un tipo de subjetividad hegemónica (en el caso chileno sería hombres, heterosexuales, de clase alta).

Dado su lugar de autoridad, son los profesionales de la salud quienes frecuentemente guían las instancias de interacción con sus pacientes. Si bien existe variaciones entre según especialidad, motivo de consulta y contexto, las consultas médicas en el marco de la medicina alopática suelen considerar un encuentro inicial que puede o no incluir breves momentos de conversación informal (o ‘*small talk*’), una entrevista médica (también conocida como *anamnesis* (Rodríguez García y Rodríguez Pupo, 1999), en la que el profesional de salud lleva revisa el historial médico de un paciente –incluyendo experiencias y conductas sexuales–, seguido por una examinación, y finalmente un momento de indicaciones o tratamiento y cierre (Rodríguez Collat et al., 2009).

Desde una perspectiva foucaultiana, dicha interacción –en particular la fase de entrevista

médica— se caracteriza por un ejercicio de poder pastoral⁸: se requiere una confesión de parte de un individuo, la cual es interpretada por el médico quien, a partir de la confesión y avalado por un conocimiento y una institucionalidad experta, construye una verdad (un diagnóstico), que el individuo es capaz de articular por su propia cuenta (Mayes, 2009). Tal como en la interacción con un pastor, es el médico quién entrega una interpretación a la confesión y la rearticula como un discurso con valor de verdad.

En este ejercicio confesional, la entrevista médica puede incluir —en caso que un profesional lo encuentre pertinente— preguntas (o confesiones) sobre actividades sexuales, las cuales inicialmente son ocultas al médico, que sirven de material en cual el experto se basa para articular una verdad; construir un diagnóstico. Así opera el poder pastoral en espacios de interacción entre médicos y pacientes.

La ejecución del poder pastoral —y la confesión— es, por lo tanto, un requisito para un diagnóstico certero, y un tratamiento pertinente, por lo que la omisión de información por parte de un paciente incide en el diagnóstico —en la verdad construida— al cual se llegará. Desde la biomedicina, por lo tanto es fundamental el ejercicio confesional de la entrevista médica, y el poder pastoral, se ejecute de manera que individuos se sientan lo suficientemente cómodos, partícipes y/o escuchados para entregar la información relevante. Es decir, se trata de una situación donde pacientes conceden el lugar de autoridad al profesional frente a ellos.

Distintos teóricos, a pesar de reconocer dicha asimetría de poder, también han destacado las distintas posibilidades de empoderamiento, agencia e influencia que tienen los usuarios, y cómo estas también están relacionadas a distintas condiciones contextuales y subjetivas (Beisecker, 1990). En esta línea, la literatura especializada ha promovido el desarrollo de un paradigma biomédico que promueva una relación igualitaria entre doctores y pacientes, superando la relación paternalista convencional (Mead and Bower 2000b, 1089). Mientras

⁸ El poder pastoral, según Foucault (1998) es una de las principales técnicas para producir verdades en el siglo XX. Consiste en el proceso en el cual un pastor, a partir de la confesión de un individuo, articula una verdad. Durante la modernidad, dice el teórico francés, este ejercicio se ha expandido en los campos de “justicia, medicina, educación, relaciones familiares y amorosas, en muchos asuntos ordinarios de la vida cotidiana y en la mayoría de los ritos solemnes” (Foucault, 1998, p. 59), en los cuales, tal como en la relación entre pastor y penitente, existe una figura de autoridad que ocupa el lugar de “maestro de la verdad” ante una confesión individual.

Roter (2000) sostiene que existen diferentes mecanismos para lograrlo, otros teóricos establecen que por más avances que existan, es imposible disipar la asimetría estructural entre la autoridad y conocimiento de un médico y la experiencia personal de un paciente. Como dicen Mayes (2009), “un médico siempre será la autoridad tener mayor experiencia en asuntos médicos. Esto no niega el rol del paciente, pero la relación siempre favorece la autoridad y *expertise*, desde el momento en que el paciente implícitamente reconoce su autoridad experta al agendar una cita con él o ella” (492).

Una de las áreas de particular relevancia –y complejidad– en la interacción entre médicos y pacientes es aquella referida a la sexualidad. Como sostiene Dyer et al. (2012), temas referidos a la sexualidad muchas veces no son abordados de manera explícita en consultas médicas en el sistema de salud. A pesar de reconocer su relevancia médica, doctores han manifestado su incomodidad o dificultad para plantear temas de prácticas sexuales y salud sexual con sus pacientes.

Ahora bien, aunque parezca una contradicción teórica, el no hacer mención sobre la sexualidad en espacios de atención en salud no implica que no se está “diciendo algo” sobre la sexualidad. El mismo silencio en torno a cuestiones referida a la salud sexual, identidades sexuales y/o prácticas sexuales puede revelar mucho sobre los mismos principios o juicios que están detrás del discurso médico del profesional, y dicho silencio también influye finalmente en cómo los pacientes conciben su propia subjetividad sexual. Como dice Cavan (1968), siempre estamos hablando sobre sexualidad al no hablar sobre la sexualidad. Las aprensiones, perspectivas y/o juicios que existen en torno a la sexualidad muchas veces quedan de manifiesto en el silencio en torno a esta cuestión. Como señala Foucault (1990), los silencios son un elemento relevante en los procesos productivos de los discursos.

Cuando sí se aborda de manera explícita temas asociados a la sexualidad en los encuentros entre médicos y pacientes, puede ser de una manera en que éste último se siente respetado, reconocido y cómo para hablar de dichos temas ante un profesional desconocido, o puede que sea todo lo contrario. En efecto, la jerarquía constitutiva de esta relación es en parte

responsable de la sensación de intimidación e inseguridad que enfrentan muchas personas no heterosexuales (Klitzman & Greenberg, 2002), en particular jóvenes (Kitts, 2010) ante la posibilidad de hablar sobre su identidad y/o prácticas sexuales, haciendo el ejercicio confesional de la entrevista médica aún más desafiante. Esta problemática es de particular relevancia, considerando que los espacios de interacción con profesionales de la salud pueden ser jerárquicos y asimétricos, como también pueden ser un importante espacio de información, confianza y contención, sobre todo para grupos sociales que se enfrentan con dificultades para encontrar dicha confianza en otros espacios, tal como para muchos jóvenes no-heterosexuales (Peterkin & Risdon, 2003).

3.2. ANTECEDENTES EMPÍRICOS

3.2.1. Homosexualidad y salud

Como plantea Epstein (2003), La relación entre homosexualidad y salud estuvo históricamente dominada por dos grandes temas: en primer lugar, la patologización –y posterior despatologización– de la homosexualidad, que tal como se señaló previamente, fue considerado un trastorno mental en la mayor parte del mundo occidental hasta la década del setenta. En segundo lugar, la relación entre VIH-SIDA y homosexualidad, enfermedad que fue catalogada por medios nacionales incluso especialistas médicos como la “enfermedad homosexual” o “el cáncer gay” (Contardo, 2011).

En este sentido, ha sido un trabajo arduo para los movimientos sociales y la sociedad civil el desenmarcar la homosexualidad como una patología, y desvincularla del estigma del VIH, pero aun manteniendo un énfasis en las problemáticas particulares de salud que enfrentan personas no-heterosexuales en nuestra sociedad, lo que incluye una importante prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA (Epstein, 2003). En este proceso, la investigación académica y los movimientos sociales han poco a poco orientado sus esfuerzos a visibilizar las desigualdades en salud que enfrentan este grupo social, tanto respecto a temas de ETS como también en otras importantes aristas.

La literatura revisada permite identificar importantes desigualdades en salud –tanto respecto a condiciones de salud como en acceso a servicios de salud–, entre personas homosexuales y sus pares heterosexuales (Cochrane et al. 2007). Respecto a lo primero, múltiples investigaciones internacionales han encontrado que personas homosexuales tienen mayores probabilidades que sus pares heterosexuales de abusar del alcohol y de sustancias ilícitas, de fumar ((Boehmer et al., 2012; King et al. 2014), de desarrollar cáncer y/o enfermedades cardiovasculares (Quinn et al., 2015), y de sufrir de desórdenes psicológicos y psiquiátricos como estrés, ansiedad y depresión (Peterkin & Risdon, 2003).

Las mayores desigualdades en salud entre personas hetero y homosexuales están situadas en el ámbito de la salud mental, particularmente en la prevalencia de depresión y tendencias suicida (Frost et al., 2014). Estas cifras son aún más drásticas entre población joven y

adolescente. Debido a prácticas de discriminación, exclusión y violencia, y, en consecuencia, a delicados estados de bienestar mental, según Kan et al. (2011), adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales tienen cuatro veces más probabilidades de suicidarse que sus pares heterosexuales. Además, esta cifra se duplica entre adolescentes LGBT que señalan no sentirse apoyado por sus padres, los cuales tienen *ocho* veces más probabilidades de quitarse su propia vida (Ryan et al., 2010).

Cabe destacar que las ciencias sociales sostienen que el peor estado de salud de gays y lesbianas no se explica por motivos esencialistas de dichos sujetos. Por el contrario, investigadores sostienen que estas disparidades en el estado de salud están vinculadas a que personas homosexuales se enfrentan a mayores niveles de estrés psicológico debido a situaciones de discriminación, opresión y estigma social, lo que llevaría a peores condiciones físicas y psicológicas (Mays & Chocrane, 2001; Chocrane et al., 2007). En efecto, gran parte de la literatura académica señala que el peor estado de salud de las personas homosexuales se explica por la teoría de estrés minoritario (Meyer, 1995; 2003), la cual sostiene enfrentarse a un ambiente social hostil, de frecuente opresión y marginalización, lleva a una internalización y anticipación cotidiana de estigma y, por lo tanto, a mayores niveles de estrés, cansancio, agobio y un peor estado de salud.

Así, la salud de personas homosexuales, particularmente de jóvenes gays y lesbianas, sujetos altamente estigmatizados en nuestra sociedad y, por ello, vulnerable a importantes desventajas en salud, es un tema de salud pública sumamente relevante. Dado este contexto, es importante que los países consideren, en la constitución de sus sistemas de salud, la arista referida a la diversidad sexual y que se aseguren condiciones de atención digna y libre de discriminación a la totalidad de la población (Peterkin & Risdon, 2003). Sin embargo, el conocimiento y la sensibilización en temáticas de diversidad sexual en los contextos de salud sigue siendo escaso, y las instituciones y sus profesionales reproducen un patrón heteronormativo. A continuación, se presentan algunos de los hallazgos presentes en la literatura académica en torno a la experiencia de personas homosexuales en distintos contextos de atención en salud, los cuales revelan los graves problemas de discriminación e inclusión que persisten en dichos espacios.

3.2.2. Experiencias en atención en salud

Existe vasta cantidad de investigación empírica internacional que indica que personas no-heterosexuales enfrentan importantes barreras, desafíos y complejidades a la hora de acceder a servicios de salud de manera armónica. Estudios realizados en Estados Unidos (Beehler, 2001; Stevens, 1998), México (Fernández Moreno, 2008; Vera-Gamboa, 2004), Sudáfrica (Lane, Mogale, Struthers, McIntyre, & Kegeles, 2008), Nueva Zelanda (Adams et al., 2008) entre otros han dejado en evidencia prácticas recurrentes de discriminación e invisibilización que sufren hombres y mujeres en espacios de atención médica debido a su orientación sexual.

Hombres y mujeres homosexuales señalan temor a enfrentarse a reacciones homofóbicas o estigmatizadoras por parte de profesionales de la salud, o experiencias de juicio o humillación (Eliason & Schope, 2001; Makadon, Mayer, & Garofalo, 2006; Stevens, 1994; Klitzman & Greenberg, 2002; Makadon, 2011; Marques et al., 2015). Estos estudios han encontrado que pacientes gays y lesbianas, ante el temor a sufrir discriminación, sobre todo en un espacio tan íntimo y vulnerable como una consulta médica, deciden u omitir su orientación sexual, o derechamente evitar acudir a centros de atención en salud. Irwin (2007) y Bernstein et al., (2008) afirman que experiencias de vergüenza o discriminación a personas no-heterosexuales puede conllevar a importantes problemas de salud pública, ya que aleja a pacientes de servicios de salud, quienes quedan desprovistos de atención importante. Es el miedo a la estigmatización, discriminación u otras reacciones negativas – lo que se conoce como estigma anticipado (Meyer 2003), por ejemplo, lo que evita que hombres homosexuales quieran evitar realizarse exámenes de enfermedades de transmisión sexual (King et al., 2010), o que mujeres eviten realizarse exámenes ginecológicos como el Papanicolaou (Agénor et al., 2015; Diamant et al., 2000).

Pacientes también señalan que de manera consistente médicos y enfermeros/as asumen su heterosexualidad y hacen supuestos heterosexistas en torno a sus conductas sexuales, lo que invisibiliza la diversidad sexual en contextos de consulta médica. Esta presunción de heterosexualidad ocurre en distintas instancias de atención en salud, desde formularios

pensados únicamente para parejas heterosexuales, hasta preguntas heteronormativas acerca de conducta sexual en las consultas por parte de médicos generales, urólogos, ginecólogos u otros especialistas (Fuzzell et al., 2015; Marques et al., 2014; Agénor et al., 2015). Asimismo, una serie de investigadores destacan que muchas veces los médicos vinculan a los pacientes homosexuales al VIH de manera arbitraria, incluso si acuden a servicios de salud por motivos no-relacionados a enfermedades de transmisión sexual (Lane et al., 2008).

Según un estudio estadounidense en particular, 87% de los gays y lesbianas establecen que los médicos en los cuales se han atendido los tratan de la misma manera que tratarían a un paciente heterosexual, sin embargo 17% de ellos aseveran haber evitado atenderse en servicios de salud debido a su orientación sexual (Stein & Bonuck, 2001). En efecto, el temor a homofobia o a abuso en espacios de salud debido a su orientación sexual es un factor inhibitorio de personas no-heterosexuales a recurrir a servicios de salud –aun cuando sea pertinente por motivos médicos (Peterkin & Risdon, 2003; Makadon 2006; NAP, 2011). Entre los motivos que gays declaran para no ir a servicios de salud, destacan la incomodidad o vergüenza de ser examinados, el escepticismo a la confidencialidad del sistema de salud, como también el temor que tienen de enfrentarse a situaciones de burla o violencia verbal debido a su orientación sexual (Kitts, 2010). Tanto Knight et al. (2010) como Marques et al. (2015) y Alpert (2017) encontraron que pacientes no-heterosexuales creen que la medicina es heteronormativa y que creen que los profesionales de la salud no saben de sexo homosexual y que, por lo tanto, no puedan ayudarlos en muchos de sus problemas de salud.

Adicionalmente, una importante serie de investigaciones internacionales se han enfocado particularmente en la experiencia de mujeres lesbianas en contextos médicos, particularmente en atención ginecológica. En efecto, como fue discutido previamente, el discurso biomédico en occidente se ha construido en base a prácticas patriarcales y a procesos de formación de médicos que perpetúan la noción de controlar los cuerpos de las mujeres y reducir el control o las decisiones que ellas tienen sobre sus respectivos cuerpos, particularmente en el área ginecológica (Scully, 1980). Así, estas experiencias negativas de

mujeres en la atención en salud se agravan aún más con mujeres homosexuales, cuyas conductas y expectativas en torno a la sexualidad no se condicen con aquello “esperado” en mujeres heterosexuales por parte de la mayoría de los especialistas.

Mujeres no-heterosexuales han descrito sus experiencias en atención en salud como incómodas, vergonzosa y difíciles (Stevens, 1992; Curmi et al., 2014; Agénor, 2015). En efecto, en un estudio estadounidense, más de 75% de las encuestadas –todas mujeres autoidentificadas como lesbianas- señalaron haber tenido experiencias negativas con médicos al revelar su orientación sexual (Stevens & Hall, 1988). En otras investigaciones, mujeres dicen presenciar burlas, comentarios morales, incomodidad o incluso silencio rotundo de parte de profesionales luego de señalar ya sea que se identifican como lesbianas o al informar sobre prácticas sexuales con otra mujer (Williams-Barnard et al., 2001; Marques et al., 2015), o ser objeto de chistes heterosexistas por parte de profesionales de la salud.

Asimismo, mujeres lesbianas consistentemente señalan que médicos, en particular ginecólogos, asumen de antemano su heterosexualidad, enfrentándola a difíciles momentos heteronormativos (Marques et al., 2015; Agénor et al. 2015). Algunas, inclusive, establecen que se han enfrentado a doctores que siguen tratándolas como heterosexuales (ya sea preguntándole por parejas hombres, o entregando recomendaciones de técnicas anticonceptivas pensadas para heterosexuales), luego de haber ya informado acerca de su orientación sexual (Agénor et al. 2015). Por su parte, Curmi et al., (2014) encontraron que muchas mujeres reciben información sexual errónea por parte de médicos debido a su orientación sexual (como señalar que no requieren el Papanicolaou), o recibir comentarios de que sus conductas homosexuales son "sólo una fase". En este contexto, investigaciones internacionales consistentemente señalan que mujeres lesbianas muchas veces intentan esconder su orientación sexual, incluso a sabiendas puede ser médicamente importante revelarlo (Marques et al., 2014). Asimismo, consideran que los profesionales de la salud saben poco o nada de la experiencia de mujeres que tienen sexo con mujeres (Agénor et al. 2015) y que, por lo tanto, muchas prefieren evitar ir a atención ginecológica (por considerarlo innecesario, irrelevante o poco útil).

Ante estas situaciones de heterosexismo y vulnerabilidad, particularmente muchas mujeres se ven obligadas a recurrir a la solidaridad de sus pares para decidir a qué servicio de salud asistir. Se ven obligadas a recabar información con pares sobre qué especialistas son más abiertos y/o conocedores sobre temas de salud sexual lésbica (Stevens, 1994; Eliason y Schope, 2001). Ahora bien, esto es un lujo que solo algunas mujeres se pueden dar, en tanto muchas no tienen la opción de elegir entre distintas alternativas donde atenderse.

Como concluye Stevens, las experiencias personales de abuso, violencia y transgresión corporal que sufren las mujeres lesbianas en la atención con doctores –en su mayoría hombres– lleva a una “pérdida generalizada de fe en la atención en salud” (Stevens 1996, p. 37). Y dicho quiebre con la confianza y seguridad que se espera que otorgue una consulta médica, lleva posteriormente al abandono de búsqueda de asistencia médica por mucho tiempo. Experiencias de este tipo pueden incentivar a que dichas mujeres detengan temporalmente la búsqueda de atención en salud, e incluso que abandonen el uso de ciertos servicios de salud.

3.2.3. *Salir del clóset* en espacios médicos: la importancia y las dificultades de revelar la orientación sexual en espacios de atención en salud

Ocultar la orientación sexual en el día a día, ha demostrado ser altamente perjudicial en términos de bienestar mental para personas homosexuales, en particular jóvenes (Herek et al. 2003). Este fenómeno se repite en los servicios de salud, a pesar que el bienestar físico y mental en población no-heterosexual puede verse afectada muy positivamente si se logra una relación abierta con profesionales de la salud (Peterkin y Risdon, 2003).

Investigaciones internacionales señalan que personas no heterosexuales frecuentemente se enfrentan a estrés y ansiedad ante la posibilidad de revelar su orientación sexual (“salir del clóset”) con médicos, ante la presunción de heterosexualidad por parte de los profesionales de la salud, y el temor de enfrentarse a estigma y discriminación. Como Señalan Bolderston & Ralph (2016), individuos no heterosexuales frecuentemente se encuentran la presión adicional de preguntarse: “¿qué reacción recibiré y cómo esto afectará el servicio en salud que estoy recibiendo?” cada vez que se enfrentan a la posibilidad de revelar su orientación

sexual. En consecuencia, muchos omiten información sobre su orientación sexual o sus prácticas sexuales con personas del mismo sexo (Klitzman y Greenberg, 2002; Bernstein et al. 2008; Law et al, 2015), lo que implica un estrés emocional *adicional*, en momentos en que su bienestar psicoemocional puede ya estar debilitado debido a su salud, que los lleva a consultar a servicios de salud (Lockley & Fish, 2015). Por su parte, médicos por lo general tampoco preguntan por la orientación sexual de sus pacientes en los procesos de entrevista médica (Rubin, 2015), a pesar de que la información de prácticas y orientación sexual en la entrevista médica puede ser crucial para identificar ciertos problemas médicos, generar un buen diagnóstico, y eliminar desigualdades en la salud (Makadon 2006).

En palabras de David Palma, médico y ex-encargado del área de ciencias y educación de Fundación Iguales, existe un “círculo vicioso”:

“si no le pregunto si es gay, asumo que tiene mujer y no le pregunto sobre su vida sexual, entonces no le hago un análisis sexual correspondiente, no le informo sobre su vida sexual. Este hombre no me dice porque le da vergüenza, entonces perpetúo un círculo vicioso alrededor de su sexualidad y, por lo tanto, persiste un sistema de riesgo que permite que este hombre aumente sus conductas de riesgo sexual, disminuya sus conductas de autocuidado, y perpetúe un sistema de riesgo que permita que aumenten las tasas de ITS, de VIH.”

La importancia de no esconder aspectos de la orientación sexual del paciente en espacios de atención en salud radica en cuatro grandes ámbitos: el primer lugar, quedarse “en el clóset” y esconder características de la vida personal suele reafirmar y aumentar el estrés de ocultamiento y el malestar psicoemocional que individuos viven ya de manera cotidiana (Peterkin y Risdon, 2003), en particular la realizarlo frente a una figura de autoridad que frecuentemente requiere un ejercicio confesional (Mayes, 2009) Asimismo, revelar la orientación sexual en espacios de salud puede provocar mayor confianza y cercanía con el médico de turno, y generar una mayor satisfacción en la atención (Law et al., 2015; Karmen et al., 2015). Segundo, permite un proceso adecuado y efectivo de diagnóstico, en tanto los profesionales de salud cuentan con mayor información del paciente para identificar y tratar ciertas condiciones médicas que pueden estar relacionadas a conductas sexuales o a factores psicosociales relacionados a la sexualidad del paciente (Petroll & Mosack, 2011). En efecto, omitir o cambiar información respecto a prácticas o actividades sexuales puede llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inefectivos e inclusive recomendaciones

contraproducentes (Brotman et al. 2002). Asimismo, como sostienen Klitzman y Greenberg (2002, p. 67), pacientes gays y lesbianas que se sienten inseguros o amenazados de revelar sus prácticas sexuales en espacios de consulta muchas veces evitan revelar otras cuestiones vinculadas a sus prácticas sexuales que podrían ser relevantes para su bienestar físico o psicosocial, tales como el uso de sustancias o malestar psicológico. En tercer lugar, permite que pacientes reciban información sexual, consejos e indicaciones de salud preventiva que sean pertinente a su propia realidad, orientación y prácticas sexuales (Law 2015 et al.; Petrol & Mosack, 2011). Y cuarto, visibiliza la existencia de subjetividades no-heterosexuales en espacios de salud que, como fue abordado en páginas anteriores, suelen ser altamente heteronormativos y asumir la heterosexualidad de los sujetos que asisten (Beehler, 2001; Law et al., 2015; Agénor et al., 2015). En términos prácticos, el conocimiento y aprendizaje que tienen médicos respecto a las experiencias de vida y la sexualidad homosexual está frecuentemente relacionado a haber atendido ya a pacientes no-heterosexuales y a la exposición a la diversidad sexual (Teal y Street, 2009; King, 2015; Alarcón y González, 2017).

Debido a todos los motivos mencionados previamente, muchas personas no revelan su orientación sexual, en tanto activamente mienten acerca de ella, o pasivamente la omiten. En el estudio de Stein & Bonuck (2001) la mayoría (93%) de los participantes establece que es mejor que el doctor sepa su orientación sexual, sin embargo 70% aseveraron haber salido del clóset con su médico. Un 30% dice no haberlo hecho, y de aquellos, la mitad dice que no lo hizo por incomodidad de hablar sobre su orientación sexual, o estaban preocupados de tratos discriminatorios, de reacciones negativas por parte de los profesionales de la salud, o por el riesgo de tener esta información registrada en sus archivos médicos, y que esa información llegue a aseguradoras de salud, a empleadores o incluso a familiares (Stein & Bonuck, 2001).

Ciertos estudios sugieren que las mujeres revelan con mayor frecuencia su orientación sexual al médico que los hombres (Eliason & Schope, 2001), mientras que otros señalan lo contrario (Klitzman & Greenberg, 2002). Sin embargo, independiente de ello, experiencias como las descritas anteriormente incentivan a que muchas mujeres prefieran no revelar su

homosexualidad o su historial de prácticas sexuales con personas del mismo sexo, particularmente en consultas ginecológicas, por miedo a posibles experiencias discriminatorias y negativas, como también de abuso y sexismo (Stevens, 1996; Austin, 2013; Curmin et al., 2015).

Algunos estudios han dado cuenta que el acto de revelación en espacios de atención en salud está relacionado con características personales del paciente (tiempo que lleva “fuera del clóset” y comodidad con su propia sexualidad), características del médico en cuestión (edad, sexo), y experiencias previas con profesionales de la salud (Hitchcock & Wilson, 1992). Otros estudios destaca que el nivel educacional y el haberse realizado exámenes de ETS/VIH también están significativamente relacionados con el revelar (Bernstein et al., 2008), y que otras características importantes para facilitar este proceso han demostrado ser un lenguaje inclusivo y no heteronormativo por parte de profesionales, mayor cercanía y tiempo tratándose con el mismo profesional, y gestos que dan cuenta de un conocimiento y comprensión de la experiencia de personas no-heterosexuales (Eliason & Schope, 2001; Law et al. 2015). En síntesis, claramente existe una diversidad de condiciones que inciden en esta cuestión.

3.2.4. Profesionales de la salud: una formación heteronormativa

Las experiencias negativas por las que pasan personas sujetos no-heterosexuales en el marco de sistemas de salud heteronormativos se mantienen debido a profesionales de la salud que las reproducen (Robertson, 2014). En efecto, otra importante línea de investigación en ciencias sociales ha dado cuenta de la visión y prácticas homofóbicas de médicos, como también de la poca capacidad que tienen los profesionales de la salud para tratar temáticas de sexualidad no-heterosexual. Los principales problemas, según diversos investigadores y académicos, es el completo desconocimiento que tienen los profesionales de la salud sobre las experiencias de vida y las necesidades en salud de personas gays y lesbianas. Asimismo, la ignorancia de parte de especialistas de cómo referirse a personas no-heterosexuales; la confusión que tienen entre orientación y prácticas sexuales, y los juicios heteronormativos que realizan –muchas veces sin notarlo-, solo agravan este asunto

(Makadon, 2006). Así, independiente de las buenas intenciones que tengan, la ausencia de formación en el tema, la ignorancia y lo heterosexista del curriculum y el sistema médico frecuentemente moldea las actitudes y prácticas de los profesionales de la salud de manera de atender inadecuadamente a pacientes homosexuales (King, 2015).

Un estudio estadounidense, por ejemplo, sostuvo que, a partir de una encuesta realizada a más de 10.000 profesionales de la salud, los médicos y los/as enfermeros/as implícitamente prefieren atender a pacientes heterosexuales (Sabin, Riskind, & Nosek, 2015). También, otros investigadores han revelado los modos en que enfermeros/as realizan comentarios discriminatorios o burlescos hacia personas homosexuales en las áreas comunes o pasillos de los centros de salud, zonas donde los pacientes a veces pueden escuchar (Irwin, 2007; Dorsen, 2012). Hallazgos de este tipo pueden ser sumamente graves, considerando que la responsabilidad de contención, consejería y acompañamiento –sobre todo en temas de sexualidad-, suele recaer en los enfermeros y enfermeras (King, 2015).

Hay médicos que también señalan no conocer las disparidades en salud entre personas homosexuales y heterosexuales, así como no identificar cuáles son las posibles necesidades particulares en salud que podrían llegar a requerir personas gays y lesbianas en la atención en salud (Peterkin & Risdon, 2003; Sherman, Kauth, Shipherd, & Al, 2014). En efecto, otro estudio canadiense encontró que casi un 80% de los ginecólogos y obstetras aseguran nunca haber aprendido en torno a sexualidad lésbica y/o prácticas sexuales entre mujeres en su formación profesional (Abdessamad, Yudin, Tarasoff, Radford, & Ross, 2013). Asimismo, muchos confunden y/o no saben la diferencia entre práctica sexual e identidad u orientación sexual, asumiendo prácticas sexuales de sus pacientes que muchas veces pueden ser erróneas (Peterkin & Risdon, 2003).

Ciertas características profesionales de los médicos también pueden afectar su aproximación a la homosexualidad y, en consecuencia, al modo en que tratan a sus pacientes. Estudiantes de medicina estadounidenses que manifiestan mayores niveles de religiosidad, por ejemplo, reportan significativamente mayores actitudes negativas hacia la homosexualidad que sus pares no religiosos (Wilson et al., 2014).

Además, muchos médicos siguen vinculando, hasta el día de hoy, de manera prejuiciosa el VIH y la homosexualidad. En efecto, en uno de los pocos estudios latinoamericanos realizados sobre esta cuestión, el Instituto Nacional de Salud Pública de México encuestó a 373 profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as), y entre los resultados, destaca que casi un 25% de los encuestados piensa que la homosexualidad es *causa* del VIH/SIDA en México y que tres cuartos de ellos considera que los homosexuales con VIH en México son *responsables* de su condición de salud (Soberón & Feinholz, 2007), reafirmando la estigmatizadora relación entre VIH y homosexualidad.

3.2.5. En el contexto nacional

Hasta la fecha de escritura de esta tesis, el único proyecto de investigación que ha abordado directamente la experiencia en servicios de salud de individuos no-heterosexuales ha sido llevada a cabo por Adela Montero y María Isabel González del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Universidad de Chile (CEMERA), quienes lideraron el proyecto “Estudio exploratorio de las principales necesidades, barreras y demandas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, de la Región Metropolitana.” Dicho estudio analizó, a partir de grupos de discusión, los relatos de adolescentes gays, lesbianas y bisexuales en etapa escolar, las principales necesidades, barreras y demandas que enfrenta al atenderse en espacios de atención primaria en nuestra capital, y tiene el objetivo de desarrollar orientaciones y recomendaciones para equipos de salud a nivel primario de atención, y promover una atención integral, inclusiva y no-discriminatoria (Montero & González, 2017). Hasta el momento no se han producido publicaciones académicas en base a esa investigación, sin embargo el equipo publicó una guía de orientaciones y recomendaciones, la cual resume los principales hallazgos. Entre los principales resultados de dicha investigación, destaca que adolescentes LGB se encontraban frecuentemente con médicos que asumen su heterosexualidad, con una falta de empatía de parte de profesionales de la salud, con un escepticismo ante la confidencialidad de sus interacciones y consultas, con una falta de perspectiva de género y diversidad sexual en la educación sexual de los especialistas y en el conocimiento que manejan, y una actitud juiciosa,

heteronormativa y “anticuada” por muchos de los médicos que enfrentan. Esto, por su parte, se traduce en falta de información, falta de apoyo a los jóvenes y vergüenza y temor ante la posibilidad de atenderse con doctores mayores y realizarse exámenes de VIH (Montero y González, 2017).

Por su parte, en las instituciones de salud de nuestro país, hasta la actualidad en Chile no se han desarrollado políticas o programas oficiales desde el gobierno central respecto a la atención en salud y homosexualidad (Alarcón, 2016).⁹ De hecho, es reciente la inclusión de temáticas sobre diversidad sexual en las instituciones públicas, y el primer texto oficial que incluyó esta temática fue un capítulo sobre consejería para adolescentes gays, lesbianas bisexuales y trans fue publicado, en una guía de consejería del Ministerio de Salud, en el año 2016 (MINSAL, 2016).

Este interés también se ha visto manifestado, por ejemplo, en la apertura reciente de los primeros departamentos de diversidad y no-discriminación en distintos municipios¹⁰, algunos de los cuales se han dedicado a apoyo en salud mental a personas no-heterosexuales en distintas comunas; o en la integración de ciertas organizaciones de derechos LGBT en mesas de trabajo en temáticas de juventud y salud (Palma, 2016). Ahora bien, aquellas organizaciones de derechos LGBT que participan de espacios institucionales generados por el Estado, suelen ser aquellas con mayor visibilidad, recursos y capital político. Distintos actores de los movimientos sociales, por ejemplo vinculados a aproximaciones críticas y disidentes respecto de la sexualidad, no son incluidos en dichos espacios.

En efecto, también es importante destacar que mientras muchas de las organizaciones mayores y más visibles de derechos LGBT en países europeos y norteamericanos consideran un acierto y un anhelo la inclusión de temas de diversidad sexual en el discurso institucional gubernamental sobre atención en salud, existe una importante corriente tanto

⁹ Cabe destacar, no obstante, que el Estado chileno ha tenido un leve acercamiento a temáticas de diversidad sexual y salud a partir de una serie de breves documentos oficiales que refieren a sujetos Trans en el marco de sistema de salud nacional, a saber: *la Guía Técnica de Peritaje de Sexología Forense para personas Trans e Intersex*; *la Circular 34 sobre atención de personas trans en establecimientos de la red asistencial* (MINSAL, 2011) y *la Circular 21 sobre reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial* (MINSAL, 2012)

¹⁰ Comunas como Providencia, Maipú, Santiago, Quilicura, Independencia, La Pintana, Recoleta, entre otras (MOVILH, 2015).

en los movimientos sociales como en la academia que es crítica de esta cuestión. En efecto, como señala Epstein (2003), la consideración de temas de “salud homosexual”, por ejemplo, por parte de discursos hegemónicos arriesga jerarquizar, estereotipar y posiblemente re-estigmatizar algunas de las categorías identitarias en cuestión, además de invisibilizar todo aquello no-heterosexual que no cabe en dichas categorías.

En el caso de Chile, la única entidad de salud pública que ha institucionalizado algún tipo de procedimiento o atención particular, enfocada en las especificidades de pacientes homosexuales, es el Servicio de Salud Pública de Talcahuano, el cual abrió el año 2014 la primera *Mesa de Salud de Mujeres Lesbianas y Bisexuales*. Dicha iniciativa tiene como objetivo principal “Reducir las inequidades en salud de la población lésbica, bisexual y trans a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes de la orientación sexual para otorgar una atención integral desde el sistema de salud público.” (Serv. Salud Talcahuano, 2016). Esto lo ha hecho mediante capacitaciones a matronas y médicos en temas de salud lésbica, como también mediante la apertura del primer espacio de atención en salud online para mujeres lesbianas y bisexuales en el país (Alarcón, 2016). Según Carolina Alarcón, la directora de área de participación ciudadana del programa, el objetivo es seguir expandiendo la iniciativa e ir gradualmente capacitando a profesionales en servicios de salud pública para mujeres en otras comunas y regiones.

Respecto a la formación universitaria, cabe destacar que actualmente ninguna universidad imparte ramos sobre temas de diversidad sexual en sus carreras de salud. En efecto, según Alarcón, en Chile las mallas de “matronería, enfermería, psicología, medicina, [son] sumamente heteronormada” (2016). No obstante, por su parte, Fundación Iguales ha iniciado a exponer sobre temas de sexualidad gay, lesbiana y bisexual en ciertas universidades, siendo invitados por distintos profesores a sus cátedras. Según David Palma (2016), exdirector del área de Ciencias y Educación de la fundación, al momento de escribir esta tesis la Universidad Diego Portales y la Universidad de Chile eran las únicas casas de estudio que hasta el momento habían ya convocado a especialistas a exponer sobre estos temas sesiones extraordinarias (Palma, 2016), y la Universidad de Chile había iniciado el diseño de una unidad sobre salud no-heterosexual en su malla curricular.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Aproximación epistemológica y metodológica

Con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, esta investigación sigue una epistemología constructivista y emplea una metodología de carácter cualitativo, la cual se caracteriza por indagar de manera comprensiva el sentido, los significados y los discursos de un grupo social y/o una cultura determinada (Taylor y Bogdan, 1994). Dado que el presente estudio consiste en un análisis basado en la perspectiva y experiencia de estudiantes universitarios no-heterosexuales de Santiago de Chile, fue de suma relevancia desarrollar este proyecto desde la voz de los mismos sujetos, para lo cual fue pertinente una estrategia de investigación cualitativa orientada a revelar de modo holístico y profundo el discurso de dichos sujetos y la experiencia en sus propias palabras.

Epistemológicamente, esto implica que la realidad no es develada sino que es, más bien, construida y vivida experiencial e interpretativamente por los mismos sujetos partícipes de la investigación. En este sentido, la presente investigación se sitúa desde un paradigma epistemológico interpretativo, el cual comprende que la realidad se construye a partir de las experiencias y perspectivas de los mismos sujetos sociales quienes conviven, negocian y tensionan de manera continua y dinámica los significados de la vida social (Denzin & Lincoln, 2005). Adicionalmente, en términos investigativos, inspirado en tradiciones feministas de investigación (Hesse-Biber & Leavy, 2007) el paradigma en que se basa esta investigación también sostiene que el investigador tampoco es un sujeto neutro en este proceso, sino que es también partícipe del proceso constructivo e interpretativo de la realidad en el proceso de levantar información. En efecto, si bien los participantes del estudio relataron sus experiencias desde sus perspectivas personales, es el investigador quien decide los temas sobre la mesa, arma la pauta de investigación, y quien finalmente, por más intención de ser fiel a la voz de los sujetos, tiene también el poder de guiar la conversación si así lo desea. Por lo mismo, este estudio también comprende la cualidad co-construida y colaborativa del proceso investigativo entre investigador y los/as sujetos partícipes de la investigación (Gunzenhauser, 2006). Además, comprende que dicha

realidad está situada y es pertinente al contexto desde el cual emerge, y no es necesariamente entendible como neutral, objetiva y universalizable (Harding, 1987).

Como investigador chileno joven, homosexual, santiaguino y estudiante universitario, indudablemente me interesa este tema tanto por interés académico-político, como también por mi experiencia personal/subjetiva. Fue a través de mi propia subjetividad y relación con el tema de investigación que comencé a ahondar en esta tesis y que conecté con muchos de los entrevistados. Mi propia experiencia fue fundamental para fortalecer el *rapport* con muchos/as entrevistados/as. Siguiendo aproximaciones feministas (Hesse-Biber & Leavy, 2007), durante entrevistas puse sobre la mesa mi propia experiencia subjetiva y relación al problema de investigación. En diversas ocasiones hablé sobre mi propia relación con la sexualidad, mi proceso de identificación sexual, mis dificultades u obstáculos en espacios médicos y/o mi propia relación con enfermedades de transmisión sexual, lo que fue fundamental para generar dinámicas de confianza y cercanía con participantes, y emparejar jerarquías entre investigador(a) y participantes (Shaughnessy & Krogman 2012). Como sostienen Hesse-Biber y Leavy (2007), establecer *rapport* no requiere de una presunta neutralidad, sino, por el contrario, apertura y conciencia de la subjetividad propia. Esta aproximación personal a la investigación dio paso a conversaciones interesantes, profundas, y ricas en contenido y experiencias relevantes, que constituyeron el principal material de análisis. En efecto, cuando participantes de esta investigación notaron que yo, como investigador responsable, estaba personalmente interesado e interpelado por el tema en cuestión, manifestaron una importante apertura a compartir y profundizar en sus experiencias.

En esta línea, estoy consciente de la posición de poder que me encuentro como investigador guiando el proceso (Bourdieu 2000). Si bien las/los participantes respondieron mis preguntas y expresaron sus visiones desde sus vivencias personales, siguiendo aproximaciones feministas y cualitativas, es el investigador quien diseña la pauta de entrevista, define la agenda investigativa y guía la conversación, intentando, a la vez, mantenerse fiel a las voces de los/as entrevistados/as (Gunzenhauser, 2006). Mi propia subjetividad, sin duda, estaba presente durante la totalidad del proceso investigativo, desde

el diseño y trabajo de campo, hasta el análisis. En vez de intentar seguir una idea falsa de objetividad absoluta (Harding, 1987), incluyo y considero mi propia posición como investigador, y así entender mejor cada decisión realizada en el transcurso de esta investigación. A modo de ser fiel a las voces de los participantes, hice el ejercicio consciente de distinguir entre sus experiencias y mis expectativas durante el proceso, como también. Asimismo, al finalizar esta tesis, una copia personal se entregará a cada uno/a, a modo de hacerles parte del cierre de este proyecto.

La aproximación interpretativa y cualitativa en esta tesis no es trivial. Por el contrario, es un aporte significativo a al tema siendo investigado. Han existido bastantes aproximaciones cuantitativas para estudiar las problemáticas y las disparidades de poder que pacientes han experimentado en espacios de atención en salud. Sin embargo una perspectiva cualitativa es fundamental –sobre todo en un área menos explorada en Chile, como la experiencia de sujetos no-heterosexuales–, ya que permite encontrar fenómenos nuevos que encuestas cuestionarios previamente realizados pueden no tener considerados. En efecto, algo que apuesta este estudio es que la experiencia en la atención en salud es tan particular que existe un *insight* que solo se puede obtener desde el relato subjetivo.

En particular, esta investigación utilizó de manera central la técnica de la entrevista en profundidad, en su modo semi-estructurada, para así levantar las perspectivas y experiencias de los mismos participantes, y poder guiarlos en una conversación que profundice de manera gradual en el tema.

Finalmente, cabe destacar que esta investigación se alinea con la perspectiva de género en dos grandes sentidos: uno teórico y uno metodológico. Respecto al primero, al llevarse a cabo desde una perspectiva de género consciente de las multiplicidades y subjetividades de la diversidad sexual, se está realizando investigación en ciencias sociales consciente del abanico sexogenérico que frecuentemente se encuentra homogenizado. Asimismo, en términos teóricos y políticos, la presente investigación también se alinea con principios investigativos de la teoría *queer*. Como plantea Robertson (2014), la investigación social con perspectiva *queer* busca desafiar la sedimentación ontológica de la heterosexualidad al

privilegiar experiencias subjetivas no-heterosexuales, particularmente en contextos altamente heteronormados (como son los contextos médicos, en este caso). Además, como frecuentemente se plantea los estudios de género y la investigación feminista, la investigación social debiese luchar por visibilizar relaciones de jerarquía y poder en espacios cotidianos donde, frecuentemente, están invisibilizadas (Hesse-Biber, 2007). En efecto, en esta investigación, la relación entre profesionales de la salud y pacientes se aborda teórica y empíricamente como una relación de poder, la cual es analizada, además, a la luz de la experiencia de los pacientes, el sujeto no-experto en dicho espacio.

Desde una perspectiva metodológica, el uso de entrevistas cualitativas se condice en gran medida con una de las premisas fundamentales de la investigación feminista, que es dar voz a las y los sujetos, en particular a aquellos/as en situación de subalterna o quienes tienen su voz invisibilizada (Harding, 1987; Akman et al., 2001). En efecto, la investigación feminista ha aportado a iluminar subjetividades y experiencias que históricamente la investigación académica no consideraba, y a partir de la voz de los propios sujetos. Así, parte importante tras la incorporación de visiones y experiencias de hombres no heterosexuales es tanto para dar cuenta de la diversidad de masculinidad(es) en esta cuestión, como también la de visibilizar subjetividades marginalizadas de la esfera pública, la política pública, e históricamente de la misma investigación social.

4.2. Técnicas de levantamiento de información

La presente investigación empleó, como principal estrategia de levantamiento de información, la técnica de la entrevista semi-estructurada en profundidad. Como bien plantean Taylor y Bogdan (1994), las entrevistas cualitativas en profundidad se entienden como "encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como la expresan en sus propias palabras." (p. 101). Se trata de una técnica que permite analizar el sentido que los actores le dan a los acontecimientos que han experimentado, y profundizar en dimensiones problemáticas, conflictivas y originales que han vivido (Quivy y Campenhoudt 2005).

Era posible estudiar este mismo fenómeno desde una aproximación etnográfica, asistiendo y acompañando a sujetos a consultas médicas o a otros servicios de salud, una estrategia valiosa en la sociología y antropología médica (Goodson y Vassar 2011). Sin embargo, considerando los desafíos prácticos y metodológicos que dicho acompañamiento puede significar (dado las políticas de privacidad/confidencialidad de los centros médicos y lo sensible que puede ser abordar estos temas para muchos pacientes), se dio prioridad a la investigación mediante entrevistas que den cuenta del fenómeno de interés a partir de la experiencia vivida y, por lo tanto, la voz de los mismos sujetos.

En efecto, la entrevista en profundidad tiene el potencial de profundizar –valga la redundancia– desde la voz de los sujetos en la manera en que han vivido sus experiencias de atención en salud –en tanto sujetos no-expertos–; en la manera que han interactuado con profesionales de la salud; en cómo han tocado temas de sexualidad u otros temas sensibles; en reconocer posibles actos heteronormativos o hitos de discriminación, y en identificar situaciones que han hecho más amena y positiva la inclusión en espacios de atención en salud.

Cada entrevista se basó en un mismo cuestionario de preguntas abiertas, flexible a la intervención espontánea tanto del investigador como de los participantes, según el flujo y desarrollo de cada entrevista. Si bien hubo una pauta de entrevista con preguntas ordenadas y definidas, también estuvo abierto a preguntas nuevas que surgieron de manera contingente en la interacción y en la emergencia de temas no definidos en dicha pauta. En este sentido, a pesar de ser una entrevista semi-estructurada, se priorizó la realización de preguntas abiertas/no-estructuradas (Flick, 2013). Como sostiene Flick (2013), depende del investigador evaluar si el clima en una entrevista está propicio o no para realizar alguna pregunta en particular, y no arriesgar que el entrevistado/a no se sienta cómodo de responder algo. Así, muchas veces cada entrevista pudo adelantar o retrasar algunos temas de conversación, según fue exigido en cada conversación en cuestión.

A los participantes se les preguntó acerca de su identidad sexual, experiencia general en atención en salud, su educación y salud sexual y sobre el rol/la relevancia de su sexualidad

en experiencias de atención en salud. Para mayor detalle respecto a los temas abordados en cada entrevista, ver pauta de entrevista (anexo 1).

La realización de las entrevistas en profundidad fue acompañada de la elaboración de notas de campo no-estructuradas por parte del investigador. Las notas de campo permitieron registrar una serie de observaciones iniciales y descriptivas en el marco de la entrevista que la pauta de entrevista muchas veces no registra. Al ser registros escritos no-estructurados, permiten recoger descripciones y observaciones de todo tipo de cuestiones al momento de su ocurrencia en la entrevista. Elementos como lenguaje no verbal, repeticiones, interrupciones, incomodidades en la interacción, similitudes y diferencias de entrevistas ya hechas y/o emergencia de nuevos temas a abordar en futuras entrevistas fueron algunos de los elementos registrados en las notas de campo. Cabe destacar que las notas de campo fueron escritas durante la entrevista, como también inmediatamente después de cada una, a modo de registrar de manera fiel las impresiones justo después de hablar con los/as sujetos. Asimismo, las notas de campo también permitieron registrar reflexiones analíticas preliminares que pueden surgir al momento del trabajo de campo (Flick, 2013). En este sentido, se trata de una técnica de levantamiento de información altamente compatible a la entrevista en profundidad.

Finalmente, a modo de conocer más de antecedentes nacionales respecto a la relación entre diversidad sexual y salud en Chile, como también sobre experiencias de programas y/o políticas que se han realizado (o realizarán) sobre esta temática, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a tres expertos de organizaciones no-gubernamentales dedicadas a los derechos de la población LGBT o de instituciones públicas de salud.

4.3. Reclutamiento de participantes, muestra y confidencialidad

Se entrevistaron a 20 personas cisgénero¹¹: ocho mujeres y doce hombres. Las/los participantes fueron elegidos a partir de un proceso de muestreo no-probabilístico estructurado, que consiste en “la identificación de perfiles sobre los cuales se cruzan

¹¹ Es decir que la identidad de género de los participantes se condice con su identidad de género asignada al nacer (MINSAL, 2016). En otras palabras, no hay participantes trans en este estudio.

diversas coordenadas socioculturales que podrían afectar la forma en que los(as) sujetos(as) vivencian, significan, actúan y se refieren a la situación en estudio” (Ivanovic, 2015). En otras palabras, se busca representar la diversidad de posibles subjetividades relevantes para el estudio a partir de una mixtura de criterios de identificación particulares. Así, para el caso de esta investigación, la selección de sujetos se hizo a partir de los siguientes criterios: ser hombre o mujer de entre 20 y 25 años, residir en la ciudad de Santiago de Chile, identificarse como gay o lesbiana y haber asistido a algún tipo de atención en salud por lo menos una vez en los últimos doce meses.¹²

Los participantes fueron encontrados a partir de una estrategia de bola de nieve. Siendo yo mismo un estudiante universitario de postgrado, gay y residente de Santiago de Chile, comencé usando mis propias redes para conseguir participantes –ubiqué inicialmente a tres– y a partir del apoyo de dos contactos que participaban en organizaciones LGBT.

Si bien no fue un criterio de búsqueda ni selección de participantes, todos los entrevistados/as se encontraban estudiando una carrera universitaria –por lo general en los últimos años de ella– o habían finalizado sus estudios superiores en los últimos doce meses. De éste último grupo, algunos estaban en búsqueda de trabajo mientras otros se desempeñan en algunos de sus primeros trabajos. El promedio de edad de los participantes fue de 23.2 años –un rango etario de entre 22 y 25 años–, provenientes de 7 comunas diferentes¹³. Todos los participantes, por lo tanto, se encuentran en un rango de solo tres años. Al ser un grupo focalizado, permite conclusiones más sustantivas particularmente sobre experiencias en esta etapa. Si bien la mayoría de los entrevistados se identificaron como como gay, lesbiana y/o ‘homosexual, hubo una minoría que no (a pesar que la invitación inicial de la investigación solicitaba autoidentificarse como ‘gay’ o ‘lesbiana’). Por lo mismo, decidí utilizar el término “no-heterosexual” como un paraguas que agrupa a los distintos participantes de este estudio. Cabe destacar también que gran parte de los

¹² Cabe destacar que se consideró cualquier tipo de atención en salud médica, y no únicamente por motivos de salud sexual o especialistas en temas de sexualidad. Se excluyó experiencias en salud mental (atención psicológica) para focalizar, en el caso de esta investigación, la atención en atenciones médicas. Sería deseable que investigaciones futuras en Chile profundicen en la experiencia en atención psicológica.

¹³ Santiago, Las Condes y Providencia son las más representadas. De cada una provienen cuatro entrevistados/as.

entrevistados, a pesar de autoidentificarse con una categoría de identidad sexual definida, problematizaron lo que se entienden por mismas categorías.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo entre mayo y julio del año 2016, duraron entre 50 y 90 minutos, fueron grabadas en una grabadora de voz y luego transcritas. Antes de iniciar cada entrevista, los participantes recibieron una descripción de los objetivos y la metodología del estudio y fueron informados que sus nombres se mantendrían anónimos y que podían finalizar la entrevista en cualquier momento que lo considerasen pertinente. Fue de suma importancia destacar que la participación de cada uno/a era completamente confidencial y que se podían retirar de la investigación si quisieran en cualquier momento del proceso investigativo. Cada participante recibió un consentimiento con dicha información y una síntesis del proyecto de tesis, que tuvo que firmar.¹⁴

Las entrevistas las llevé a cabo yo, el investigador responsable, en un lugar acordado con cada participante en la ciudad de Santiago. Cada entrevistado/a tuvo la oportunidad de elegir el lugar de la entrevista a modo de asegurar la mayor comodidad y confidencialidad. Una entrevista en profundidad puede ser un proceso emocionalmente demandante y desafiante, por lo que, más allá del consentimiento informado firmado por cada participante, era una prioridad ética asegurar que cada uno/a se sentía cómodo/a y libre de hablar sobre todos los temas abordados.

¹⁴ Anexo 2: Consentimiento Informado.

A modo de síntesis, la siguiente tabla resume la muestra de esta investigación (los nombres reales de los participantes se mantienen anónimos):

Tabla 1: Participantes

	SEUDÓNIMO	EDAD	COMUNA	OCUPACIÓN
ID0	Ariel	24	Santiago	Estudiante Psicología
ID1	Bernardo	22	Las Condes	Estudiante Ing. Comercial
ID2	Camilo	22	Las Condes	Estudiante Psicología
ID3	Damián	24	Providencia	Estudiante Arquitectura
ID4	Emilio	24	Las Condes	Estudiante Ing. Comercial
ID5	Fernando	25	Providencia	Ingeniero
ID6	Gonzalo	23	Ñuñoa	Publicista
ID7	Horacio	24	Providencia	Estudiante Sociología
ID8	Ismael	22	Ñuñoa	Estudiante Antropología
ID9	Javier	22	El Bosque	Actor
ID10	Leonardo	22	Peñalolén	Estudiante Psicología
ID11	Manuel	22	Ñuñoa	Estudiante Ing. Biotecnología
ID13	Alejandra	24	Santiago	Estudiante Arquitectura
ID14	Belén	22	Santiago	Estudiante Artes Visuales
ID15	Catalina	23	Santiago	Egresada Derecho
ID16	Danae	24	Las Condes	Egresada Psicología
ID17	Érica	24	La Cisterna	Estudiante Mg. en Sociología
ID18	Francisca	24	Providencia	Publicista
ID19	Gabriela	23	Ñuñoa	Estudiante Sociología
ID20	Hortensia	25	Las Condes	Diseñadora

4.4. Análisis de Datos

La presente investigación siguió la estrategia de análisis de la *Grounded Theory* –o bien, teoría fundamentada– (Strauss y Corbin, 1990), la cual consiste en una aproximación cualitativa inductiva, que tiene como fin el desarrollo de teoría a partir del análisis de los datos (Strauss y Corbin, 1990). Esto se hace mediante la construcción de códigos categóricos a partir del análisis de textos escritos, como es el caso de entrevistas, documentos y prensa.

Así, la aproximación inductiva de la teoría fundamentada permite la aparición de hallazgos a partir de la voz de los mismos sujetos. La perspectiva analítica de la *Grounded Theory* y el levantamiento inductivo de hallazgos permite valorar la realidad situada de los participantes.

Para el análisis, se utilizó *QDA Miner Lite*, un software de análisis cualitativo gratuito que permite la codificación de textos, y la construcción de códigos y árboles temáticos. En esta investigación, tanto las entrevistas transcritas –que contenían el relato y las experiencias de los entrevistados– como también las notas de campo fueron las fuentes codificadas en esta plataforma. Ambas fuentes fueron trianguladas al momento de desarrollar los códigos y buscar relaciones entre ellos.

La construcción de códigos categóricos se basó en la metodología propuesta por Gibbs (2007), inspirada en la *Grounded Theory* de Strauss y Corbin. Según esta perspectiva existen diferentes niveles de análisis y, por ende, de construcción de códigos: El primer de análisis corresponde a la construcción de códigos descriptivos de análisis: códigos simples y descriptivos basados en elementos textuales, evidentes o literales de relato de los entrevistados. A su vez, el segundo nivel de análisis corresponde a la construcción de códigos categóricos, los que surgen a partir del establecimiento de relaciones categóricas y teóricas a partir de los códigos descriptivos previamente construidos. Éstos se construyen en base a relaciones, agrupaciones e inferencias que emergen desde un análisis más profundo, a partir de los primeros códigos más simples y de las relaciones establecidas entre sí, entre las distintas fuentes y entrevistados, y también con el contexto sociohistórico.

Este proceso, no obstante, no ocurre luego de una lectura y análisis de todas las entrevistas y notas de campo en una instancia final. Por el contrario, ocurre bajo un proceso de constante comparación, que comienza durante el trabajo de campo en las primeras entrevistas, y continúa hasta la fase final, dedicada de manera exclusiva al análisis. Cada creación de códigos y categorías se compara con las categorías ya creadas. Es decir que el proceso de análisis implica una constante retroalimentación entre apuntes de terreno, lectura de los datos, creación de códigos, escritura de resultados, y nuevamente lectura de los datos y apuntes de terreno.

4.5. Limitaciones y reflexiones metodológicas

Esta investigación no puede dar cuenta la experiencia de la totalidad los estudiantes universitarios no-heterosexuales Chilenos en la atención en salud ni en otros lugares, ni sus resultados están destinados a ser generalizados o aplicables en otros contextos. Como la mayoría de los proyectos de investigación de carácter cualitativo, el conocimiento recopilado y construido en este estudio intenta llenar un vacío en la literatura existente, hacer oír voces no hegemónicas y desarrollar ideas para nuevos avances en la teoría social, de género y de sexualidad en las ciencias sociales. Es importante destacar que el foco de este estudio es en hombres y mujeres no-heterosexuales. Esto implica que, lamentablemente, muchas otras identidades y/o subjetividades no heterosexuales no están incluidas y representadas en este proyecto. Considerando que la investigación cualitativa en profundidad muchas veces encuentra conclusiones más sustantivas cuando focaliza en grupos más pequeños y/o con características compartidas (Choubak 2014), se priorizó enfocarse únicamente en categorías de orientación sexual como criterio de agrupación, y en un rango etario acotado, a modo de conseguir mayor profundidad y detalle en el conocimiento de estos participantes, en vez de tener una recolección de información más superficial de un rango de participantes más diverso. No obstante, creo firmemente que la investigación en género, sexualidad y salud debiese priorizar incluir una mayor variedad de identidades no-heterosexuales, como también trans, en estudios futuros.

Otra característica importante de la muestra es la es el alto nivel educativo de los participantes. Como se muestra en la tabla 1, todos han alcanzado –o están por alcanzar– estudios superiores completos, algo representativo de aproximadamente 20% de la población chilena, únicamente (Casen, 2015). Es decir, es importante tener en cuenta que las experiencias recopiladas en esta investigación están mediadas por un cierto nivel de capital cultural y/o socioeconómico, algo de particular importancia en Chile, dado el contraste significativo entre la calidad de la atención médica pública y privada en nuestro país. En efecto, el sistema de salud en Chile se encuentra altamente estratificado por nivel socioeconómico y tipo de atención (en otras palabras, las personas con más recursos recurren principalmente a centros del sistema de salud privado, mientras que personas de menos recursos asisten principalmente a centros de salud públicos (Goyenechea y Sinclair, 2013)). Así, es importante tener en consideración el nivel educacional y socioeconómico de los participantes, como también los centros de salud a los que asisten, a la hora de llevar a cabo el análisis de resultados y sacar conclusiones. Esta investigación efectivamente agrupa individuos con experiencias en el sistema público como también en el sistema privado de salud, y sujetos inscritos en tanto Fonasa como Isapre, por lo que algunos contrastes se tomaran en cuenta y analizarán en los resultados, sin embargo la mayor parte de estos resultados remite a experiencias vividas en espacios de atención en salud privada.¹⁵

¹⁵ En vez de considerar esto una limitación, esta característica más bien es importante tenerla en cuenta al momento de analizar los resultados y concluir sustantivamente.

5. RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados de la investigación, organizados en cinco subsecciones. Es importante destacar que, como en todo proyecto de investigación cualitativa, no se puede incluir todo y no todas las experiencias se representan con la misma magnitud (Bourdieu 2000). Mientras las páginas siguientes consideran los hallazgos principales y presentan la mayoría de las percepciones compartidas entre las narrativas de los participantes mencionados, una serie de limitaciones prácticas, como la duración de este estudio y/o la extensión de este escrito, no dan cuenta de todas las diferencias sutiles que pueden existir entre participantes, por lo que se espera profundizar aún más en estos datos futuros trabajos de investigación y/o publicaciones.

5.1. ¿QUÉ SE VALORA EN LA ATENCIÓN EN SALUD?

LA IMPORTANCIA DE UNA ATENCIÓN ACOGEDORA Y HORIZONTAL

Los espacios de interacción entre médicos y pacientes son instancias de una significativa jerarquía en conocimiento y autoridad, en las cuales se llevan a cabo una serie de preguntas confesionales durante la entrevista médica. Dicha situación de confesión y de diferencia de poder puede ser de importante estrés para pacientes que pueden ya venir afectados psicoemocionalmente por problemas de salud que los llevan a procurar atención médica (Peterkin y Risdon, 2003). Así, es importante analizar la relación entre jóvenes no-heterosexuales y profesionales de la salud según la relación general que éstos establecen con médicos. La siguiente sección, que abre el análisis de resultados de esta tesis, analizará cuáles elementos valoran positivamente los participantes en su interacción con profesionales en servicios de salud y, posteriormente, la manera en que dichos elementos se relacionan con experiencias en torno a su sexualidad.

Como es de esperar, no *todas* las experiencias son satisfactorias o positivas, y cada sujeto ha vivido una mezcla de situaciones tanto positivas como negativas. Como asevera Belén (22) al referirse a su relación con profesionales de la salud, “han habido malos, han habido

buenos, ha habido de todo.” Sin embargo, más allá de una frecuencia de experiencias buenas o malas, positivas o negativas, en las siguientes líneas lo relevante es comprender qué elementos de una interacción con profesionales de la salud son los que la caracterizan como buena o mala.

A modo general, la mayoría de los participantes expresa una satisfacción general con sus experiencias en atención en salud en Santiago de Chile¹⁶. Según los entrevistados, la satisfacción o evaluación positiva de su experiencia con profesionales de salud depende, principalmente, de dos aspectos. Por un lado, los participantes que evalúan positivamente su experiencia destacan lo *útil* que ha sido para ellos resolver un inconveniente médico. En otras palabras, valoran positivamente la capacidad del profesional de la salud en responder o solucionar un problema puntual por el cual recurren. En esta línea, al ser preguntados sobre su experiencia en el sistema de salud y con profesionales que los han atendido, señalaron:

“Bueno, ha sido bastante buena... **Siempre se han solucionado de una u otra manera mis problemas, o el problema que me llevó. Nunca he quedado con la sensación de que no se me entregara la solución a lo que fui.** Siempre se me atendió bien y ha sido más bien expedito. Pedir hora, ir, fin...” (Danae, 24)

“**El trato ha sido por lo general bueno, eficiente, bien puntual, bien profesional, en el sentido que van directamente a lo que te pasa. Poco preguntan de tu vida.** Eso es bueno porque en verdad no entran tanto en detalle, solo preguntan ‘¿desde cuándo le pasa esto?’ ‘¿desde cuándo se siente mal?’ y como que los doctores no se fijan mucho en la vida de las personas. Son muy de hacerlo a vuelo de pájaro.” (Hortensia, 25)

“**Mi experiencia ha sido buena, sí. Con casi todos he estado como muy conforme. Por ejemplo con el tratamiento de ortodoncia yo fui y era como: ‘¿qué quieres?... ‘ah ya, toma, aquí está, listo, chao.’** (...) Hay un vínculo menor con el doctor. Hay un nivel de confianza, no excesivo, pero hay un mínimo nivel de confianza. Pero como que era muy trámite, no sé.” (Bernardo, 22)

En este sentido, y en línea con el paradigma de la medicina alopática, los participantes comprenden la satisfacción en la atención médica desde su funcionalidad, y al médico desde su rol instrumental (Parsons, 1975; Friedson, 1976) y de su capacidad de responder a las necesidades y exigencias de un “cliente” del sistema de salud (Lazare et al., 1975). También, tal como señala Hortensia, una atención eficiente, puntual y/o expedita, y de poco

¹⁶ Esto puede estar relacionado al nivel socioeconómico de los pacientes y a un mayor uso de servicios privados que públicos.

involucramiento emocional, se comprenden como una característica del ‘profesionalismo’ de quien atiende. Tal como señala Friedson (1976), el éxito de una relación médica se basa en criterios de eficiencia y logro, los cuales se determinan por cada campo profesional, siendo las habilidades “duras” las que predominan por sobre las “blandas.”

Por otro lado, y a diferencia de las citas presentadas previamente, otra característica que los jóvenes no-heterosexuales destacaron como una cualidad que ha definido sus experiencias positivas con profesionales de la salud es el trato cercano, humano y acogedor que pueden entablar. Estos participantes valoran una recepción cálida y preocupada, donde los profesionales, más allá de desprender efectividad o conocimiento experto, irradian un sentimiento de empatía, horizontalidad y genuina preocupación. En contraste a las citas anteriores que enfatizan la funcionalidad como lo más destacable en la interacción con doctores, esta serie de participantes son críticos de que dicha funcionalidad sea la que prime en la interacción entre profesionales de la salud y pacientes y que, por consiguiente, los médicos sencillamente reproduzcan y refuercen su posición de “expertos” en dicha interacción.

Así, muchos participantes son críticos de la relación asimétrica que se puede genera con profesionales de la salud y del rol de experto que ellos juegan, sin explicarle detalles a sus pacientes y/o únicamente entregando soluciones médicas a síntomas, sin profundizar en la experiencia propia que puede estar sintiendo el paciente (o, en palabras de Roter (2000), sin priorizar la atención en la experiencia del paciente). En la siguiente cita, por ejemplo, Gonzalo contrasta el trato acogedor, preocupado y el proceso de explicar horizontalmente con la relación distante y fría que suele tener con dichos profesionales, ejemplificado en la simple entrega de paracetamol:

“Hay unos doctores que son súper pesados, pero él nos explicó muy bien todo, para que no me preocupara. Me explicó cómo iba a ser el examen, qué es lo que venía después del examen, cómo es el proceso después de eso (...) Me dio un detalle de los remedios que tenía que tomarme en caso de que me duela así tanto, o que me doliera así tanto, etcétera. No sé, fue bacán. Sentí como que en verdad valió la pena, no como otras veces que vas y te dan paracetamol por dos semanas.” (Gonzalo, 23)

Desde esta perspectiva, los entrevistados destacan una comunicación horizontal, pausada, clara y acogedora por parte de los profesionales de la salud, quienes en vez de simplemente “solucionar” un síntoma de manera eficiente, se toman el tiempo para hacer al paciente una parte de un proceso humano y personalizado. Asimismo, la imagen de la pastilla (o del “desinflamatorio”, como dice Alejandra) simboliza aquella relación instrumental y poco humanizada que se tiene de la relación con médicos. Desde esta perspectiva, la figura del médico funcional y jerárquico se simboliza en la entrega de pastillas, y en un trato vertical. En efecto, la pastilla opera como un símbolo de un trato propio de un paradigma biomédico general. En palabras de los entrevistados:

“El sistema médico no me hace sentido. Ir al médico es como: tienes ciertos síntomas y ¡pum!, la pastilla pa’ dentro. ¿Qué pasa con lo emocional? ¿Qué pasa con todo el resto como ser humano?... Algo pasa ahí, algo pasa en términos de que no me cuidé, o que ando con el ánimo bajo o quién sabe. Entonces siento como que no están tratando con seres humanos sino que están tratando con un sistema de síntomas”. (Camilo, 22)

“Es súper importante que cuando uno está adolorido con cosas físicas te traten bien también. A mí se me ha salido la rótula acá en Santiago y **he tenido que ir a la clínica, al hospital clínico y te dicen “ya tranquila, solo tómate este desinflamatorio y vas a estar bien”.** (...) Mi médico, mi traumatólogo de siempre, no es así. Por el tema de mis rodillas **es súper amable, es como el mejor médico que tengo, esa es la persona que yo podía decir “Es la raja, muy buena persona, muy buen médico, es cariñoso, sabe qué decirte** (Alejandra, 24)

Como que siempre he tenido muy buena relación [con profesionales de la salud]. Me acuerdo que una vez cuando fui a hacerme exámenes de sangre, y entre ellos obviamente estaba el examen del VIH, fui con mi pareja y **la persona fue muy cercana. Fue como muy cálida, ¿cachái? Así como: “oye, pero no, está todo bien”.** **“Mira si esto es súper fácil” y fue súper didáctica** como: “mira si esto se trata de esto y te voy a hacer esto otro”. (Damián, 24).

Estas citas dan cuenta que los entrevistados valoran lo que Roter (2000) llama una atención “centrada en el paciente” que, en contraste a la clásica atención “centrada en el doctor”, ubica –o intenta ubicar– al paciente en una situación de horizontalidad frente al profesional, y se acomoda a su lenguaje, emocionalidad y ritmo. Adicionalmente, participantes aseveran que este tipo de trato también tiene que ver con sentirse cómodos y seguros y, sobre todo, libres de juicio. El trato horizontal y acogedor es un indicio de empatía y apertura del médico. Como señalan los entrevistados:

“Es importante un **profesional que se muestre empático y dispuesto a escuchar. No sé, como a escuchar mi problema antes que imponer lo que él cree que es mi problema.** Eso me da mucha más confianza en la consulta. Voy al doctor para que me solucione un problema, pero igual estando ahí me siento como súper insegura (...) **un espacio de salud debería darte la seguridad para sentirte cómoda al ser atendida.** Si tienes una persona que se siente muy mal no la puedes dejar ahí botada.” (Gabriela, 23)

“**Son personas con las que yo hago clic, como que me sienta identificada de alguna manera.** Personas que me logren entender, que no sean personas apáticas. Y mi experiencia con ellas ha sido muy positiva. Son personas más o menos jóvenes, no tienen más de 40 años, en general, y son muy simpáticas (...) como **que tienen esa cosa que nunca me he sentido juzgada. Ha sido como un clic, como una cosa de empatía...** me siento cómoda con esas personas, cachay. Y pucha, he tenido buenas experiencias regulares, a quienes vuelvo, y experiencias malas con doctores que por ejemplo... (Érica, 24)

“[Una buena atención en salud] **tiene que ver con la forma que [un profesional] te hace sentir al momento de hacerte entrar a la sala, ¿cachái?** De hablarte, de hacer preguntas (...) transmitir confianza, ser agradable, informar, explicar, ser comunicativo, sociable, simpático.” (Javier, 22)

Como señalan Pulerwitz et al. (2010), algunos de los elementos claves en la atención en salud a hombres que tienen sexo con hombres son la confidencialidad y el trato libre de prejuicios. Así, una atención basada en la empatía y libre de imposiciones morales es importante para jóvenes no-heterosexuales. Como dice Law (2015), un trato abierto, horizontal y empático está directamente relacionado a los niveles de satisfacción en espacios de atención en salud de personas no-heterosexuales, genera un ambiente que facilita hablar sobre temas relacionados a la sexualidad de los pacientes, quienes tanto por la intersección entre su edad y su orientación sexual, pueden sentir temor o incomodidad a abordar estas temáticas. Asimismo, como también señala Pulerwitz et al. (2010), un trato de estas características puede generar menor rechazo y temor a realizarse exámenes de VIH y otras ETS –como también se aprecia en la cita anterior de Damián–.

Esto se alinea con los hallazgos nacionales de Montero y González (2017), donde destacan que la atención empática genera mayor confianza entre jóvenes gays, bisexuales y lesbianas, y menos intento de evadir la atención en salud. Como dice Catalina (23), al saber que el trato con un profesional se basa en una atención horizontal y acogedora “uno va más con gusto al médico”. En efecto, este trato mantiene mayor retención de pacientes en servicios de salud y en programas de medicina preventiva, algo que, como ha sido

mencionado, puede ser difícil en poblaciones más inclinadas a evitar atenderse en servicios de salud por temor a experiencias de discriminación, tales como individuos no-heterosexuales (Makadon, 2006).

5.2. “¿Y TU POLOLO/A?”: CUANDO LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ASUMEN LA HETEROSEXUALIDAD

Una de las prácticas más frecuentes que dan cuenta de la heteronormatividad en los servicios de salud, y en la formación de médicos, y uno de los principales problemas que pacientes no-heterosexuales enfrentan en dichos servicios, es encontrarse con profesionales que asumen su heterosexualidad (Peterkin y Risdon, 2003; Agénor et al., 2015; Alpert et al., 2017). Si bien esto es un síntoma frecuente de una sociedad que presume la heterosexualidad de todos sus participantes en todos los ámbitos (Rubin, 2005), como fue planteado en los capítulos introductorios, este supuesto puede ser muy negativo en espacios de atención en salud.

La presunción de heterosexualidad se puede manifestar en distintos momentos de la atención en salud, desde los espacios de recepción donde recepcionistas preguntan por parejas del sexo opuesto, a los espacio de toma de exámenes (Knight et al., 2013) a las salas de espera que se decoran con afiches informativo y/o promocionales orientados a parejas o familias heterosexuales (Beehler 2001; Peterson y Risdon, 2003), o los instructivos que se entregan de salud sexual y reproductiva, que frecuentemente omiten experiencias sexuales entre personas del mismo sexo (Agénor et al. 2015).

Asimismo, también ocurre en los espacios de interacción entre pacientes y profesionales. En la siguiente sección se analizará un primer y claro ejemplo de heteronormatividad en los servicios de salud, a saber, la presunción de heterosexualidad de jóvenes no heterosexuales. Además de describir las principales instancias en que ocurre, también se relacionará con su

efecto en la posibilidad de revelar la orientación sexual de los participantes a los profesionales de la salud.¹⁷

A partir de sus experiencias, los entrevistados señalan dos principales instancias en que los profesionales de la salud suelen asumir su heterosexualidad. En primer lugar, al inicio de las interacciones entre médicos y pacientes, muchos suelen entablar una breve conversación informal¹⁸, –que antecede a la entrevista médica o al proceso de anamnesis como tal (Maynard, 2008)– en la que suelen preguntar acerca de la vida cotidiana de pacientes. Esta interacción, por lo general guiada por el profesional de la salud, suele abordar temáticas como la vida diaria, el trabajo y la situación de pareja. Frecuentemente preguntan por amistados o noviazgos sobre todo a personas jóvenes, las cuales, según Hinchcliff (2005), pueden sentir incomodidad al enfrentarse a estas preguntas en la consulta. Si bien preguntas e intervenciones como “¿tienes pololo?” o “¿cómo te ha ido con las chiquillas?” pueden parecer inofensivas a primera instancia, para muchos jóvenes no-heterosexuales son instancias de gran incomodidad e inclusive de vulnerabilidad o temor, dada la jerarquía frente a una figura de poder como un médico, y/o al aparecer invisibilizado en su discurso coloquial.

En línea con Beehler et. al. (2001), Eliason y Schope (2001) o Agénor et al. (2015), tal como ocurre en otros espacios e interacción social, estas intervenciones dejan de manifiesto la presunción de heterosexualidad del paciente por parte del médico. Gestos de este tipo, por más de pequeños que sean, evidencian una ausencia de sensibilidad a la diversidad sexual y a la sencilla posibilidad de que su paciente puede no ser heterosexual. Las siguientes citas ejemplifican alguna de estas instancias:

“Sí, cuando voy a la dermatóloga, que es algo que no tiene nada que ver con sexualidad. Igual mi dermatóloga me ha preguntado si tengo polola, o algo así y, **en el fondo, me hago el tonto**” (Bernardo, 22).

¹⁷ Cabe destacar que en un subtítulo posterior de los resultados (5.3.4) se identifican y se profundiza en otras experiencias heteronormativas (enfrentar ignorancia sobre el sexo no-heterosexual; humor heteronormativo; relación estigmatizadora entre homosexualidad y VIH; experiencias de acoso). En la presente sección se analiza únicamente las instancias cuando profesionales de la salud asumen la heterosexualidad de sus pacientes no-heterosexuales, lo que suele ocurrir al inicio de consultas médicas y tiene un impacto importante en revelar o no una orientación o prácticas sexuales homosexuales (y por eso está situado a esta altura del texto, como subtítulo 5.2.).

¹⁸ ‘*Small talk*’, como se refiere la literatura anglosajona.

“Me ha tocado más de un médico que ha querido como “ah, de la polola”, o qué sé yo. Como conversaciones para romper el hielo. Así como si tengo una polola o riéndose como “la polola esto, la polola lo otro”. Y, a pesar de que yo sea 100% abierto con mi sexualidad, me incomoda mucho eso, y me incomoda mucho más que lo haga un hombre que una mujer.” (Camilo, 22).

“Si, en espacios de salud sí. Me preguntan si tengo pololo. Siempre la primera pregunta es si tiene pololo. **Es que hay doctores que te preguntan así como ‘¿Qué hace usted? ¿A qué se dedica? ¿Está en pareja? ¿Hace cuánto está en pareja?’** Y, de hecho, el ginecólogo de ahora asumió altiro que era un hombre. Me dijo ‘¿Está con su pololo?’ (...) Y cuando respondo, en realidad como que no me gusta entrar en detalles... Entonces digo que no, o que ‘si, si, ya’... Respondo como la pregunta que me hacen en forma neutra.” (Érica, 24).

Este tipo de intervenciones dan cuenta de una heteronormatividad enraizada en las interacciones más cotidianas con profesionales de la salud, incluso antes que suceda a una entrevista médica formal. En efecto, es importante destacar que estas conversaciones no tienen que ver con salud sexual –ni siquiera tienen que ver necesariamente con salud en general, ni con los motivos de por qué se agendó la consulta– sin embargo, desde la perspectiva de los jóvenes entrevistados, ya generan un antecedente que sí puede tener implicancias importantes a nivel de salud.

En efecto, la primera impresión que puede dejar un profesional en esta fase del encuentro puede ser muy importante para la evaluación que pacientes hacen de él. Para muchos jóvenes no-heterosexuales este tipo de comentarios o preguntas por parte de profesionales de salud es señal de una “mente cerrada”: de una mentalidad heteronormativa y no abierta a la diversidad sexual. Lo que parece una sencilla pregunta acerca de un pololo/a frecuentemente es, para los entrevistados, una advertencia de estar frente a alguien de mentalidad heteronormativa y ante una posible situación incómoda, de rechazo, de miradas desagradables, de cambios de actitud o incluso de comentarios discriminatorios en caso de revelar su homosexualidad. Como medida de protección, participantes frecuentemente prefieren sencillamente no decir nada, incluso individuos como Camilo que, como comenta en su cita, es alguien “100% abierto” con su sexualidad en los otros espacios de su vida.

Como ilustran los ejemplos de Bernardo y Érica, prefieren “hacerse los tontos” y evitar arriesgar una situación incómoda o difícil (ver subtítulo 5.3.2. *Estigma Anticipado*), que estiman podría ocurrir luego de que el médico les pregunta acerca de una posible pareja del

sexo opuesto. En casos de este tipo, la omisión a revelar la orientación sexual puede ocurrir desde los primeros minutos de encuentro con el profesional de salud.

Como establecen muchos entrevistados –y como se profundizará en páginas posteriores–, estas breves intervenciones iniciales pueden definir la apertura que tengan para ser honestos respecto a su identidad y/o prácticas sexuales. Como dice Danae, para los entrevistados, “una sola palabra” da cuenta de la heteronormatividad de un profesional. Por lo mismo, preguntar acerca de relaciones románticas de manera genéricamente neutras (*gender-neutral* como se dice en la literatura anglosajona) es un pequeño cambio que puede producir grandes diferencias. Como señalan los participantes al referirse a esta cuestión:

“Cuando un profesional [de la salud] con una sola palabra ya te da cuenta que puede haber algún prejuicio, de nuevo uno tiende a esconderse. Por eso es importante meter este tema en la formación de los profesionales.”
(Danae, 24)

“cuando yo entré me hizo como las típicas preguntas como "bueno, no sé a qué te dedicas, qué haces en la vida, no sé, pololeas", le dije "sí", "¿cómo se llama tu pareja?", "Sofía"... **Me dijo ‘pareja...’** "Y ya, cuántos años tiene Sofía, qué hace Sofía"... Cachai, como que **al tiro me abrió la posibilidad de que yo le expusiera cualquier cosa y no hizo, o al menos yo lo sentí así, que no hizo ningún trato diferenciado si hubiese sido hombre o mujer**”. (Gabriela, 23)

Una segunda ocasión estándar en que los doctores asumen la heterosexualidad de sus pacientes refiere a preguntas sobre prácticas sexuales y/o de salud sexual en el marco de la entrevista médica, en el momento en que se realizan preguntas acerca de conductas sexuales para construir un diagnóstico. Este tipo de instancias son sobre todo frecuentes para mujeres en espacios de atención ginecológica, al atenderse por motivos de salud sexual y/o reproductiva (Marques et al., 2014; Agénor et al. 2015).

Como afirman las participantes mujeres, las entrevistas médicas en el ginecólogo suelen comenzar con pregunta(s) acerca de prácticas sexuales, anticonceptivas, y/o por la presencia o no de una pareja. Muchas, no obstante, se enfrentan a que la mayoría de los doctores tiende a asumir la heterosexualidad de la paciente desde el inicio, al explícitamente referirse a una posible pareja como sexo masculino, o al mencionar a

prácticas anticonceptivas (asumiendo el riesgo de embarazo como producto de las prácticas sexuales). Como señalan las entrevistadas:

“Llegué por una sintomatología particular que ella me preguntó si estaba siendo sexualmente activa, porque podía quizás tener relación con eso (...) y luego no sé si estaré inventando el recuerdo exacto, pero puede que me haya preguntado si tenía *pololo* y dije que no. Y me resguardé, porque nunca dije que sí tenía *polola*. **Pasa mucho que no te preguntan si estás pololeando; sólo te pregunta si tienes pololo.**” (Gabriela, 23).

“Entonces [el ginecólogo] me dice ‘ah ya y... ¿tienes pareja estable?’, y yo le digo que no. ‘Ah, ya. ¿Y usas condón?’ ‘No, no uso condón’. Y me pregunta ‘Ah, ¿y por qué?’ y yo como... ‘porque no tengo relaciones con un hombre...’ y como que ahí recién se da cuenta. (Catalina, 23).

Incluso si no se hace menciones explícitas a estas cuestiones, doctores asumen heterosexualidad incluso al hablar “neutramente” sobre la sexualidad o al ni siquiera mencionar prácticas sexuales o la existencia de una pareja. Dado que muchos médicos pueden ni siquiera querer hablar sobre prácticas sexuales si no es necesario, ya que puede generar incomodidad (Hinchcliff et al., 2001; Marques et al., 2014), no es extraño que se evada cualquier pregunta sobre orientación sexual. Por lo tanto, si eventualmente surgen cuestiones sobre prácticas sexuales, de antemano se refieren a un imaginario de prácticas sexuales heterosexuales. Así, tal como señala Beehler (2001) en su análisis de experiencias de hombres homosexuales en Nueva York, los participantes no solo están muy conscientes de la heteronormatividad en estos protocolos médicos, pero además conciben que es inevitable, tal como en otras esferas de la sociedad. Ante esta suposición por parte de los médicos, los/as pacientes se enfrentan a la opción de intervenir activamente y –como el ejemplo de Catalina–, relevar su no-heterosexualidad al profesional (esto ocurre sobre todo cuando se les pregunta directamente acerca de posibles prácticas sexuales no-heterosexuales o cuando consideran que es pertinente revelarlo por motivos médicos, como se verá en el subtítulo 5.3.1.), o pasivamente omitir dicha información y “pasar” como heterosexual, o activamente mentir y fingir heterosexualidad. En el segundo de los casos mencionados, al responder monosilábicamente, doctores asumen que siguen siendo heterosexuales y continúan su consulta o diagnóstico desde esa perspectiva.

Mantener la suposición de heterosexualidad, una clara manifestación de la heteronormatividad del sistema de salud, puede tener muchos efectos colaterales negativos

en el transcurso de la consulta, tal como solicitar exámenes innecesarios y no recomendar aquellos necesarios, entregar educación sexual errónea, ofrecer pastillas anticonceptivas u otros medicamentos innecesarios y/o, finalmente, obtener una atención médica insatisfactoria (Marques et al., 2014). Es difícil que una mujer reciba una atención ginecológica efectiva si el profesional en cuestión no puede dar cuenta de sus actividades y necesidades particulares.

Así, tal como fue sugerido en algunas citas anteriores, las entrevistadas valoran que ginecólogos y otros profesionales relacionados a salud sexual pregunten acerca de prácticas sexuales de manera genéricamente neutra (*gender-neutral*) o que incluso pregunten directamente por la orientación sexual. Realizar esta pregunta, más que una intromisión, se ve como una señal de apertura del profesional a la existencia de individuos no-heterosexuales, e incluso un indicio de que podría tener conocimiento de sexualidad no-heterosexual y entregar un mejor servicio a pacientes. Asimismo, se ve también un indicio que dicha información puede ser relevante para la consulta, ya que de caso contrario quizás no lo consideran relevante.

Como señalan Peterkin y Risdon (2003) o Fuzzell et al., (2016), preguntar de manera *gender-neutral* –o más bien, no heteronormativa- acerca de una pareja sexual o afectiva se comprende de antemano como una señal de conciencia y sensibilidad ante la diversidad sexual. En las siguientes citas, participantes se refirieron a la importancia de “desheteronormativizar la anamnesis” (Palma, 2016) en la entrevista médica sexual. Es decir, que el profesional pregunte sobre experiencias sexuales sin asumir el género de una pareja sexual o, incluso, que pregunte directamente por la orientación sexual de su paciente:

“Yo creo que es importante que el profesional lo pregunte porque **la magia o capacidad que tienen las palabras para contener desde las preguntas mismas**. Por ejemplo, el cambio de “tienes pololo?” a “cuál es tu orientación sexual?” o “cómo te identificas?” o, no sé, “tienes *pareja?*”, ya cambia la disposición, yo creo, a la persona que está al otro lado a responder una u otra cosa. O al menos a mí me la cambia” (Danae, 24).

“Me parece que, en general, los protocolos para preguntar... y sobre todo en ginecología, desde ‘¿tienes pareja? ¿Eres sexualmente activo/a?’, etcétera, y después preguntar ‘¿Pareja femenina o masculina?’ (...) **creo yo que sería súper bueno que se diera el espacio, por ejemplo, preguntando por “ah, ¿tienen pololo o polola?”. Porque cuando preguntan solo por pololo, solo por polola, estas asumiendo algo que no es real (...)** Incluso,

si a mí como hombre un médico me preguntan por pareja, yo igual siento que me está tirando su heteronormatividad encima, como que me está implícitamente preguntando por polola. **Entonces, cuando te preguntan por pololo o polola, tu simplemente puedes decir polola, o puedes decir pololo... Tú le estás diciendo a la persona como, sea la sexualidad que sea, estás bien y eres escuchado acá**" (Bernardo, 22).

Si bien los entrevistados enfatizan que lo ideal sería que los pacientes se sientan con toda la confianza para hablar de su pareja, su orientación sexual y/o prácticas sexuales sin aprehensiones ni temores en espacios de atención en salud, saben que para muchos es difícil hacerlo. Por lo mismo, señalan que es un recurso positivo que un profesional sea quien pregunte, ya sea sin suponer el género de una potencial pareja o, inclusive, preguntar sobre la orientación o prácticas sexuales del paciente, en caso de que sea médicamente relevante. En efecto, muchos jóvenes establecen que no esperan revelar su orientación sexual al menos que el médico les pregunte acerca de ella o de sus prácticas sexuales, ya que asumen que si no se les pregunta por ella, no debe ser información relevante para la consulta:

"yo creo que **radica más en que el doctor pregunte**, porque tú como usuario del servicio de salud, cualquiera sea, como público o privado, grande o chico, ese es un mundo ajeno para tí, ¿cachái? no es un mundo cercano. **En cambio, el profesional de la salud cualquiera sea, doctor, enfermero, paramédico, ese es su mundo** y sabe cómo se enfrentan las cosas (...) yo creo que el cambio debería venir desde el mundo de la salud." (Damián, 24).

"no, nunca consideré que la visita al urólogo ameritaba contarle [sobre prácticas sexuales con otro hombre]. No creo ameritaba. No iba a salir de mí. Si él me lo pregunta, se lo iba a decir sin problema, pero si no me lo preguntaba, como filo eso (Bernardo, 22)

Estos hallazgos coinciden con los de Fuzzell et. al. (2016), quienes identificaron, al analizar la experiencia de adolescentes no-heterosexuales en servicios de salud, una expectativa de que profesionales médicos tomen la iniciativa de preguntar acerca de prácticas sexuales, y que lo realicen sin supuestos de género u orientación sexual. Cabe destacar que la incomodidad que pueden tener profesionales de la salud acerca de interrogar acerca de estas cuestiones en general (Hinchcliff et al., 2005) se vea aumentada al enfrentarse a pacientes jóvenes.

5.3. ¿REVELAR O NO REVELAR? HE AHÍ LA PREGUNTA

Además de que un médico pregunte acerca de prácticas sexuales y/o pareja (y de cómo lo pregunta), existen una serie de otros aspectos relevantes que influyen en que jóvenes no-heterosexuales revelen o no su orientación sexual a profesionales de la salud. En efecto, como señala la literatura académica, la experiencia de revelar su orientación sexual y/o prácticas sexuales en espacios ante profesionales de salud puede ser difícil y desafiante para jóvenes no-heterosexuales (Marques et al., 2014; Law et al., 2015). En la siguiente sección se analizará esta experiencia en espacios de atención en salud, y se profundizará en algunos de los factores que inhiben (o facilitan) que esto ocurra.

Cabe destacar que los siguientes aspectos no son mutuamente excluyentes y que la distinción realizada es meramente analítica. Por el contrario, los elementos descritos a continuación frecuentemente coexisten y operan de manera conjunta en las experiencias descritas por los participantes del estudio.

5.3.1. Pertinencia Médica

La mayoría de los participantes comprende la importancia de referirse a su orientación sexual en ciertos espacios de atención en salud. Como señala Horacio (24), existe conciencia de la relevancia de informar a especialistas sobre prácticas sexuales, por ejemplo, para recibir una atención completa y un diagnóstico certero: “hay una responsabilidad de la persona de poder asumirlo, en el sentido de dar información fidedigna y (...) pese a los prejuicios la consulta médica debería estar libre de juicios.”

Por lo mismo, un primer motivo que participantes consideran relevante para revelar su orientación sexual es cuando lo encuentran médicamente pertinente, generalmente mencionando atenciones por salud sexual/ginecológica o salud mental. En efecto, la mayoría señala que cuando han hablado sobre su orientación sexual y prácticas sexuales ha sido en consultas de estas temáticas o especialidades. En palabras de los participantes respecto a instancias cuando consideran relevante hablar de esta cuestión:

“Yo creo que obviamente en ginecología, como todo lo que es salud sexual. Y en lo mental, si es que llega a ser relevante. No sé si sea relevante en otros ámbitos... Además, por ejemplo, no tengo un médico que tenga para ir una vez al año a hacerme un control, que me conoce hace años y sabe mi historia familiar ni nada. Entonces nunca he visto que sea necesario, desde mi experiencia en salud en medicina general o un otorrino, hablar sobre mi orientación sexual, en términos del nivel de impacto que tiene en mi salud no veo que se salga del ámbito mental y del ámbito sexual.” (Érica, 24)

“Por ejemplo gastroenterólogo creo que no tiene mucho que ver como con el tema de la sexualidad, pero no sé po, **si voy al ginecólogo, que sí está directamente relacionado con eso, me parece que es súper importante que sepa realmente un poco más sobre mi vida sexual. No basta con decir "mi pareja es mujer", sino que en el fondo está la implicancia de que el hecho de que tenga una pareja mujer significa probablemente otro tipo de prácticas sexuales, otro tipo de necesidades.**” (Gabriela, 23).

“En consultas por motivos de sexualidad yo creo que sí, porque son realidades distintas, porque la realidad de una lesbiana no es la misma que la realidad de un gay, ni que la de un heterosexual. En ese contexto es muy legítimo. Pero si te vas a hacer una glicemia o te sube la presión no le veo mucho sentido.” (Horacio, 24)

“Evidentemente en salud mental es relevantísimo. En profesionales como ginecólogos también. Pero quizás en atenciones ambulatorias te preguntan cosas que están tan relacionadas a lo que te lleva ahí... No sé po, si estoy resfriado o tengo influenza, no te van a preguntar si estái pololeando o no. Entonces quizás no es muy relevante.” (Danae, 24)

Como muestran las intervenciones de Gabriela y Horacio, los participantes destacan la importancia de informar al especialista porque afirman que efectivamente existen diferencias en las vidas y prácticas sexoafectivas de personas no-heterosexuales en contraste a aquellas heterosexuales. En línea con lo que dicen Peterkin y Risdon (2003), que sostienen que jóvenes gays, lesbianas y bisexuales “tienen necesidades de salud particulares que deben ser reconocidas y abordadas” (p. 5), los participantes reconocen que existen particularidades en la realidad y experiencia sexoafectiva de la población no-heterosexual, y que son relevantes en estas especialidades. Así, la mayoría de las veces que participantes señalan haber revelado su orientación sexual o haberse referido a sus prácticas sexuales en espacios de atención en salud es en consultas referidas a estos temas, y señalan haberla omitido (ya sea explícitamente o circunstancialmente) en atenciones médicas de otros temas.

Ahora bien, a pesar de dicha percepción, muchos entrevistados manifiestan haber evitado revelar esta información por motivos de estigma y/o incomodidad anticipada (como se verá en la siguiente sección, 5.3.2). En otras palabras, a pesar de saber que la información puede ser médicamente relevante, el temor a una potencial reacción negativa ha impedido que jóvenes no-heterosexuales se refieran a su orientación y/o experiencias sexuales.

Un aspecto problemático de esta cuestión es que, al no haber una pregunta por parte del profesional de la salud, muchas veces queda a juicio de los pacientes, al momento de realizar su consulta, discernir la pertinencia médica que puede tener su sexualidad en su diagnóstico y tratamiento. En efecto, a veces los participantes se pueden atender por un tema asociado a las áreas de salud mencionadas y *asumir* que no es relevante revelar dicha información (o esperar que el profesional le pregunte en caso de necesitar esa información, cuando ha quedado claro que no es así, tanto en la literatura (Fuzzell et al., 2016) como en la sección anterior (5.2.)). Como pacientes, no necesariamente manejan el conocimiento médico de estar seguros si el motivo de consulta puede estar vinculado o no a conductas sexuales. Asimismo, hay otros espacios donde el tema podría ser relevante pero no es evidente para los mismos entrevistados por falta de conocimiento o formación médica. Este fue el caso de Emilio, quien consultó a un médico por muchos casos consecutivos de amigdalitis, y no fue hasta varias atenciones con médicos que surgió la posibilidad de vincularlo posiblemente con enfermedades de transmisión sexual asociadas a conductas sexuales:

“después tener amigdalitis de nuevo, por una semana, y tan fuerte, empecé a pensar que, claro, quizás algo me está afectando las defensas... O no sé, un doctor una vez me dijo que también afectaba el sexo oral, q te puede llegar algún tipo de bacteria, y yo no tenía idea po.’ Entonces ahí como que le empecé a dar un poco más de vueltas (...) quizás es por el frío, o quizás es porque tengo alguna infección, no sé. **Ahí ya me pareció relevante vincularlo con temas de sexualidad.**” (Emilio, 24).

En esta misma línea, destaca también la experiencia de Javier quien luego de sentir cierto dolor testicular y revisar en internet que probablemente se trataba de varicocele, consultó un especialista, quien luego de examinarlo le confirmó su hipótesis. Respecto a revelar su orientación o prácticas sexuales en esta consulta, incluso de carácter urológico, Javier señala que:

“[No dije nada] porque lo encontré irrelevante a lo que me estaba pasando particularmente ahí. Porque entiendo que el varicocele te da porque sí... [no es por] conductas sexuales.” (Javier, 22).

Así, al menos que sean explícitamente interpelados por parte de los especialistas, participantes pueden tomarse la libertad de discernir sobre la pertinencia médica de sus prácticas sexuales en sus entrevistas médicas, incluso al consultar en áreas típicamente relacionadas a salud sexual.

5.3.2. Estigma anticipado: el temor a reacciones incómodas, estigmatizadoras, discriminatorias, y/o heteronormativas

En línea con investigaciones internacionales (Beehler 2001; Peterson y Risdon, 2003), el principal motivo por el cual los participantes evitan revelar su orientación sexual es debido al temor a las reacciones de parte de los profesionales de salud. Entrevistados manifiestan lo que la literatura ha identificado como “estigma anticipado”, que refiere a las expectativas que otras personas reaccionarán de manera discriminatoria en caso de enterarse de una característica estigmatizadora (orientación sexual, en este caso), y los efectos perjudiciales que la interiorización de este estigma tiene en el bienestar psicosocial (Quinn y Chaudoir, 2009).

El estigma anticipado es, para muchas personas no-heterosexuales, una experiencia de la vida cotidiana y parte del día a día de interactuar en espacios sociales heteronormados. Personas gays y lesbianas llevan a cabo microprácticas reflexivas e intencionales para evitar hacer pública su orientación sexual (el ejercicio de *‘pasar como heterosexual’*), o bien mecanismos para hacerla pública de manera selectiva (DeJordy, 2008). Este ejercicio, que por lo estudiado en Chile es común entre población homosexual, dado los índices significativos de homofobia (Barrientos y Cárdenas, 2013) puede generar altos niveles de estrés y ser perjudicial para la salud mental (Meyer, 2003; Quinn y Chaudior 2009).

En el caso de los participantes de este estudio, el estigma anticipado se manifiesta en una anticipación de posibles reacciones negativas por parte del profesional de la salud: respuestas juiciosas, jerárquicas o discriminatorias, situaciones incómodas (tanto para el paciente como para el profesional de la salud), o respuestas ignorantes acerca de la

sexualidad no-heterosexual. Como señalan los siguientes participantes respecto a la dificultad de referirse a su orientación sexual o prácticas sexuales en la atención en salud, y a por qué se evita revelarlo:

“Yo creo que es por nervio a la reacción de la otra persona, solo por eso. Además, creo que generalmente porque [los doctores] son personas más viejas. Yo creo que a generaciones más antiguas les cuesta el tema.” (Francisca, 24)

“Es que es algo desconocido... Como que no sabes cómo va a reaccionar la otra persona, creo que siempre va de la mano con eso. Porque aunque yo ahora lo pueda decir así, contigo, soy gay, aun así me da nervio saber cómo va a reaccionar otra persona, ¿cachai?” (Hortensia, 25)

“Como que me daba mucho miedo contarlo. No sé por qué, supongo que por prejuicio. Como que no es algo que haya reflexionado mucho en ese momento. Pero quizás aunque yo me sentía cómoda teniendo a mis amigos y todo eso, igual sentía que allí era algo con lo que tenía que tener cuidado.” (Gabriela, 23).

“Cuando le dije a la enfermera ‘no, estoy con mi pareja (mujer)’, pensé que se iba a espantar o se iba a... y no pasó nada. Uno igual espera que digan algo... No sé porque uno espera eso, pero uno espera como una reacción o una contra-reacción de las personas, como si fuéramos tan distintos, ¿cachái? (...) Yo creo que internamente estamos un poco a la defensiva con toda la gente. Es la heteronormatividad con la que estamos rodeados.” (Alejandra, 24)

“es que ahí pienso ahí es cuando llega el alivio, como cuando tú lo dices y no pasa absolutamente nada es cuando tu bajas los hombros y quedas así como: ‘ya, bacán.’ Porque como te digo, uno llega como a la defensiva, como ‘puta va a ser una mierda, como todo el resto de este país.’ Entonces cuando te hacen saber que no es un tema (...) es bacán” (Ismael, 22).

“El temor es un poco que él no sepa de cómo es la dinámica de una pareja homosexual. Ese es más o menos el temor. **Es súper básico, pero igual existe,** y uno cuando no tiene experiencia en el tema, yo creo que puede haber ese temor. Pero después de que fui, lo tomó tan natural que fue muy cómodo.” (Fernando, 25)

Hay un temor importante a reacciones perjudiciales, un hallazgo que también se encuentra en resultados internacionales (tales como King et al., 2010; Pulerwitz et al., 2010), que inclusive afirman que por efectos de estigma anticipado individuos no-heterosexuales pueden evitar acudir a toma de exámenes de ETS o a consultar a servicios de salud, incluso cuando saben que sería pertinente hacerlo) y en población de gays y lesbianas adolescentes nacionales, quienes manifiestan temor “exponerse” a médicos y sentirse juzgado (Montero & González, 2017). Esta actitud de anticipación cautelosa existe independiente de estar afuera del closet con amistades o en otros círculos sociales. Además, como señalan las

últimas dos intervenciones, exige que jóvenes no heterosexuales sientan la necesidad de estar “a la defensiva” o como señalan Montero y Gonzáles (2017), en “estado de hiperaltera e hipersensibilidad,” lo cual contribuye a negativamente a su bienestar psicoemocional y le agrega mayor exigencia y estrés al proceso de atención en salud. Adicionalmente, como revela la cita anterior de Fernando, el estigma anticipado también se asocia al temor que profesionales de la salud no sepan nada de sexo heterosexual y, por lo mismo, no ser reconocido, sentirse incómodo o ajeno al espacio, y no recibir un trato o tratamiento pertinente.

El estigma anticipado varía según las experiencias previas que un individuo ha tenido – sobre todo sus experiencias familiares (ver secciones 5.3.3. y 5.3.4.)–, como también según características del profesional de salud (la edad o el género, como señala la cita de Francisca). En efecto, entrevistados frecuentemente asociaban su anticipación de reacciones estigmatizadoras y su resistencia a revelar su homosexualidad con médicos de mayor edad, y –en el caso de las entrevistadas mujeres-, con hombres, quienes le generan mayor incomodidad.

“Yo no quiero que un doctor viejo este escuchando que le chupé esto a mi polola, que le metí los dedos acá, porque se pasan muchos rollos.” (Belén, 22).

“prefiero que me tocara una mujer... **Si me toca un viejito, no.** (...) la idea es que sea algo cómodo.” (Hortensia, 25).

La anticipación de experiencias negativas, sin embargo, no necesariamente se condice con las experiencias vividas por los mismos sujetos en servicios de salud. En efecto, muchos participantes dan cuenta que anticipan un posible nivel de incomodidad o de trato diferente al revelar su homosexualidad. Sin embargo entre aquellos que lo han hecho, muchos manifiestan haberse encontrado con reacciones positivas (o, más bien, reacciones neutras o “sin novedad”), lo que claramente es recibido como una buena sorpresa. Como señala la intervención de Ismael (22), luego de una anticipación estigmatizadora, al no enfrentarse a una reacción negativa y darse cuenta que para el profesional de la salud “no es un tema”, es cuando “llega el alivio.” Como también sostienen otros entrevistados:

“siento pudor, yo creo, más que nada... No sé por qué, si no debería ser algo como tan tabú con un profesional de la salud en verdad (...) Es raro, porque **siento como que existe la posibilidad de que haya un trato distinto una vez al momento de contarles, pero en verdad nunca me ha pasado.**” (Gonzalo, 23).

Al principio le dije no [había tenido relaciones sexuales]... Pero después le dije que sí, que he tenido relaciones con mujeres. Pero no puso ninguna cara mala, porque me esperé que fuera incómodo (...) porque había tenido amigas que cuando al ginecólogo le decían que estaban con mujeres, les cambiaba a los doctores la cara así mal, o se ponían pesados, incómodos, las trataban mal. Entonces con ese antecedente yo me preocupé (Hortensia, 25).

“fue bastante simpático la verdad, no lo esperaba, porque es un viejo como 70 años (...) **Pensaba que hubiese sido algo más cortante o incómodo, como onda...** ‘Aya, eh, tómate estas pastillas, nos vamos en 6 meses’. Pudo haber sido perfectamente así, pero como que se preocupó ¿cachái? (Alejandra, 24)

Cabe destacar, no obstante, que el umbral de anticipación no es solo en actos ofensivos sino, como manifiestan los entrevistados, incluso en la *incomodidad* – se evita contar para ahorrar pasar momentos incómodos, como muestran la intervención anterior de Alejandra, o la siguiente de Bernardo. Muchas veces participantes no pueden explicar en detalle dicha “incomodidad”, pero se traduce en cambios en el tono de voz, en el modo en que se comunica un médico, en actos no verbales, y/o en leves gestos de sorpresa, que hacen de la consulta un espacio incómodo para todos los partícipes. En efecto, y en línea con los hallazgos de Fuzzell et. al., (2016) pacientes no solo desean evitar sentirse incómodos ellos mismos, pero además evitar la incomodidad del especialista, ya que si uno se siente incómodo, el otro también, lo que entorpece la interacción de ambos. En otras palabras, la incomodidad siempre es compartida. Incluso si no esperan reacciones de mayor gravedad, una posible incomodidad es suficiente para desear omitir su orientación sexual.

“Yo creo que no le digo porque sé que sería un tema para ella. **No creo que reaccione mal, pero sería como novedad y me haría muchas preguntas y sería como ‘oh, pero qué onda’ y me haría muchas preguntas y sería como ‘wow’** y sabrías que como un poco como cahuín en el fondo y me quiero evitar eso y quiero que me ayude con cosas de la piel” (Bernardo, 22).

La evasión de contar puede llegar a tal punto, como muestra la siguiente experiencia de Gabriela, que pacientes sienten la necesidad de buscar y construir un relato médicamente verosímil para explicar una condición médica genital, con tal de no tener que revelar sus prácticas sexuales:

“la primera vez que fui a una ginecóloga fue porque tuve (...) **como un hongo**. Fui por eso, y en ese tiempo mi mamá no sabía que yo tenía mi polola... tenía entre 17 y 18. **Y yo no sabía si en verdad me había dado porque había tenido sexo con ella o por otra razón**. (...) le mentí y le dije que era virgen, porque **había leído en internet que el hongo igual se producía como por temas hormonales**. Y justo había estado con la regla esa semana. De hecho, creo que esa fue la explicación que me dio la ginecóloga después... Creo que le dije algo así como que había estado con la regla y que no me había cambiado la toallita en mucho rato, y que me había irritado la piel, como que... (...) **Había tenido sexo, y me escudé un poco en que había estado con la regla, y le inventé un poco esta historia. Porque creí que era creíble, y me hacía sentido, internet decía que hacía sentido, y efectivamente hizo sentido**. Me dijo así como ‘no, pero esto es súper común, le pasa a todo el mundo’, (...) La verdad es que antes de eso, antes de ir, leí mucho al respecto y busqué muchas como formas de curarlo.... recurrí como a todas mis herramientas para evitar ir a la consulta.” (Gabriela, 23)

La experiencia de Gabriela es un ejemplo de negociación de estigma e interacción estratégica (Goffman, 1963; 1971). Consiste en el empleo de maniobras y microprácticas en espacios de interacción social para presentar y sostener una fachada heterosexual no estigmatizada, que sea verosímil para un espectador (en este caso, un médico) y no se desacredite. Mientras DeJordy (2008), por ejemplo, ha analizado las estrategias psicosociales empleadas por sujetos homosexuales para presentarse heterosexualmente (*strategies for straight-passing*, como se refieren en la literatura anglosajona) en ambientes laborales, el caso de Gabriela es otro ejemplo de dichas estrategias, ante autoridades médicas en espacios de atención en salud.

En efecto, ambientes heteronormativos llevan a una multiplicidad creativa de estrategias de *straight-passing* (Johnson, 2002). La particularidad de este caso, sin embargo, es que para lograr un *straight-passing* exitoso, se requiere una auto-instrucción del conocimiento biomédico y la construcción de un relato coherente (y, en consecuencia, un aumento de estrés y un estado de hiperalerta) para mantener una presentación verosímil y creíble para un experto médico.

5.3.3. Familia y confidencialidad

Otro de los principales motivos que inhiben a jóvenes no-heterosexuales a revelar su orientación sexual o prácticas sexuales ante profesionales de la salud es el temor a que dicha información sea traspasada a su madre y/o padre. Si bien la mayoría de los participantes al momento de la entrevista expresó que su familia ya sabía de su no-

heterosexualidad, muchos relataron experiencias que vivieron durante su adolescencia o sus primeros años universitarios, cuando su madre/padre aún no estaban informados. Considerando la edad de los participantes, la mayoría relata instancias que ocurrieron en momentos cuando su familia aún desconocía su no-heterosexualidad, o había sido informada hace poco tiempo.

Si bien existe, en general, conciencia de que los espacios de atención médica deben ser confidenciales, muchos entrevistados expresan escepticismo y desconfianza, y temen que lo conversado en dicho espacio pueda ser compartido con su madre o padre. En este sentido, revelar su orientación sexual a un profesional de la salud podría transformarse en tener que enfrentar a su familia sin desearlo o sin estar psicoemocionalmente preparado para hacerlo. En este sentido, el efecto del estigma anticipado existe tanto en relación a los profesionales de la salud, como también a la familia.

Este temor está muy alimentado por el hecho de que gran parte de los doctores a los que asisten jóvenes, sobre todo cuando van por primera vez a alguna especialidad, son recomendaciones de su madre o padre. En efecto, más de la mitad de los participantes señala que ha ido alguna vez al médico a partir de una recomendación de su madre o padre, algo que según Reiss et al. (2005) es un conducto común para que jóvenes accedan a profesionales de salud. Además, algunos doctores tienen una relación profesional —e incluso a veces de amistad— con miembros familiares por años, y son considerados “médicos de toda la vida”, cercano a uno o varios integrantes de la familia¹⁹. Además, al entender al doctor como figura de autoridad tanto por su rol profesional como por su diferencia etaria (muchas veces de confianza de sus padres), los entrevistados estiman que las conversaciones médicas van a ser transmitidos a sus padres, o que van a “acusarlos” o “retarlos”.

Respecto a esta cuestión, una relación cercana e histórica con médicos (un “médico de toda la vida”) puede ser un arma de doble filo: mientras muchos inspiran gran empatía,

¹⁹ Cabe destacar que vínculos de este tipo, de relaciones estrechas entre especialistas y familias (o el tener un “médico de cabecera”), puede estar altamente relacionado al nivel socioeconómico de los participantes, muchos de los cuales han tenido oportunidad de *elegir* con que profesional entenderse, algo que en el contexto chileno está muy determinado por el acceso a recursos y que es característico de los servicios de salud privados de mayor costo.

confianza y acogida, lo que, como se estableció en el capítulo 5.1, es un elemento central para la satisfacción y comodidad de jóvenes no-heterosexuales en espacios de atención en salud, son también un puente con su padre y/o madre, y arriesga a la confianza y confidencialidad. Como revelan las siguientes citas, estos estudiantes activamente omitieron sus prácticas o fingieron no haber tenido ciertas experiencias sexuales por miedo a que se enterase alguno de sus padres, incluso con el conocimiento de que podría ser médicamente importante revelarlo:

“Hace como cuatro años atrás fui [al ginecólogo], tenía mucha vergüenza y tenía muy infectado. El tipo me decía si había tenido relaciones, yo le dije que sí, pero no dije con quién. Me decía que la penetración había sido muy fuerte, y como ‘ah, ¿sí?, ok.’ **Jamás le dije que era lesbiana (...)** Por miedo. Porque en ese entonces todavía no le contaba a mi mamá, entonces mi mamá estaba esperando en la sala de espera, y si yo le contaba al doctor, él iba a hablar con ella. Yo no quería que mi mamá supiera en ese entonces.” (Belén, 22).

“Yo creo que no le dije [a la dermatóloga], no porque creo que reaccione mal, pero **sería como novedad y me haría muchas preguntas y sería como “oh!” y quizás lo hablaría con mi mamá... Sabes cómo funciona el cahuín...** En el fondo me quiero evitar eso y quiero que me ayude con cosas de la piel” (Camilo, 22).

“Sí, me acuerdo que una vez en específico que me preguntaron por eso [por prácticas sexuales] (...) en el otorrinolaringólogo, para el tema de la garganta, que siempre preguntaba si fumaba, si tomaba, y si había tenido relaciones sexuales en el último tiempo. Y me acuerdo que siempre era incómodo porque me atendía con mi mamá. No tanto por el tema de [si me involucraba con] hombres o mujeres, pero **el set de "fumas, tomas, tienes relaciones sexuales" no se lo puedes preguntar eso a una persona de 15 años con su mamá al lado. Nunca te iba a decir la verdad, yo nunca dije la verdad.**” (Leonardo, 22)²⁰

Adicionalmente, muchos jóvenes aseguran haberse atendido con sus mamás o papás en la consulta, lo que complejiza aún más la situación. Esto pasa con mayor frecuencia entre las entrevistadas mujeres, quienes afirman atenderse de manera regular con sus madres en sus primeras consultas al ginecólogo –una práctica esperada en la atención ginecológica, donde se acostumbra a que adolescentes se atiendan junto a su madre (Blake et al., 2004) –, y quienes dicen escuchar procesos similares entre sus amigas y novias y sus respectivas madres.

²⁰ Como señala Leonardo, es importante destacar que la incomodidad anticipada de hablar con profesionales de la salud y con familiares sobre las prácticas sexuales de los jóvenes trasciende la orientación sexual de los mismos (Hinchcliff et al., 2005).

Por un lado, tener al padre o la madre en un espacio de consulta, contradice uno de los principios fundamentales del ejercicio confesional (Foucault, 1998) y de la entrevista médica: la confidencialidad unipersonal frente a una figura de autoridad única. En estas ocasiones ni siquiera es el riesgo a que se rompa la confidencialidad con el profesional de la salud y que la información llegue a sus padres, sino que la consulta en sí misma deja de ser un espacio confidencial, lo que evidentemente genera un obstáculo adicional a que pacientes jóvenes –en muchos casos adolescentes– puedan hablar libremente de su sexualidad. Y como queda en evidencia en la siguiente cita de Leonardo, los entrevistados anhelan dicha confidencialidad y son conscientes que sus padres no deberían estar presentes, y les llama la atención que los médicos no vean esto como algo problemático.

“Le dije [a mi ginecóloga] que era virgen. Porque no quería decirle nada. Porque en ese tiempo igual mi mamá no sabía bien (...) **No quería decirle así a esta mujer algo así como "oiga sabe que soy lesbiana" y está mi mamá al frente.** Como que me daba mucho miedo, hacer eso. (Gabriela, 23)

“A los 16 [si mi mamá me hubiera acompañado al ginecólogo] hubiera sido como “no mamá, qué lata”. Obviamente que si ahora me acompaña, bueno, ahora que tengo 25 años, sería nada que ver. **Pero si hubiera sido más chica hubiera sido terrible. Imagínate [la doctora] me pregunta sobre... Hubiera sido muy como: ‘¿has tenido relaciones sexuales?’... Si cuando chica obvio que dices que no y chao, se acabó y ni hay más que hablar.**” (Hortensia, 25).

“**El mero hecho de que haya un adolescente y le vayas a preguntar por sus relaciones sexuales, ¡saca a la mamá del box!** Hay algunas cosas que hay que hablar sin ella y después ella entra. Pero si el doctor no se molesta en sacar a la mamá, obviamente no se va a molestar en decirle que es confidencial, que no lo va a juzgar, que no hay represalias respecto a lo que cuente.” (Leonardo, 22).

Por otro lado, estas instancias también intensifican la jerarquía ya existente entre los entrevistados y los profesionales de la salud, ya que se articula la autoridad médica con la autoridad parental, dos autoridades que, sobre todo en casos de consultas sobre la sexualidad, coexisten sobre individuos jóvenes que se conciben como incapaces de decidir sobre su propio cuerpo (Fuzzell et al., 2016). En efecto, como revelan las experiencias de los participantes, la articulación entre los jóvenes y los servicios de salud y su familia es compleja, ya que muchas veces el acceso a profesionales de salud ocurre a través de ellos. Como dice Leonardo (22), al ser joven y aún depender de los padres en muchos sentidos,

“es difícil saltarse a la familia” cuando se recurre a servicios de salud, dando cuenta de la dificultad de los participantes de ser agentes sobre su propio cuerpo y salud sexual.

Cabe destacar que investigaciones internacionales han señalado que personas homosexuales han evitado revelar su orientación o prácticas sexuales por riesgo de que se rompa la confidencialidad y que dicha información sea traspasada a su seguro médico (Petroll & Mitchell, 2015) o a amistades y/o miembros de su comunidad (Lane et al., 2008), por ejemplo. En contraste, entre los participantes de este estudio ninguno de esos elementos fue mencionado. Dada la edad de los participantes, la familia es la principal amenaza a la confidencialidad.

5.3.4. La importancia de experiencias previas

Siguiendo la experiencia de los participantes, revelar o no su orientación sexual en espacios de atención en salud no depende únicamente por las características y condiciones de la interacción con un profesional en particular en un momento particular. Está también muy relacionado a la relación que un paciente tiene con su propia sexualidad, y a experiencias previas que ha tenido. En otras palabras, la facilidad que un individuo puede hablar – confesionalmente– sobre su identidad y/o experiencias sexuales con un profesional de salud, depende en parte de la facilidad que ha tenido para hacerlo previamente en otros contextos. En efecto, como revelan las citas siguientes, haber vivido experiencias negativas al *salir del clóset* con amigos, familiares y/o colegas, o venir de círculos sociales conservadores u homofóbicos, puede generar mayor vergüenza, confusión y/o sencillamente mayor anticipación de reacciones negativas (estigma anticipado) por parte de los participantes:

“[El doctor] me preguntó si estaba pololeando, si tenía relaciones sexuales... Y en ese tiempo estaba pololeando y **no le dije nada** (...) fue una tontera mía no más. Porque ella era súper amorosa, súper simpática... Se veía bien. Inspiraba confianza. **En ese tiempo todavía, siempre, me marcó mucho el tema con mis viejos. Me lavaron brígido el cerebro cuando era chica y me ha costado sacarme esas trancas de ocultar.**” (Érica, 24)

“Deben creer que, así como nos discriminaron en el colegio, porque nos van a discriminar en el servicio de salud. **Si dije que era gay en el trabajo y me echaron por eso, ¿por qué el doctor no me va a decir alguna cosa?** (...) eso puede pasar, de que los miedos pueden estar. (Leonardo, 22)

“Porque yo vengo de una familia muy homofóbica, entonces como que, en general, el tema de la homosexualidad no era algo que uno hablara de manera a la ligera, había una sensibilidad a eso, muy fuerte. Yo todavía tengo esos vestigios po, cachay.” (Danae, 24)

Como señalan las intervenciones de Érica o Danae, incluso si un profesional de la salud inspira confianza, provenir de espacios familiares altamente conservadores puede reforzar la dificultad de referirse a la propia no-heterosexualidad. O, como establece Leonardo, la anticipación de reacciones estigmatizadora de un profesional de la salud se condicen con la misma anticipación que se vive en todas las otras esferas sociales, ya sea laborales u otras. Si otros espacios han sido discriminatorios, ¿por qué un servicio de salud sería diferente? La experiencia del estigma anticipado, por lo tanto, es acumulativa, en tanto más experiencias estigmatizadoras se tienen, más se espera que continuarán.

Esto revela una relación, quizás no estudiada como tal en profundidad, entre la experiencia de *salir del clóset* ante familiares o cercanos, y la posibilidad de *salir del clóset* ante profesionales de las salud y, así, recibir una atención en salud más completa y pertinente a las experiencias y necesidades sexuales propias. En efecto, vivir experiencias afirmativas en relación a una sexualidad no-normativa, genera mayor seguridad personal y facilita hablar de ella con mayor comodidad y confianza en una mayor cantidad de espacios (Herek et al., 2007). Como señala Hortensia (25), estar seguro de sí mismo y no dudoso ni culposo de la sexualidad propia, entrega mejores herramientas para enfrentarse a posibles escenarios negativos:

“te puede tocar un médico que quizás se ponga raro o te haga alguna pregunta extraña o pesada, pero si tú estás bien contigo, listo, se acabó, no dejar que afecte. Quizás tomarlo con humor y decir ya, filo, el doctor era muy pesado.” (Hortensia, 25)

Así, reacciones positivas e inclusivas son clave en el bienestar psicosocial de personas no-heterosexuales, y no solo por el impacto a largo plazo que tiene sobre sus indicadores de bienestar mental y (Peterkin y Risdon, 2003), sino también por el efecto a largo plazo que tiene para hablar sobre sexualidad de manera transparente y cómoda con profesionales de la salud, y tener experiencias positivas y afirmativas en la consulta.

5.4. EXPERIENCIAS DE HETERONORMATIVIDAD

En la siguiente sección se profundizará en las experiencias heteronormativas que los participantes han tenido o que han sido testigos. Para dar cuenta de dichas instancias, se les preguntó a los entrevistados si en sus experiencias de atención en salud alguna vez sintieron que habían sido tratados de manera diferente debido a su orientación sexual o expresión de género²¹, si habían vivido o presenciado experiencias/actos heteronormativos²² en espacios de atención en salud, si habían alguna vez experimentado discriminación por motivos de su orientación sexual o expresión de género, o si habían sido testigo de aquello, en cualquier espacio de atención en salud.

Como queda en evidencia en el subtítulo 5.2. (*¿Y tu pololo/a?*) de esta tesis, una primera y muy frecuente experiencia de expresa heteronormatividad, enfrentada por la mayoría de los participantes, se refiere a las instancias en que un profesional de la salud asume su heterosexualidad, ya sea preguntándole por su pareja del sexo opuesto en una conversación cotidiana al iniciar su encuentro, o como parte de la entrevista médica al indagar sobre sus experiencias sexuales. Al ya ser examinada aquella instancia y sus efectos, en las siguientes líneas se presentarán otras experiencias heteronormativas a las que han sido expuestos los participantes en servicios de salud.

Cabe destacar, para comenzar, que el grueso de los participantes del estudio señala no haber sido tratado de manera diferente en espacios de atención en salud por motivos de su orientación sexual, o haber vivido experiencias que identifiquen como juiciosa, heteronormativa y/o discriminatoria, a pesar de muchas veces anticipar que ocurriría (subtítulo 5.3.2. *Estigma Anticipado*). Leonardo por ejemplo, responde “No, cero. Que yo recuerde nada”. Asimismo, Horacio dijo que “no, nunca me he sentido así como tratado de manera diferente.”, similar a lo dicho por Francisca o Fernando. Asimismo, Alejandra

²¹ Es importante preguntar, además de orientación sexual, también por expresión de género, ya que ambos están intrínsecamente relacionados, ya que la manifestación de género conlleva expectativas en torno a la orientación sexual de las personas (Connell, 2005).

²² En las entrevistas, como investigador, no siempre empleaba el concepto de heteronormatividad de inmediato, ya que puede ser un concepto muy académico y no ser conocido por los entrevistados. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones el uso de la palabra en las entrevistas emergía de parte de los mismos participantes quienes la empleaban para describir percepciones o experiencias. En dichos casos, el concepto de heteronormatividad se siguió usando de manera regular en las conversaciones. Siguiendo a Fischer (2016), es importante destacar que si bien la noción de heteronormatividad se origina en contextos académicos y activistas, ha gradualmente permeado el lenguaje de cotidiano y coloquial de mucha población LGBT joven (sobre todo aquellos con acceso a la universidad) y los medios de comunicación masiva.

señala que “No en el ámbito de la salud... Pero en otras sí.”²³ Ahora bien, debido al estigma anticipado que muchos entrevistados manifestaron (subtítulo 5.3.2). la ausencia de reacciones negativas o tratos distintos son recibidos, frecuentemente, con sorpresa por parte de los participantes.

Dicho eso, a continuación se profundizará en aquellas experiencias que otros participantes sí identificaron como problemáticas. Cabe recordar que la presente sección no tiene como objetivo describir la frecuencia de estas experiencias, sino que profundizar cuáles son, cómo ocurren y qué efectos tienen.

5.4.1. Ignorancia del sexo no-heterosexual

Una circunstancia significativa que algunos participantes se enfrentaron en sus experiencias de atención en salud, fue el desconocimiento que tenían los médicos sobre las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Algunos participantes lo mencionaron como algo general, tal como Camilo (22), quien señala “Creo que no saben. De hecho, creo que [los profesionales de la salud] no tienen idea acerca de sexualidad gay”. Si bien esta apreciación vino tanto de hombres como de mujeres, fueron las participantes mujeres que se encontraron con esta experiencia de manera más drástica. Estos hallazgos coinciden con lo que señalan Williams-Barnard et. al, (2001) y Curmi et al. (2014), respecto a la grave ignorancia que existe sobre la sexualidad lésbica en la formación de profesionales de la salud. Este desconocimiento se puede materializar en una multiplicidad de situaciones.

Por un lado llama la atención la experiencia de Gabriela (23) quien, luego de señalarle a una ginecóloga que era sexualmente activa pero que no usaba anticonceptivos, ya que su pareja era mujer, recibió una respuesta y trato completamente ignorante a la sexualidad lésbica, ya que la doctora la tildó de virgen:

²³ Cabe destacar que la experiencia mencionada en el subtítulo 5.2. acerca de ser asumidos como heterosexuales por parte de los profesionales de la salud, si bien es identificada como una expresión de heteronormatividad (que tiene efectos sobre la facilidad de muchos jóvenes no-heterosexuales en revelar o no su orientación sexual), no es percibida como un acto significativamente problemático, o como un “trato distinto” por motivo de su orientación sexual.

“Me dijo ‘¿tienes algún método anticonceptivo?’, ‘no’, ‘¿por qué?’, y yo ‘porque mi pareja es mujer’. Y me dijo ‘ah, ya’, y me empezó a preguntar otras cosas, como de, relacionadas con esto. Y yo dije “ya, bacán”, como me sentí muy bien. Ahí me dice **‘ya, ven acá a la camilla, pero no te voy a revisar porque no has tenido relaciones’**, y yo en mi mente fue como ‘le acabo de decir que tengo relaciones’, y le dije que sí soy sexualmente activa. Y me dijo como ‘no, porque ¿tú nunca has tenido relaciones con hombres cierto?’, ‘no’, ‘no, entonces no has tenido relaciones, eres virgen’ (...) **en ese momento no me lo cuestioné tanto porque iba tan predispuesta a que me trataran derechamente mal, que esa pasada a llevar no me molestó. Después me molestó, cuando le di más vueltas, (...) ahí caché que en el fondo esta doctora como que incurrió en una negligencia como médica según yo**, porque si le hubiese dicho lo contrario probablemente me habría hecho el examen del Papanicolaou, y probablemente creo que igual debería hacerme el examen a estas alturas de la vida.” (Gabriela, 23)

Este desconocimiento del sexo lésbico, narrado por Gabriela, tiene dos efectos negativos inmediatos en los que nos podemos detener. Por un lado, como destaca la misma entrevistada, hay un cierto nivel de negligencia médica: la ginecóloga le dice que “no la va a revisar” (ni sugerirle el Papanicolaou, que según se entiende por el final de su cita, nunca se lo ha realizado ni ha sido recomendado por un ginecólogo), a pesar que investigaciones internacionales han afirmado que el contacto sexual entre dos mujeres sí arriesga el contagio de enfermedades de transmisión sexual, particularmente aquellas virales como HPV o HSV-1 (Bailey et al., 2004), muchas de las cuales son identificables con revisión (como el Papanicolaou), y son importantes para prevenir.

Además, la doctora asume su supuesta “virginidad” al descubrir que Gabriela tiene relaciones sexuales con mujeres, pero no problematiza que podría haber previamente tenido encuentros sexuales con hombres. Como señalan Peterkin y Risdon (2003), un error frecuente cometido por ginecólogos no sensibilizados en materia de diversidad sexual al atender a pacientes lesbianas, es asumir su orientación sexual como inmutable en el tiempo y no imaginar la posibilidad de haber tenido encuentros sexuales con el sexo opuesto (en otras palabras, no realizar la distinción entre orientación sexual y prácticas sexuales).

Cabe destacar que mitad de las mujeres entrevistadas señalan que se han realizado el Papanicolaou alguna vez. Por su parte, la otra mitad afirman que probablemente ginecólogos no se lo han sugerido ya que han dicho que son vírgenes (para evitar referirse a

sus prácticas sexuales) y/o porque luego de señalar que tienen sexo con mujeres, los especialistas no lo indican.

Además de la evidente heteronormatividad, la experiencia de Gabriela también da cuenta de una percepción falocéntrica de la experiencia sexual, ya que se concibe únicamente al sexo penetrativo como un acto sexual reconocible y tiene el privilegio de determinar a un cuerpo como sexualmente activo según parámetros “normales” (Rubin, 1984; Preciado, 2002); penetración fálica como único acto que puede, en este caso, “des-virginizar” a un cuerpo. Así, tratar a la entrevistada de “virgen” pasa a llevar la subjetividad de su paciente y no reconocer aquella sexualidad no-heterosexual que se caracteriza por actos definidos penetrativos o por la no-presencia de un pene. Como señala Gabriela, al seguir narrando su experiencia:

“me dio rabia, porque en el fondo no estaba reconociendo... mi sexualidad. Como que me estaba invalidando al decir ‘ya, si tú no has tenido sexo con un hombre entonces no has tenido sexo’. No, no creo que el sexo se reduzca sólo a eso. Y no sé, yo podría haberme metido un pepino y usted tiene igual la responsabilidad de ver si estoy bien o no” (Gabriela, 23).

También cabe destacar como Gabriela, al no recibir una reacción expresamente negativa al revelar que tiene una pareja del mismo sexo, piensa ‘ya, bacán’, y se siente aliviada. En línea con lo desarrollado en el punto 5.3.2 de esta tesis, la participante experimenta una situación de estigma anticipado, una predisposición a que la trataran “derechamente mal”, sin embargo, no se cumple su expectativa. Pero era tal su tensión y estado de hiperalerta, que ante la expresa ignorancia de sexo lésbico por parte de la doctora, Gabriela no se da cuenta de inmediato ni lo problematiza. Es decir que el umbral de reacción negativa es tan alto (se espera un gesto expresamente discriminatorio; derechamente *homofóbico* (Soberón & Feinholz, 2007)) que los actos heteronormativos, que a primera vista no expresan mala intención, pueden pasar desapercibidos por los mismos pacientes.

Por su parte, Catalina, luego de tener un problema hormonal, recurre a un ginecólogo quien le indica que debe realizarse una ecografía intrauterina. Para ello requiere un instrumento que se inserta vaginalmente, lo que lleva al doctor a hablar con ella –de manera

completamente desinformada— sobre sus prácticas sexuales, antes de intentar realizarle el examen sin éxito y sin el cuidado necesario para ella:

“yo no tengo la misma dilatación que una mujer que ha tenido sexo con hombres... Entonces, **por supuesto que él me pregunta sobre mis prácticas sexuales.** Pero no me dice ‘¿qué tipo de prácticas sexuales tienes?’ Fue como un ‘y tu...’ le costó mucho articular una idea. **Termina preguntándome si yo había usado juguetes o no. Yo lo quedo mirando y le digo que no. Y me pregunta ‘¿y qué haces?’ o una cosa así. Y le digo ‘penetración pero como manualmente’... No sé cómo explicarle que no es lo mismo. No sé, estaba siendo todo muy confuso como para preguntarme si se me había roto el himen o no,** si podía hacerme un examen con un instrumento normal o uno pequeño que se usa con niñas... [Eventualmente] **el tipo me dice como ‘vamos a ver qué tan estrecha eres para ver si te pueden hacer el examen intrauterino o no’** (...) el tipo, en el fondo, me metió dos dedos, y eso fue súper incómodo porque no hay excitación, no hay nada, ¿cachái?, es como un poquito de gel y sería; y no hubo necesariamente un aviso por parte de él del momento que lo iba a hacer. Fue así de repente, y yo como que me tensé... y me dice como ‘No, sabes que está muy estrecha, así que no.’” (Catalina, 23)

Esta experiencia da cuenta, una vez más, de la formación heteronormativa por parte de los profesionales de salud que atendieron a estas entrevistadas. Este evento sitúa a Catalina en un lugar de incomodidad, incompreensión y otredad, y nuevamente reafirma la sexualidad lésbica como un terreno desconocido para los médicos (Stevens, 1998). Experiencias como estas, señala Curmi et. al (2014), pueden generar vergüenza e incomodidad entre mujeres lesbianas al punto de incentivarlas de no volver a realizar exámenes relacionados a su salud sexual.

Este desconocimiento además lleva a actos físicamente dolorosos para la entrevistada. En efecto, como ha sido estudiado en múltiples contextos, la atención ginecológica es un espacio de violencia y objetivación para mujeres (Ettore & Kingdon, 2012), que puede incluir experiencias invasivas, vergonzosas e incluso físicamente dolorosas, situación que se agrava cuando existe ignorancia sobre la naturaleza de las prácticas sexuales de las pacientes.

Las experiencias de Gabriela y Catalina se condicen con la misma aversión, descrita en el subtítulo 5.3.2. (*Estigma anticipado*), acerca de no querer revelar sus prácticas u orientación sexual por temor a que un médico no entienda ni sea capaz de abordar experiencias sexuales entre personas del mismo sexo. Además, como señalan Agénor et al., (2015), generan la impresión que la sexualidad lésbica es un tema que no es de relevancia

médica para ellos como ginecólogos, y reafirman la percepción de mujeres no-heterosexuales de médicos como una fuente inadecuada de educación sexual para ellas (Curmi et al., 2014; 2015).

5.4.2. Chistes y ‘tallas’: el humor heteronormativo

Otra manifestación de trato heteronormativo señalada por los participantes refiere al uso de chistes o ‘tallas’ por parte de los profesionales de la salud. Médicos por lo general emplean el humor como un recurso de *rapport* y una manera de fortalecer lazos con sus pacientes, sin embargo, estas intervenciones pueden ir cargadas de supuestos sexogenéricos heteronormativos y sexistas que, contrario a su objetivo inicial, generan un distanciamiento y refirman la jerarquía de poder. En efecto, como señala Mills (2008), muchos mecanismos contemporáneos del sexismo y la homofobia operan mediante estrategias lingüísticas como la ironía y el sentido del humor, los que, al ser expresados con intención humorística, son difíciles de identificar y contrarrestar. Entre los participantes, el uso de este tipo de humor surgió únicamente en encuentros con doctores hombres, y fue experimentado de manera diferente entre hombres y mujeres. Por un lado, Javier y Horacio señalan:

“cuando me fui a tratar el varicocele el medico hizo una broma respecto a mi posible reencuentro sexual con una mujer, asumiendo que yo era heterosexual... (...) Lo que recuerdo es que **hizo una broma como ‘de hombre a hombre’ respecto a que mis genitales iban a estar bien para poder volver a tener sexo con una chiquilla**, o algo así ¿me entendís? Asumiendo que yo era heterosexual, **yo obviamente no le dije “soy gay”** porque me da paja. Lo encontré inadecuado (...) **me hizo sentir incomodo**, porque él como médico debe entender que está no necesariamente tratando con un heterosexual ¿me entendís?” (Javier, 22)

“Me dijo **‘bueno, han venido hartos hombres este mes, parece que están medias malas las chiquillas’**. Y yo como “eh... no sé”. Claro, como ese tipo de comentarios que son sumamente, quizá inconscientes, pero existen... Yo me reí, pero también me pude explicar que, justamente, porque mucha gente que llega con todos estos pesos de la discriminación y trata de evitar la discriminación, me imagino que **mucha gente debe mentir con respecto a su orientación sexual cuando se lo preguntan, cuando escuchan un comentario así, por su propia experiencia de vida.**” (Horacio, 24)

A partir de los ejemplos de los entrevistados, el humor se emplea para desarrollar confianza y complicidad. Como señala Javier sobre la actitud ‘hombre a hombre’, una cualidad propia de la masculinidad occidental consiste en el uso del humor, frecuentemente relacionado a la

objetivación femenina y estereotipos de género, para fortalecer la camaradería masculina (Lyman, 1998; West, 2001), lo que se reproduce en estas instancias. En ambos casos, ni Javier ni Horacio habían revelado su homosexualidad a sus respectivos doctores y, como señala Horacio, acciones de este tipo pueden desincentivar aún más el deseo de hacerlo.

Por su parte, las participantes mujeres también compartieron algunas experiencias en las que confluyen visiones heteronormativas, paternalistas, andocéntricas y sexistas:

“Me pregunta [sobre anticonceptivos] y yo le digo que no tengo relaciones con hombres y que había tenido una relación con una mujer... Y me dice ‘ah, bueno, así no vas a quedar embarazada po...’ **Primera talla, y yo ‘ya...’ Y pienso que todavía no es violento, es como la talla...** y ahí uno se ríe un poco para distender el ambiente (...) luego me dice **‘una chiquilla tan joven, tan bonita como tú, podrías darle una oportunidad a los hombres, ¿ah? y me contái después como te va’...** Ese tipo de cosas como... cuestionando como si era real o no mi homosexualidad y ese tipo de cosas. **Lo dice como una talla, para suavizarla, pero era súper violento po’.** Y yo pensé ‘no vuelvo nunca más a ese tipo.’” (Catalina, 23)

“fui al ginecólogo y me tocó con un hombre y la experiencia completa fue muy diferente porque –de partida, mira yo no sé si me hubiese tocado una mujer que me tratase igual–, pero bueno, **me dijo ‘reinita’ cuando me senté. Me dijo ‘vamos a verte la vaginita’,** y yo así como ‘¡Porfa no!’. Cuando me hacía la revisión en un momento dije ‘me da cosquilla’ y me dijo **‘ay, las chiquillas cosquillosas son celosas’, y yo pensando como por qué me estás hablando de esto mientras me haces la revisión...**” (Érica, 24).

Por un lado, el médico que atiende a Catalina reafirma el presupuesto androcéntrico y heteronormativo de asumir que todas las mujeres están interesadas en hombres y de cuestionar una orientación no-heterosexual de una mujer o de indirectamente interpretarla como una “fase” (Diamond, 2003). El ginecólogo cuestiona la permanencia de la relación de su paciente y jerarquiza la heterosexualidad por sobre la homosexualidad. Por otro lado, se refiere a su paciente como “una chiquilla tan joven y bonita como tú”, lo que consiste en un acto de objetivación de su paciente en el marco de una jerarquía y desigualdad de poder,

Tal como ocurre en la experiencia de Érica, donde el médico, desde un lugar de autoridad, se refiere a ella de manera paternalista y condescendiente (*reinita, vaginita*), considerando que el uso de diminutivos hacia mujeres por parte de hombres es una expresión frecuente de objetivación femenina y de machismo (Gutiérrez, 2013). Así, en estas experiencias, la

jerarquía entre experto y no-experta se suma a la desigualdad de género que reafirma los estereotipos de género y lo patriarcal que pueden ser las instancias de atención en salud.

Adicionalmente, experiencias de este tipo, que incluso podrían ser interpretadas como acoso, refuerzan el rechazo que existe por parte de mujeres no-heterosexuales de atenderse con ginecólogos hombres, quienes inspiran desconfianza. Danae, por ejemplo, incluso sin haber vivido una experiencia de este tipo, anticipa la posibilidad que de que ocurra, a raíz de experiencias de sus pares

“quizás pueda ser un prejuicio porque yo creo que un profesional hombre puede ser tan bueno como una mujer. Pero, eh... **Muchas veces he escuchado historias de ginecólogos que, son medios *pervert* o desubicados o algo así... Como que prefiero resguardarme de eso.** Me causa un poco de rechazo. Aparte, ahora, más que nunca, veo y digo ‘son tan ahueonados los hombres que me rodean.’ Escucho a mis amigos hablar y, no sé, me imagino un ginecólogo hablando con sus amigos de la mina que atendió. Me causa rechazo” (Danae, 24)

Llama la atención que lo que Danae imagina respecto a los doctores hablando de “la mina que atendió”, resuena al humor de “cofradía masculina” que los participantes hombres identifican de parte en sus médicos, descritas también en esta sección. Por su parte, Érica señala una visión similar:

“El viejo muy desagradable, y como que en el fondo **cumplió con mis prejuicios, como en el fondo no me siento cómoda con que un hombre me toque** (...) y te dicen cosas así como que tú no querías escuchar mientras te revisan. No sé si los médicos están acostumbrados a ser así pero a mi sinceramente me hace sentir incómoda cuando un hombre se pasa de su relación de profesional conmigo. Yo creo que probablemente es un rollo mío, pero es algo que no me acomoda pa nada (...) Aparte, que me pasan esas cosas... **yo, por lo menos, no sé distinguir bien si es acoso o no, cachái...** Por ejemplo, es fácil decir cuando alguien en la calle te dice “**Oh, mijita rica te haría no sé que...**”, cachay, como que obvio eso es claramente acoso. Pero cuando un médico te dice algunos comentarios no sé si está siendo buena onda, si es parte de su pega, si él es así o si en verdad se está pasando de la raya y se está aprovechando de su rol de doctor. Entonces los rehúyo, en general.” (Érica, 24)

Si bien experiencias de este tipo cultivan, además de un estigma anticipado de prácticas heteronormativas, una expectativa a posibles actitudes patriarcales y androcéntricas por parte de mujeres no-heterosexuales, las entrevistadas se cuestionan su propia percepción. En efecto, tanto Danae como Érica se preguntan si es algo que “solo piensan ellas” o si “se estará pasando rollos.” Érica llega al punto de cuestionarse si comentarios como los que

recibió pueden o no, dado que en teoría se comunican como “buena onda”, dando cuenta, una vez más, que la reproducción de desigualdades sexogénicas opera efectivamente mediante el humor y/o la “buena onda” (Mills, 2008).

5.4.3. La relación estigmatizadora entre VIH y homosexualidad

El surgimiento del VIH/SIDA fue otro elemento que agravó la estigmatización y discriminación hacia la población no-heterosexual a finales del siglo pasado. Luego de su surgimiento y visibilización durante la década de los ochenta, el virus fue rápidamente vinculado a la homosexualidad en la cultura occidental, siendo incluso tildada como una enfermedad exclusivamente de hombres homosexuales (Weeks, 1996; Contardo, 2011).

Luego de décadas de investigación y activismo, el virus se desvinculó exclusivamente de la homosexualidad y pasó a entenderse como un problema de salud pública relevante para toda la población, sin embargo aún existen prejuicios reproducidos en la cultura heterosexista en torno a esta relación. Asimismo, como señala Palma, (2016), en Chile “todavía muchas escuelas [de medicina] te crían pensando de que el hombre homosexual y tiene VIH.”

Los entrevistados hombres reconocen que esta relación estereotípica y estigmatizadora entre homosexualidad y VIH sigue existiendo, y que se perpetúa en diferentes círculos sociales que se encuentran insertos:

“ojalá mi abuela sepa que nosotros los homosexuales podemos tener relaciones afectivas serias y podemos tener una salud sana, sin necesariamente comprometernos con el VIH, que es el gran prejuicio que tiene mi abuela respecto al tema de la homosexualidad. Ella cree que a todos nos da VIH y que todos morimos por culpa del SIDA.” (Javier, 22)

“He escuchado a **personas que dicen, así como ‘no ese tipo está pasado a SIDA’** ¿cachái? Ellos mismos forman el prejuicio que tiene mucha gente frente a la salud sexual de las personas que son homosexuales.” (Gonzalo, 23)

Mientras algunos participantes conciben que en los espacios de atención en salud dicho estigma no persiste, otros sí destacan instancias en que, luego de revelar su orientación sexual, especialistas mencionaron o insinuaron el tema del VIH u otras ETS de manera incómoda, cautelosa y/o junto a algún cambio de tono:

Emilio, por ejemplo, establece que a raíz de una serie de consultas asociadas a una amigdalitis una doctora le preguntó si pertenecía a un “grupo de riesgo”. Cuando él dijo que era gay, ella cambió levemente su tono y recomendó que se realizara un examen de VIH:

“Y ahí fue como ‘ahh ya, quizás no es el frío nomás, entonces... **como que cambia un poco la conversación en el sentido de que ahora hay otros factores** que quizás no estaban considerando de por qué me da tal o tal cosa. (...) yo creo que por como soy gay y tengo sexo oral... como **que pasamos de mirarme la boca y la fiebre a quizás hacer otro examen más de otra cosa cachái** (...) **obvio que siempre el del VIH**, examen de sangre en general, y digamos otras ETS.” (Emilio, 24).

Gabriela relata la experiencia de su amigo, quien tuvo una reacción similar por parte de su doctora luego de revelarle su orientación sexual, y sintió una conexión arbitraria entre su sexualidad y el VIH.

“mi amigo Gregorio²⁴ fue a atenderse a estas típicas cosas como Megasalud porque estaba con un problema al hígado pero no sabía qué era. La cosa es que me contó que **la doctora le preguntó por su vida sexual, y le dijo que era gay. Y la doctora le dijo así como ‘bueno, pero tú sabes que podrías tener SIDA’**, y lo mandó a hacerse miles de exámenes de sangre (...). Dijo que **le dio mucha rabia porque en verdad como que, por lo que él sabía relacionado al SIDA-VIH, no tenía nada que ver lo que ella estaba diciendo**. La doctora fue así como ‘tú sabes que podrías tener esto y aprovecha de hacértelo, porque tú eres gay’”. (Gabriela, 23).

Camilo, por su parte, se enfrentó a una doctora que, luego de enterarse de su homosexualidad, reaccionó de una manera que parecía explicar un posible diagnóstico de gonorrea su paciente a raíz de su homosexualidad:

“me empezó a preguntar acerca de las cosas sexuales y qué sé yo, y **cuando le dije que había sido con un hombre fue como ‘aaah, ya’... Sentí una mirada de ella que fue así como ‘ah... ok, situación de riesgo’ ¿cachái?** Como eso. (...) [Tuvo una reacción que parecía decir] ‘ah... ya, sí... Obvio que tenía que ser gay si tenía gonorrea.’ Y claro que ser gay te pone... estadísticamente dentro del sector de personas de riesgo en relación a la contracción de ETS. **Pero siento que de repente la gente ocupa eso como para estigmatizar.**” (Camilo, 22).

Los entrevistados comprenden que revelar su orientación puede sexual insinuar una conexión con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, a pesar del posible intento de profesionales de la salud de no sugerir esta conexión de manera arbitraria o estigmatizadora. En efecto, contrario a lo que encontraron Lane et al. (2008) –donde hombres no-heterosexuales manifestaron experiencias explícitas de discriminación en

²⁴ Nombre real fue reemplazado por un seudónimo.

consultas de salud debido a la estigmatización conjunta de VIH y homosexualidad—, los entrevistados no sintieron un rechazo o juicio expreso por parte de los profesionales médicos, sino más bien una reproducción estereotípica de un discurso estigmatizador.

De hecho, a pesar de la incomodidad y de interpretar dichas intervenciones como una posible reproducción del estereotipo VIH-homosexualidad que posiblemente no hubiese surgido en caso de ser heterosexuales, participantes igual comprenden la lógica por qué dicha relación ocurre. En efecto, Emilio y Camilo entienden los argumentos médicos y de salud pública que incluyen a personas homosexuales en “grupos de riesgo,”²⁵ y que aquellos fundamentos pueden tener fines preventivos, no-estigmatizadores. Mientras esta focalización es relevante para la salud y prevención de dichos grupos, también arriesga reproducir estigmas sociales desde discursos gubernamentales y, a la vez, reificar la imagen del homosexual como un sujeto ya no necesariamente “sidoso”, sino que “riesgoso” (King et al., 2012).

Esto da cuenta de una compleja y tensa relación entre VIH/SIDA y homosexualidad. Como señala Epstein (2003), hay una línea muy delgada que el activismo LGBT ha tenido que negociar entre, por un lado, reconocer, informar, y educar acerca del VIH/SIDA entre la población no-heterosexual, dado que es un tema importante de la salud sexual para ella, y por otro lado, no estereotipar a la población homosexual y perpetuar la relación estigmatizadora que existe entre el virus y la homosexualidad. En efecto, el activismo homosexual en Europa, América del Norte y Sur pasó años luchando por politizar el VIH/SIDA, conseguir visibilizar y educar sobre el virus, financiar el tratamiento y prevención para personas no-heterosexuales. Mientras, a la vez, ha luchado por eliminar la caricatura de la homosexualidad como intrínsecamente relacionado al VIH. Como señalan los entrevistados:

²⁵ La salud pública internacional ha identificado grupos de “alto riesgo” que, debido a sus prácticas sexuales u otras conductas se encuentra a mayor riesgo de contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Estas poblaciones efectivamente suelen presentar, en países de diferentes continentes, mayores tasas de contagio y prevalencia del virus, y por lo mismo existen alrededor del mundo políticas orientadas a dichos grupos sociales, entre los cuales se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres (King et al, 2010; ONUSIDA 2014).

“Está el mito súper instalado de que los gays son los que más se contagian de SIDA, **para bien y para mal. Para mal en el sentido de que eso es súper categorizado y estigmatizador para los homosexuales. Y para bien porque habla de una sensibilización**, que se cuidan más los gay. (Leonardo, 22).

“obviamente cuando uno dice como soy gay al tiro pasa a categoría de riesgo. Me dice como ‘ahh ya, entonces mejor hagamos este, este y este examen’, y si yo no le hubiera dicho que soy gay o que estoy en ese grupo, me habría quedado en puro estetoscopio y revisar la lengua po’. Si en el fondo los gay son ‘factores de riesgo,’ sólo por una razón como media de estereotipo en el fondo (...) **Pero yo creo que igual está bien porque obviamente es en el sentido de que es un grupo de factores de riesgo nomás po’, uno tiene que asumir también que está en ese grupo.**” (Emilio, 24)

Es decir que los participantes, que identifican una estereotipación y estigmatización al ver su orientación sexual relacionada a enfermedades de transmisión sexual, también comprenden la posible necesidad –desde una aproximación biomédica– de hacerlo. Y reconocen que encontrar ese equilibrio es complejo.

Por otro lado, un par de entrevistados también relataron experiencias estigmatizadoras en espacios de toma de exámenes donde, a diferencia de los instancias de interacción con médicos, sí se empeló lenguaje discriminatorio y/o ignorante respecto a la homosexualidad. Horacio, por ejemplo, relata una conversación que tuvo en una consejería VIH en un consultorio al ir a realizarse el test, donde fue testigo de estereotipos sobre la homosexualidad y de una fuerte estigmatización por parte de la enfermera que lo atendió:

“Lo primero que me chocó fue la lógica de la poca intimidad que había en torno al examen. Como que tenías que pasar a un mesón, como pedir una consejería, y era como todo un sistema burocrático en donde nunca se mencionaba que era de frentón el test de Elisa, pero sí estaba como muy callado (...) **pasó que me atendieron en un consultorio y de ahí me preguntaron el grupo de riesgo. Y como que me fue muy chocante que me hayan posicionado en un grupo de riesgo donde la consejera. Por ejemplo, había planteado la homosexualidad como una, casi que la homosexualidad era sinónimo de VIH, entonces ahí fue como incómodo el continuar con el proceso mismo del examen.** (...) Lo anotó como en una papeleta y me explicó, por ejemplo, de que eran mayores los índices, que acá se sacaban estudios y todo eso. Pero yo igual siento que si hubiese sido heterosexual no hubiese sido la misma reacción que ella tuvo. (...) [Posteriormente] incluso fue como **“la hepatitis B se produce por homosexualismo”, entonces fue como ¿homosexualismo? Como que fue súper extraña la consejería, y yo sentía que, justamente, el factor ponderante para la conversación fue la homosexualidad misma** (...) sentía que la conversación tenía toda esa carga, como una nebulosa alrededor de la homosexualidad cachái. Que se notaba con estos pequeños sesgos como en el tema del ‘homosexualismo’” (Horacio, 24).

Si bien la enfermera le explica que le pregunta sobre su orientación sexual por motivos investigativos, Horacio señala que lo dice con un tono incómodo. Sospecha que confirma cuando ella señala que la hepatitis B “se produce por homosexualismo”, lo cual, además de ser científicamente una aseveración incorrecta, reproduce tanto el mito de que una orientación sexual puede causar una ETS, y se refiere a la homosexualidad como una condición médica (“*homosexualismo*”).

Es el espacio de consultoría, que en teoría es para ofrecer información y apoyo respecto al virus y a cómo se diagnostica, fue paradójicamente un lugar de reproducción de la relación estereotípica y estigmatizadora y entre homosexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Esto perpetúa la desinformación y la discriminación hacia la no-heterosexualidad, y aumenta el estigma anticipado y el temor a realizarse el examen de VIH para muchos individuos.

Tal como señala King et al. (2012), la relación estigmatizadora entre VIH y homosexualidad se puede manifestar de manera más drástica en proceso de toma de exámenes –y no necesariamente en espacios de consulta médico–, al ser un espacio donde la sexualidad “se pone a prueba/examina” (King et al., 2012), lo que deja en evidencia que una simple toma de exámenes es un espacio que puede ser tenso y cruzado de prejuicios normativos. Asimismo, este fenómeno se puede repetir en distintos espacios de los servicios de salud, desde administrativos hasta enfermeros/as y asistentes sociales que trabajan en el proceso, todos quienes pueden reproducen discursos normativos y estigmatizadores (Pulerwitz et al., 2010).

En línea con esto, y en sintonía con la imagen misteriosa, frío y burocrático con que Horacio retrata el proceso de toma de exámenes, muchos entrevistados describen el proceso de toma de exámenes de VIH con algo tieso, delicado y temeroso. Además, muchos entrevistados también perciben las instancias de toma de examen de VIH con miedo, al esperar una posible reacción negativo o ser objeto de juicio externo, ya sea por su orientación sexual y/o por estar realizándose el examen. En otras palabras, a pesar de entender su relevancia biomédica, la toma de examen de VIH es un espacio marcado por el

estigma anticipado de jóvenes homosexuales, quienes se aproximan a él con cautela, temor y/o en estado de hiperalerta. Por lo mismo, algunos de los participantes señalan haberse realizado en examen en sitios especialmente dedicados a enfermedades de transmisión sexual (como *Rapid Relief*)²⁶, u orientados a población LGBT (como *Acción Gay*)²⁷:

“No quería ir al hospital e imaginarme cómo me iban a mirar por hacerme el examen. Entonces preferí ir a una hueá que sabía que estaba orientada al tema (...) Entonces preferí ir pa allá [a *Rapid Relief*] antes que andarme metiendo en hospitales, donde no me gusta meterme” (Ismael, 22).

“[el realizar el examen en una clínica u hospital] me da miedo que pueda ser poco personalizado, que pueda ser brusco, y creo que me puedo llegar a sentir incómodo... Pero es una suposición (...) Yo creo que es la poca apertura que tiene el país todavía ¿cachái? Uno nunca sabe dónde te puedes encontrar con un homofóbico (...) [en *Acción Gay*] está todo dispuesto y pensado para atender a jóvenes homosexuales o a personas de diversidad sexual. El trato es muy personalizado y muy cuidado. Cuando te dan el examen te hacen pasar a una oficina, te comentan, te pasan condones, te explican... A un amigo le hicieron una asesoría incluso sentimental... Y eso a mí me parece grato, más que ir a una clínica (...) me produce confianza porque creo que lo profesionales están totalmente entregados y destinados a recibirte y a entender cómo tratarte en caso de que pudieras efectivamente tener una enfermedad.” (Javier, 22)

“me atendí [en *Rapid Relief*] y me explicaron súper bien todo (...) creo que ahí tienen la experiencia de trabajar con personas homosexuales, porque está mucho más sensibilizado el tema de las ETS en los homosexuales. Los heteros creen que no les da sida, entonces en general somos los gays quienes estamos súper pendientes de la cuestión.” (Leonardo, 22)

“Yo siempre cuando necesito ayuda con salud le pido ayuda a mi papá o a mi mamá, y tengo que contarle qué quiero hacer... Ahí habría que explicar tal vez muchas cosas. Explicar a los 18 años que soy gay, o explicar que a los 15 tuve relaciones sexuales sin condón y por eso tengo que hacer el examen. (...) En cambio, cuando fui a *Acción Gay* a hacerme esta cuestión pude explicarle al psicólogo, que te dice como "¿porque te vienes a hacer el examen?" y yo súper nervioso igual, contándole que tuve relaciones sexuales. Pensando que yo no podría hacer esto con mi mamá al lado. Nadie sabía que me fui a hacer esos exámenes, tuve que esperar una semana para los resultados, y yo pensando que me iba a morir, pensando que me iba a salir positivo y que nadie me iba a ayudar y que no le podía contar a nadie. (Leonardo, 22)

²⁶ *Rapid Relief* es un centro de toma de exámenes privado, ubicado en el centro de Santiago orientado a ETS, que ofrece exámenes de Hepatitis B, Sífilis y VIH. Destaca por incluir una consejería en cada toma de examen, por entregar resultados de inmediato (a diferencia de una entrega de días o semanas en otros establecimientos de salud), y por ofrecer in un examen de VIH que identifica el virus en un período de ventana más corto que el examen ofrecido en consultorios, hospitales y clínicas. No obstante, tiene un costo alto: \$22.500 pesos.

²⁷ *Acción Gay* es una institución que aboga por los derechos de la diversidad sexual y ofrece diferentes servicios y programas. Entre ellos, la organización que ofrece en Santiago un programa de consejería y examen VIH, con aporte voluntario mínimo de \$3.000 pesos, exclusivamente para personas identificadas como LGBTI u hombres que tienen sexo con hombres.

Si bien ni Ismael ni Javier se habían realizado, el examen de VIH en un consultorio, hospital o clínica privada, ambos anticipaban la posibilidad de reacciones estigmatizantes en dichos espacios, ya sea mediante miradas desagradables o reacciones homofóbicas. Estas intervenciones muestran que el estigma anticipado se materializa no solo en espacios de consulta sino también en lugares de toma de exámenes. En estos contextos, hombres homosexuales se enfrentan a un estigma compuesto (*compounded stigma*, como señala Pulerwitz et al., 2010), que refiere al efecto multiplicador del estigma por motivo de orientación sexual, como también por VIH (independiente de ser VIH positivo o no, el estigma compuesto persiste por el mero hecho de ser *asociado* al VIH al momento de realizar un examen del virus (Pulerwitz et al., 2010).

Como manifiestan los entrevistados, lugares como *Acción Gay* aseguran una atención personalizada, cómoda y no-estigmatizadora. Se trata de lugares donde, además de asegurar que no serán tratados diferente por su orientación ni prácticas sexuales, se sentirán reconocidos (serán atendidos por personas que comprenden las necesidades y experiencias de personas no-heterosexuales, sensibilizados especialmente en temas de diversidad sexual), se encontrarán con un trato personalizado, acogedor, contenedor y no-jerárquico, e incluso podrán acceder a servicios de consejería y apoyo psicoemocional. Además, como queda de manifiesto en el relato de Leonardo, centros de este tipo también pueden ofrecer una atención de mayor confidencialidad, ya que se escapan de la ruta "tradicional" mediante la cual jóvenes suelen acceder a servicios médicos, a saber, sus padres.

Realizar el examen de VIH es de las atenciones en salud que más miedo pueden generar, en tanto es una enfermedad socialmente estigmatizada (Puleritz et al., 2010) y sigue siendo vista como un "llamado de muerte", tal como muestra la experiencia de Leonardo. Por lo mismo, el valor psicoemocional que pueden entregar estos espacios, y la seguridad de una atención acogedora y no-estigmatizadora, es sumamente valorado, y ayuda a superar barreras y temores de hombres no-heterosexuales de realizarse el examen asociados a la falta de conocimiento, temor y estigma (Pulerwitz et al., 2010).

5.5. PERCEPCIÓN DE HETERONORMATIVIDAD Y DISCRIMINACIÓN, Y LA DISTINCIÓN ENTRE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Entre los hallazgos de este estudio, destaca una diferencia entre la *experiencia y percepción* de heteronormatividad en la atención en salud. En efecto, además de profundizar en las experiencias heteronormativas que han enfrentado (ya vistas en secciones anteriores), los participantes también compartieron sus percepciones respecto a la heteronormatividad en los servicios de salud en general, y surgieron visiones significativamente diferentes entre sí.

Un grupo de participantes –particularmente aquellos que reportan experiencias descritas en el subtítulo anterior (5.4. Experiencias de heteronormatividad), tienen una visión crítica sobre la inclusión de la diversidad sexual en el sistema médico, y una apreciación del sistema médico como heteronormativo.

Sin embargo otra serie de participantes, a pesar de haberse enfrentado –frecuentemente– a las situaciones descritas en los subtítulos 5.2. y 5.3. (respecto a haber sido presumidos heterosexuales y/o a la dificultad de revelar su orientación sexual), perciben la atención en salud en Chile con menor heteronormatividad, o conciben las experiencias particulares como casos excepcionales, y no como problemas estructurales del sistema de salud en sí. . En efecto, algunos de participantes incluso consideran que los profesionales de la salud “ven de todo” y “no están sorprendido con la diversidad/diferencia.” Esperan que el sistema por lo general esté preparado y capacitado para recibir personas con todo tipo de prácticas sexuales. A pesar de las experiencias recopiladas en esta tesis, y de sus propias experiencias, conciben que no hay necesariamente grandes diferencias entre las experiencias en servicios de salud de gente heterosexual y no-heterosexual, y que los profesionales sí están capacitados o sensibilizados para abordar y tratar a una población diversa:

“Yo creo que el servicio, el sistema de salud, como los doctores, las enfermeras, todo, **están muy habituados a recibir muchos tipos de personas**, ¿cachai? entonces como que ellos saben cómo enfrentar esas situaciones.” (Damián, 24).

“**yo creo que en general si hay diferencias, es muy mínima**, en ningún momento me he sentido como rechazo por parte del profesional que me está atendiendo” (Bernardo, 22)

De este modo encuentran que si bien puede haber discriminación, o experiencias de exclusión, sería algo propio de todas esferas de la vida –incluyendo el no revelar su orientación sexual en ciertos contextos–, y no una particularidad de la experiencia en salud. Así, entre estos participantes, comprenden que posibles manifestaciones heteronormativas o discriminatorias son problema de un individuo, o de “algunos profesionales”, más no una característica estructural de un sistema de salud (muchas veces debido a que a ellos nunca les ha tocado):

“Si tienes dolor de estómago y eres gay o lesbiana, es lo mismo. Por eso te digo que la exclusión empieza cuando uno piensa que hay una división. **Y yo pienso que la salud en ciertos casos que le ha tocado a gente, que pucha sí es así, es porque quizás te tocó un personal como con una tendencia hacia el rechazo.** Pero por lo general a mí nunca me han atendido como con ese rechazo (...) **Creo que solo depende de si la persona que está atendiendo es de cierta tendencia**” (Belén, 22).

“No sé, porque no sé, no he tenido ni malas ni buenas experiencias (...) **Yo creo que debe haber profesionales que no les gusta la idea, así como profesionales que no están ni ahí.** (Francisca, 24)”

“Sí, creo que actualmente sí [están sensibilizados e informados los profesionales en temas de la homosexualidad] (...) Antes probablemente te hubiese dicho que, alguien joven quizás estaría más, pero nada que ver en verdad. Probablemente hubiera pensado antes que si hablaba con un doctor más joven iba a entender más cosas, pero en realidad no. **Yo creo que va más en algo de cada persona más que por algo generacional.** (...) **Porque antes pensaba que era algo muy de esta generación no ser homofóbico y no saber de este tipo de cosas.** Pero en verdad tengo pares de mi edad, o más chicos, que en verdad piensan como si hubiesen nacido en 1940. Como hay otras personas, onda abuelos, que no hay dilema, y que lo toman muy bacán y todo.” (Gonzalo, 23)

Una entrevistada incluso enfatiza que la experiencia que tuvo con un doctor expresamente crítico de la homosexualidad pareciera ser una especie de “excepción”. Al ser preguntada si cree que los profesionales de la salud están sensibilizados en materia de diversidad sexual y/o capacitados para atender a individuos de todas las orientaciones sexuales, Hortensia (25) responde:

H: Yo creo que sí [están capacitados]. Ahora sí, de todas maneras. Quizás años antes, por experiencias que me contaba mi mamá de que el tema no se hablaba, no se sabía nada, con suerte el SIDA había llegado poco menos que de un meteorito. **Ahora las generaciones cambian y la gente es capacitada y yo he hablado con gente que sabe del tema y ya no es un espanto.** Ya no es algo desconocido

E: Pero igual me dijiste que también conocías a este doctor súper conservador, no?

H: Claro po, que es como súper cerrado, que es tradicional y poco menos que los gays son un mal del mundo. **Es el caso que conozco particular, pero con otros no he tenido ninguna experiencia mala**, por mi lado. Ahora no sé de gente que ha tenido algún roce o algo.

Desde este punto de vista, encontrarse con experiencias estigmatizadoras o discriminatorias se concibe como una “excepción” o una “mala suerte de quien te tocó”. Esto habla de una confianza en el sistema, en su capacidad de inclusión y reconocimiento de la diversidad sexual, y de la capacitación de sus profesionales, en tanto quienes no sean serían una excepción a la regla.

Esta percepción reproduce la noción de que la responsabilidad de prácticas discriminatorias o excluyentes descansa sobre un individuo, sin preguntarse acerca de aspectos estructurales o formativos del sistema de salud (o incluso de la cultura nacional) que podrían estar perpetuando estas actitudes.

Profundizando más en las percepciones de esta cuestión, una visión que emergió desde algunos participantes de este estudio refiere a las diferencias entre el sistema público y privado de salud en Chile. Si bien la mayoría de los entrevistados señala haberse atendido mayoritariamente en centros de salud privado (hay algunos relatos en consultorios, hospitales o centros de atención públicos), sí existen percepciones acerca de diferencias que existen entre ambo tipo de instituciones.

Si bien la percepción generalizada de actitudes heteronormativas o derechamente homofóbicas o discriminatorias eran vistas como algo que podrían encontrarse similarmente en instituciones públicas y privadas (por ejemplo, Horacio (24) señala “yo creo que la desinformación es la misma en [salud privada y en pública], entonces no creo que habría un trato distinto entre ellas”), los participantes identifican algunos factores institucionales y estructurales que podrían incidir en diferencias entre ambos sistemas. Emilio (24), por ejemplo, al referirse a lo que ocurriría ante una hipotética situación de discriminación en la Clínica Alemana, un centro de salud privado de alto costo en la zona oriente de Santiago donde se había atendido algunas veces en años recientes, dice

“Si el doctor me hubiera dicho así como "ahh pero no sé qué" o alguna cosa negativa, me imagino que le habría dicho a mi mamá ‘oye, este viejo me dijo tal huevada cuando entré’, y claro, no pasa piola po. **O sea, supongo**

que eso también pasa un poco por el hecho de ser salud privada. Como que al final del día hay más formas que uno como cliente puede, digamos, manifestarse también en contra. (...) Me imagino de repente que [servicios de salud pública] son como menos profesionales en ese sentido. O sea te puede tocar cualquier doctor... Dependes menos de la institución... No sé cómo decirlo. Quizás en la clínica [privada] como que está el nombre de la clínica detrás e importa todo ese tema... No sé po, como que siempre que vemos estos casos de discriminación sexual o lo que sea son como asociados más al lado público. Y como que si tal clínica haya discriminado a alguien se transforma así como en un *trending topic*. Claro, no sé po, que la Clínica Alemana le negara la consulta a un niño porque es gay, cachai.” (Emilio, 24)

En otras palabras, Emilio señala que, como paciente gay en Chile estaría más “protegido” de actos discriminatorios en un servicio de salud privado. Sin embargo, dicha protección no necesariamente se debería a la calidad del servicio o al trato o formación de sus profesionales, sino a su calidad de cliente y al riesgo que le implica a un profesional de la salud, afiliado a una institución privada de renombre, provocar cualquier situación de maltrato a un paciente (o *cliente*, como dice el entrevistado).

Leonardo, por su parte, identifica algo similar. Recurriendo también a la Clínica Alemana como ejemplo/paradigma de institución privada de salud, el entrevistado dice, de manera muy crítica, que un profesional de un centro de salud privado, al ofrecer un servicio pagado, tendería menos a caer en actitudes estigmatizadoras o discriminatorias:

“Ahora el tema de la orientación sexual, mi experiencia me dice que no, que no habría mucha diferencia [entre servicios de salud públicos y privados]. **Ahora, yo creo que a la gente la castigan más por ser pobre que por ser cola.** El tema de clase está más bien instalado ahí. **Mis experiencias externas me dicen que hay discriminación en el servicio público, no así en el servicio privado porque si uno paga da lo mismo, está mediado por la plata (...)** En general un doctor de la Clínica Alemana no te va a tratar mal porque estás pagando 40 lucas’ por esa consulta. **No les conviene tratarte mal.** Pero esta cosa de que se posicionen como superiores, en particular los doctores, es un poco transversal diría yo. Creo que en clínicas privadas no te retan. En clínicas privadas **entre más cara la consulta me tinca que el doctor más está como ‘bueno ahí está, váyase’** no me interesa juzgarte por nada, ahí está todo lo que se necesita, punto. **Porque es un servicio pagado,** pasa a ser un bien de consumo en todo su esplendor.” (Leonardo, 22).

Lazare et al. (1975), por ejemplo, sostienen que conceptualizar la relación entre médico y paciente como una relación con un cliente puede beneficiar a ambos, en tanto le entrega un poder de negociación a ambos para explicitar sus necesidades y exigencias. Poder, no

obstante, que los entrevistados identifican como útil para asegurar una atención libre de discriminación, y que por lo tanto daría origen a una desigualdad en el sistema de salud.

Ahora bien, no existen cifras nacionales o estudios suficientes para afirmar o rechazar estas apreciaciones²⁸, sin embargo el hecho que dicha percepción exista entre los participantes da cuenta del alcance del neoliberalismo en Chile, y de su efecto en distintas esferas. En efecto, según Harvey (2007), Chile ha servido laboratorio del neoliberalismo y el mayor “ejemplo de prácticas neoliberales puras” (p. 81). Desde esta perspectiva, y en línea con una aproximación neoliberal, el derecho a una atención en salud libre de discriminación estaría asegurado mediante el acceso a servicios de salud pagados..

En efecto, la percepción de menor discriminación en instituciones privadas no estaría relacionada, por ejemplo, a una mejor capacitación de profesionales respecto a diversidad sexual o a mayores políticas de inclusión, sino a incentivos netamente económicos: principios de protección al cliente/consumidor, y/o a riesgos de un especialista de ser despedido. En otras palabras, al analizar críticamente esta cuestión estos participantes señalan que la protección anti-discriminación no estaría asegurada por un Estado como entidad que resguarda los derechos humanos, sino por una *cultura SERNAC*, donde se asegura tal protección mediante la capacidad de pago.²⁹ Así, se difunden los límites entre la protección a la discriminación y los derechos del consumidor.

²⁸ Existen investigaciones en Chile que han identificado la existencia de graves experiencias de discriminación de clase y racial que existe en el sistema de salud Chileno (Concha y Paz, 2012). Sin embargo no existen análisis comparativos entre ambos en este tema.

²⁹ Servicio Nacional del Consumidor. Servicio público del Ministerio de Economía de Chile que es responsable de defender los derechos del consumidor.

6. CONCLUSIONES

Esta tesis ha abordado un tema hasta ahora poco investigado en el contexto chileno: la experiencia de atención en salud de jóvenes no-heterosexuales, a partir de entrevistas semi-estructuradas en profundidad con 20 universitarios de Santiago de Chile. Para ello, se ha analizado, en primer lugar, la interacción que tienen con profesionales de la salud, la manera que abordan temas asociados a su sexualidad, y qué elementos valoran de dicha relación. También se profundizó en las distintas dimensiones que ayudan o impiden revelar su orientación sexual y/o referirse a sus prácticas sexuales en espacios de atención en salud. Finalmente, se identificaron y describieron experiencias heteronormativas y estigmatizadoras que universitarios no-heterosexuales han enfrentado en espacios de atención en salud, como también la percepción que tienen de estos fenómenos en el sistema de salud nacional. Esta investigación se suma a una creciente literatura sobre este tema en la investigación sociológica, antropológica y en salud pública, y agrega una perspectiva novedosa al visibilizar la experiencia de un grupo particular – universitarios, no-heterosexuales, de Santiago de Chile.

En línea con literatura internacional (Eliason y Schope, 2001; Lane et al., 2008; Law et al., 2015; Fuzzell et al., 2016), los participantes de esta investigación reafirmaron que revelar su orientación en espacios de salud no es necesariamente algo fácil, y que muchos de ellos incluso han intencionalmente evadido hacerlo. Para los participantes, revelar su orientación sexual en espacios de atención de salud, y/o referirse a sus prácticas sexuales con personas del mismo sexo, está condicionado y afectado por múltiples dimensiones que coexisten e interactúan entre sí, desde las experiencias previas del paciente respecto a su sexualidad, las cualidades sociodemográficas y de carácter del profesional que los está atendiendo, y las características médicas e institucionales de la consulta, hasta la presencia o no de un familiar, y/o la cercanía de la familia con el profesional de turno. Es decir, la revelación de una no-heterosexualidad está influido y condicionado por una intersección de dimensiones tanto del sistema de salud y de la consulta misma, como también exterior a ellas (características personales; familia; experiencias previas, etcétera).

Cabe destacar el rol que puede tener la familia –directa o indirectamente– en este proceso, y cómo arriesga transformarse en un obstáculo para una comunicación transparente entre jóvenes no-heterosexuales y profesionales de la salud. Por un lado, experiencias familiares discriminatorias pueden cultivar trauma, vergüenza y/o estigma internalizado, que dificultan el desarrollo de la confianza personal de jóvenes no-heterosexuales y, eventualmente, su comodidad para referirse a su sexualidad en espacios de salud (y otros espacios también). Por otro, su presencia en consultas médicas como también su cercanía a profesionales de salud puede amenazar la confianza y privacidad que debiese existir entre un paciente y un especialista, una privacidad que debería ser protegida con mayor vehemencia por parte de servicios de salud para asegurar una mejor comunicación entre jóvenes y médicos (Fuzzell et al., 2015; Montero y González, 2017). En efecto, salir del clóset con los padres puede ser una de las experiencias que genera mayor ansiedad para jóvenes no heterosexuales y su reacción ante esta información de estos mismos es determinante para su bienestar psicosocial (Potozniac et al., 2009; Corrigan y Matthews, 2003), por lo que su presencia, para aquellos jóvenes aún en el clóset, puede no hacer más que agregar estrés a una ya estresante experiencia de consulta médica

Tal como también identifican investigaciones internacionales, participantes de esta tesis también manifiestan que los encuentros con profesionales de salud reproducen un sentimiento de estigma anticipado, en tanto sienten temor a reacciones incómodas o negativas los llevan a omitir su propia orientación sexual y/o prácticas sexuales. Este sentimiento persiste tanto entre aquellos que han vivido experiencias negativas debido a su orientación sexual en espacios de salud como entre aquellos que no, y, desde una perspectiva de salud pública en ambos casos es igualmente negativo, ya que es dicha anticipación suficientemente fuerte para generar omisión e invisibilización de la no-heterosexualidad en la consulta.

Resultados de esta investigación también coinciden con hallazgos internacionales al identificar que profesionales de la salud frecuentemente asumen la heterosexualidad de sus pacientes, una práctica que dificulta aún más revelar la no-heterosexualidad de los jóvenes. También produce incomodidad y un sentimiento de desconfianza en que un especialista

podrá comprender sus necesidades y/o problemas de salud sexual (Peterkin y Risdon, 2003). En efecto, y tal como dicen las recomendaciones internacionales (Peterkin y Risdon, 2003; Makadon, 2006) y nacionales (Montero y González, 2017), es de suma importancia entrenar a profesionales en materia de diversidad sexual, comenzando por concientizarlos que no todos sus pacientes son ni serán heterosexuales y, por lo tanto, dejar de asumir que es así. Ha quedado demostrado tanto en esta como en otras investigaciones (Fuzzell et al., 2015; Marques et al., 2014; Agénor et al., 2015) que pequeños gestos como preguntas genéricamente neutras que no asuman un género u orientación sexual pueden ayudar generar mayor inclusión, aumentar la comodidad de jóvenes no-heterosexuales en la consulta, y de ser más transparentes con su orientación y prácticas sexuales.

Ya existe suficiente estigma y discriminación en múltiples esferas de la sociedad hacia individuos no-heterosexuales, y si se desea lograr que la atención en salud es efectivamente un espacio de cuidado y acogida (Roter, 2000), y que asegure el bienestar de la población joven no-heterosexual, debe dejar este de ser un espacio que perpetúa expectativas heteronormativas de sus pacientes y, asimismo, perpetúe el estigma anticipado por parte de los jóvenes que se atienden. Así, retomo las palabras de uno de los expertos entrevistados, el médico y educador David Palma, quien reafirma la urgencia de “desheteronormativizar la anamnesis” (2016).

Además de la suposición de la heterosexualidad y de las complejidades del proceso de revelar la homosexualidad, esta investigación también ha identificado prácticas heteronormativas y estigmatizadoras en los espacios de atención salud en Santiago, agrupadas en tres grandes tipo de experiencias: ignorancia acerca de la sexualidad no heterosexual; chistes y humor heteronormativo y la relación entre VIH y homosexualidad. Estos hallazgos coinciden con la literatura académica, donde también se ha visto una falta de conocimiento de sexo no-heterosexual –particularmente de sexo lésbico– por parte de profesionales de la salud (Williams-Barnard, 2001; Peterkin y Risdon, 2003; Marques et al., 2014; Curmi et al., 2015) (lo que se alinea a otra gama de estudios que da cuenta de la falta de formación en diversidad sexual de los profesionales de la salud (Robertson, 2014; King et al., 2015), y, por lo mismo, la entrega deficiente de herramientas de salud sexual. ETC.

Esta investigación también encontró algunas importantes diferencias específicas entre las experiencias de hombres y mujeres. Por un lado, los hombres se enfrentaron a comentarios heteronormativos *sin* haber salido del clóset, al recibir chistes o ‘tallas’ parte de profesionales de la salud quienes, con una intención de complicidad y cofradía masculina (Lyman, 1998; West, 2001), se refieren a la habilidades sexuales de sus pacientes y/o a las “chiquillas”. Esto demuestra la paradoja y el doble filo del humor, el cual reproduce estereotipos sexogénicos y principios culturales heteronormativos (Mills, 2008), y también genera incomodidad entre los entrevistados, incentivándolos aún más a mantener su homosexualidad oculta.

Adicionalmente, hombres se enfrentaron a la conexión hecha por profesionales de la salud entre su homosexualidad y el VIH/SIDA, reproduciendo el estigma de la homosexualidad como causante o reproductora del virus (Epstein, 2003). Esta relación, no obstante, reveló ser compleja y paradójica, en tanto existía una comprensión de la relevancia de abordar el VIH como un área de salud de particular relevancia para hombre que tienen sexo con hombres, sin embargo el desafío de no reproducir la estereotipación y estigma de los mismos Cabe destacar que, desde un paradigma heteronormativo, la preocupación particular del VIH en hombres homosexuales, como sujetos “riesgosos” que recomiendan realizarse el examen, también construye un “ideal” en torno a la conducta preventiva esperada entre hombres homosexuales (King et al. 2012).

El estigma anticipado a tomar el examen de VIH también reveló que participantes valoraban la posibilidad de acceder a servicios de salud destinados exclusivamente a ETS y/o a población LGBT. Mientras centros de este tipo –ya sean centros comunitarios con programas de prevención y testeo de VIH/ETS, o centros de salud y exámenes dedicados a salud sexual y con enfoque prioritario a personas no-heterosexuales son común en distintas grandes ciudades occidentales, y mostrado ser exitosas (Stuart y Chisslet, 2016)–, en América Latina existen pocas. Son, sin embargo, una posible alternativa para evitar el estigma anticipado entre personas no-heterosexuales y facilitar su acceso libre de discriminación a servicios de exámenes de ETS (Wilkerson et al., 2011; Stuart y Chisslet, 2016). Asimismo, es de suma importancia que las estrategias de prevención y tratamiento

de VIH se hagan cargo de las necesidades e inquietudes sobre enfermedades de transmisión sexual de jóvenes no-heterosexuales, sin reproducir los estigmas asociados a los mismos.

Las mujeres no-heterosexuales, por su parte, también enfrentaron problemáticas particulares, comenzando por la mayor frecuencia con la que asisten (o asistieron) a consultas médicas acompañadas de sus madres, dificultando su posibilidad de hablar libremente sobre sus prácticas sexuales. En contraste a hombres, que suelen asistir a consultas asociadas a salud sexual y/o urológica de manera reactiva ante algún problema de salud, el saber biomédico incentiva a que mujeres lo hagan de manera preventiva, regular y desde la adolescencia (Ettore y Kingdon, 2012). Tal como muestran las experiencias de las participantes, es común que dichas visitas sean acompañada de la madre, un gesto de control m/paterno sobre el cuerpo de mujeres jóvenes. Las mujeres no-heterosexuales, por lo tanto, se encuentran más fácilmente que sus pares masculinos con una situación de doble vigilancia, en tanto las jóvenes se enfrentan a una autoridad médica y también familiar. Es otro ejemplo más que ilustra el mayor control que existe sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres en la medicina (Scully, 1980; Martínez, 2008).

Por otro lado, en contraste a los relatos de los hombres, y en línea con investigación internacional (Williams-Barnard, 2001; Marques et al., 2014; Curmi et al., 2015), mujeres heterosexuales se encuentran más frecuentemente con profesionales ignorantes de su sexualidad. En efecto, para los ginecólogos que las atienden, “estar sexualmente activa” generalmente asumía que su actividad sexual sería con alguien del sexo opuesto, iniciando sus consultas con preguntas sobre temas reproductivos o de anticoncepción, reiteraron dicho supuesto. Además, y tal como señala también Peterkin y Risdon (2003), Curmi et al. (2014) y Marques et al. (2015), en sus hallazgos, el de no concebir el sexo entre mujeres, los vuelve incapaces de realizar los exámenes pertinentes, usar los instrumentos adecuados, e incluso referirse a las prácticas sexuales de sus pacientes. Al no ser un sexo penetrativo, es menos comprensible, reafirmando la cualidad falocentrista del sexo heteronormativo (Preciado, 2002).

El desconocimiento respecto al sexo entre mujeres por parte de sus médicos reafirma la

cualidad del sistema biomédico como heteronormativo, e invisibilizador de la sexualidad no-heterosexual (Robertson, 2014) y también genera en el paciente un escepticismo y desconfianza de recibir información de salud sexual del doctor quien, en teoría, ha de ser el experto (Friedson, 1978). Según investigadores internacionales, esto aumenta significativamente el riesgo de mujeres no-heterosexuales de contraer enfermedades de transmisión sexual, al no recibir recomendaciones preventivas, y al no recibir exámenes por parte de médicos desinformados (Marques et al., 2015), acentuando aún más la desigualdad en el acceso a servicios de calidad entre hombres y mujeres.

Finalmente, mujeres en este estudio también señalan haberse enfrentado a un humor no solo heteronormativo, que minimiza el valor de su orientación sexual y prácticas sexuales, pero también condescendiente, patriarcal y derechamente machista, que las objetiva en espacios de atención en salud. Dicho humor, además, opera de manera muy efectiva al disfrazar expresiones estereotipadoras y objetivadoras bajo un velo de “buena onda” (Mills, 2008).

Existe así cierta paradoja respecto al lugar del cuerpo y las experiencias sexuales de mujeres no-heterosexuales en la atención en salud, ya que se encuentra altamente vigilado, y a la vez no-comprendido. En efecto, estas experiencias revidencian que las mujeres heterosexuales se enfrentan una situación interseccional de doble opresión – de ser mujeres y no-heterosexuales (Stevens, 1996).

El camuflaje y los límites complejos de la heteronormatividad

Si bien este estudio ha identificado y descrito estas diferentes experiencias heteronormativas y/o estigmatizadoras en los espacios de atención en salud, también ha encontrado que muchos participantes sostienen que nunca han sentido que los traten diferente en servicios de salud por motivo de su orientación sexual o expresión de género y que, por lo general, sienten una integración de la diversidad sexual en los servicios de salud. Esta mezcla de experiencias puede referir a que efectivamente coexisten muchas diferentes experiencias en temas de inclusión de la diversidad sexual en Chile, en distintas esferas. Como señala (García, 2016), América Latina se encuentra en un lugar bastante paradójico respecto a la inclusión LGBT, al presentar, en un mismo territorio, de las

legislaciones más progresistas y de las experiencias de homofobia más violentas del mundo.

Aquellos participantes que señalan no haber pasado por experiencias más problemáticas además son quienes perciben que no hay *grandes* diferencia para la población no-heterosexual en los servicios de salud, y que cuando hay eventos problemáticos - heteronormativos, discriminatorios o estigmatizadores- éstos serían aislados, excepcionales o debido a características particulares (género; edad) de algún profesional en cuestión. Llama la atención, no obstante, que esta percepción existe a pesar de que la gran mayoría señala que sí se le asume su heterosexualidad de manera regular, y que anticipan reacciones negativas de parte de profesionales de la salud (estigma anticipado). Es decir que muchos de los entrevistados no consideran, por ejemplo, el ser asumido como heterosexual en un espacio confesional, privado y de cuidado, o el constantemente anticipar la posibilidad de reacciones negativas (independiente si ocurren o no), como una desigualdad significativa en el ámbito de la salud. Existen distintas interpretaciones de esta cuestión.

En primer lugar, se puede tratar de un acostumbramiento de jóvenes no-heterosexuales al régimen de la heterosexualidad obligatoria (Rich, 1980) y una normalización del estigma anticipado en las diferentes esferas de sus vidas. Las prácticas heteronormativas tienen un grado de cotidianidad que operan como violencia simbólica (Bourdieu y Passerson, 2001), al no ser cuestionadas ni problematizadas por los mismos sujetos quienes se encuentran oprimidos y/o afectados por ella. Catalina (23) incluso dice que “si está asumiendo tu heterosexualidad no es *tan* violento, porque se asume que eso pasa. Puede que termine siendo incómodo.” Asimismo, hay instancias donde los participantes deciden reproducir la expectativa de heterosexualidad obligatoria para no incomodar a los propios doctores. Como cuando Hortensia, señaló que durante un encuentro con un traumatólogo de mayor edad, que la asumió como heterosexual y le preguntó por su novio:

“pobre viejito, **qué lata decirle que soy gay, le voy a cagar toda la ilusión.** Porque estaba siendo como amoroso; **era como el tatita amoroso si yo le digo que soy gay lo mato al pobre viejo** y dije como ‘no, sí, sí, tengo pololo’ y como que le seguí la corriente.” (Hortensia, 25).

Por tanto, si bien participantes describen dicha heteronormatividad como incómoda, no

siempre la problematizan como algo un síntoma de un fenómeno cultural mayor que puede estar oprimiendo o invisibilizando su propia subjetividad. Además, muchas de las intervenciones heteronormativas son vistas como algo “sin mala intención” o como producto de una característica personal que da cierta permisividad (“es que era más viejo”), por lo que no cuestionan que tendría que ser de otra manera. Asimismo, frecuentemente no se problematiza la gravedad de un acto al menos que pase el “umbral” de ser una discriminación intencionada. Intervenciones heteronormativas a veces pasan desapercibidas en el marco de una anticipación a posible homofobia de mayor gravedad, como en la experiencia de Gabriela (página 66), quién inicialmente ni percibe lo problemático de que su médico no sepa de sexualidad lésbica, ya que sentía alivio meramente por no haber sido discriminada por su no-heterosexualidad. En este sentido, dada que la anticipación o expectativa del trato es *peor* que el trato heteronormativo que efectivamente reciben, éste último no es necesariamente problematizado o cuestionado de inmediato.

Estos jóvenes, por lo tanto, hacen implícitamente una importante distinción entre prácticas *homofóbicas* y *heteronormativas*, siendo estas últimas menos problematizadas al no distinguirse una clara “mala intención” o un acto violento (Soberón & Feinholz, 2007). La naturalización de las experiencias de desigualdad, al no pasar el “umbral” de la homofobia, se pueden terminar internalizando (Parker y Aggleton, 2003).

Desde esta perspectiva, los relatos de los participantes dan cuenta que sus experiencias heteronormativas efectivamente caminan sobre una delgada línea entre ser o no considerados como algo problemático, y que sus límites son complejos (Jackson, 2006). En otras palabras existe un límite difuso entre prácticas heteronormativas –en las que profesionales de la salud asumen la heterosexualidad de sus pacientes y reproducen lógicas y supuestos heterosexuales en sus consultas, como si fuese una cualidad universal (Kitzinger, 2010; Robertson, 2014; Marques et al., 2015)–, y prácticas que derechamente consideran discriminatorias.

Esta cuestión queda de manifiesto en distintos de los hallazgos descritos: respecto al VIH, por ejemplo, en tanto participantes identifican la reproducción de estereotipos/estigma, pero

a la vez comprenden la relevancia biomédica de seguir otorgándole una especial atención a la orientación sexual al estudiar el tema. El humor, por su parte, también opera sobre una frontera difusa, al no siempre interpretado de inmediato como algo problemático. A raíz de comentarios humorosos, por ejemplo, Érica (22) señalaba “cuando un médico te dice algunos comentarios no sé si está siendo buena onda, si es parte de su pega, si él es así o si en verdad se está pasando de la raya.”

En síntesis, las experiencias heteronormativas no siempre son identificadas como aspectos problemáticos de inmediato por parte de participantes, ya sea por su naturalización, o por la dificultad de dar cuenta de ellas. En efecto, prácticas que reproducen el estigma y la heteronormatividad operan de manera más efectiva al estratégicamente camuflarse en distintas tecnologías discursivas de la institucionalidad médica (Jackson 2006; Robertson, 2014), desde entrevistas y protocolos médicos que asumen la heterosexualidad, hasta comentarios “humorosos” que realmente son microagresiones (Herek, 2007; Mills, 2008).

Finalmente, los resultados de esta investigación también resaltan la importancia que las experiencias positivas de jóvenes no-heterosexuales en la atención de salud, no solo tienen que ver con un conocimiento biomédico o una conciencia de la diversidad sexual y sus particularidades, sino también con la interacción entre especialistas y pacientes.

En efecto, una relación horizontal, acogedora (o “acogedora” como señalan Law et al. (2015)), está relacionado a un menor anticipación de estigma, mayor comodidad para referirse a la orientación y prácticas sexuales propias, y finalmente a una mayor satisfacción en espacios de atención de salud. Un reconocimiento de la diversidad y de las particularidades de la experiencias de jóvenes no-heterosexuales implica un trato no-juicioso, empático (Montero y González, 2017), y centrado en el paciente (Roter, 2000), que permita a subjetividades marginalizadas sentirse reconocidas en espacio de jerarquía.

Mientras esta tesis ha logrado iluminar importantes voces aún poco escuchadas en el contexto nacional, y visibilizar experiencias de jóvenes no-heterosexuales en la atención en salud, es importante expandir este conocimiento. Mientras este estudio contó con una reducida diversidad socioeconómica y étnica de los participantes y etaria (que si

bien es una limitación, a la vez permite focalizar la atención en un grupo particular), investigaciones futuras podrían considerar la experiencia de otras edades, clases sociales e identidades no-heterosexuales. Y así, continuar enriqueciendo la investigación en Chile acerca de género, salud y sexualidad, y contribuir a informar mejores políticas públicas que incluyan no solo a algunos, sino a la mayor cantidad de diversidad posible.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdessamad, H. M., Yudin, M. H., Tarasoff, L. a, Radford, K. D., & Ross, L. E. (2013). Attitudes and knowledge among obstetrician-gynecologists regarding lesbian patients and their health. *Journal of Women's Health (2002)*, 22(1), 85–93.
- Acker, J. (1990) Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations, *Gender and Society*, 4(2), 139-158.
- Adams, J., McCreanor, T., & Braun, V. (2008). Doctoring New Zealand's gay men. *The New Zealand Medical Journal*, 121(1287), 24–29.
- Agénor, M., Bailey, Z, Krieger, N, Austin, B., Gottlieb, B.R. (2015) Exploring the Cervical Cancer Screening Experiences of Black Lesbian, Bisexual, and Queer Women: The Role of Patient-Provider Communication, *Women & Health*, 55:6, 717-736.
- Alarcón, C. (2016) Directora de área de participación ciudadana, Servicio de Salud Talcahuano. *Comunicación personal el 08 de junio del 2016*.
- Austin, E. L. (2013). Sexual orientation disclosure to health care providers among urban and non-urban southern lesbians. *Women & Health*, 53(February 2015), 41–55.
- Bailey, JV., Farquhar. C., Owen. C. (2004) Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 244-246.
- Barrientos, J. & Cárdenas, M. (2013). Homofobia y Calidad de Vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. *Psyche*, 22(1), 3-14
- Beagan, B. (2000) Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. *Social Science & Medicine*, 51, 1253-1265.
- Beisecker, A. (1990) Patient Power in Doctor-Patient Communication: What do we know? *Health Communication* 2(2), 105-122.
- Bernstein, K. (2008) Same-Sex Attraction Disclosure to Health Care Providers Among New York City Men Who Have Sex With Men, *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1458-1464.
- Beehler, G. P. (2001). Confronting the Culture of Medicine : Gay Men ' s Experiences with Primary Care Physicians. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(4), 135–141.
- Beauvoir, S. d. (1999) *El segundo sexo*. Buenos Aires: Debolsillo
- Blake DR, Weber BM, Fletcher KE. Adolescent and Young Adult Women's Misunderstanding of the Term Pap Smear. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158(10): 966–970.

- Binder, P., Caron, C., Jouhet, V., Marcelli, D. & Ingrand, P. (2010) Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation, *Family Practice*, 27(5), 556–562,
- Boehmer, U., Miao, X., Linkletter, C., & Clar, M. (2012) Adult Health Behaviors Over the Life Course by Sexual Orientation. *American Journal of Public Health*, 102(2), 292-300.
- Bolsterson, A. & Ralph, S. (2016) Improving the health care experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender patients, *Radiography*, XXX, 1-5.
- Bourdieu, P. (2000). *Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Burn, S. M., Kadlec, K., & Rexer, R. (2005). Effects of subtle heterosexism on gays, lesbians, and bisexuals. *Journal of Homosexuality*, 49(2), 23-38.
- Broom, A. & Adams, J. (2009) ' The status of complementary and alternative medicine (CAM) in biomedical education: Towards a critical engagement' en B. Turner & C. Brosnan (eds.), *Handbook of the Sociology of Medical Education*. New York: Routledge, 122-138.
- Butler, J. (1990) *Gender Trouble*. New York: Routledge.
- Carabine, J. (1996) 'Heterosexuality and Social Policy', en D. Richardson (ed.), *Theorizing Heterosexuality: Telling it Straight*. Buckingham: Open University Press, 55–74.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California quality of life survey. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2048–2055.
- Coker, T. R., Austin, S. B., & Schuster, M. A. (2010). The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Annual review of public health*, 31, 457-477.
- Cole, S. et. al (1996) Elevated Physical Health Risk Among Gay Men Who Conceal Their Homosexual Identity. *Health Psychology*, 15(4), 243-251
- Concha, L., & Paz, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales (CI)*, (28).
- Connell, R. W. (2005). The social organization of masculinity, en Connell, R. W., *Masculinities*. Oakland, CA: University of California Press.
- Conrad, P., & Angell, A. (2004). Homosexuality and Remedicalization. *Society*, (July/August), 32.

- Contardo, O. (2011) *Raro: Una historia gay de Chile*. Santiago: Planeta
- Corrigan, P. W. & Matthews, A. (2003) Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12(3), 235-248.
- Choubak, M. (2014). *The Experiences of Lesbian and Gay First Generation Immigrants to Canada: Negotiating Identities Post-Migration*. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of MA in Psychology, University of Guelph. Disponible en https://atrium.lib.uoguelph.ca:8443/xmlui/bitstream/handle/10214/8528/Choubak_Melisa_201410_MA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accedido el 28 de Julio, 2017.
- Curmi, C., Peters, K., & Salamonson, Y. (2014). Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14, 153
- Dejordy, R. (2008) *Just Passing Through: Stigma, Passing, and Identity Decoupling in the Workplace*. *Group & Organization Management*, 33(5), 504 – 531.
- Daley, A. (2006) Lesbian and gay health issues: OUTside of Canada's health policy. *Critical Social Policy*, 26(4): 794-816.
- Diamant, A. L., Schuster, M. A., & Lever, J. (2000a). Receipt of preventive health care services by lesbians. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 141–148.
- Diamond, L. M. (2003). Was it a phase? Young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 352-364.
- Dyer, K., & Nair, R. d. (2012) Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2658-2670.
- Eliason, M. J., & Schope, R. (2001). Does “ Don't Ask Don't Tell” Apply to Health Care? Lesbian, Gay, and Bisexual People's Disclosure to Health Care Providers. *Journal of Gay and Lesbian Medical Association*, 5(4), 125–134.
- Epstein, S. (2003) Sexualizing Governance and Medicalizing Identities: The Emergence of State-Centered LGBT Health Politics in the United States. *Sexualities*, 6(2), 131-171.
- Ettore, E. & Kingdon, C. (2012) 'Reproductive Regimes. Governing Gendered Bodies' en E. Kuhlmann & E. Annadale (Eds), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, London: Palgrave MacMillan.
- Fell, G., Mattiske, J., & Riggs, D. (2008) Challenging heteronormativity in psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 4(2), 127-140.
- Fernández Moreno, S. Y. (2008). La atención de los varones en el espacio público de la

- salud en México Distrito Federal desde la mirada género sensible y sociosanitaria. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 7(14), 73–86.
- Fischer, M. (2016). 'Think gender is performance? You have Judith Butler to thank for that' New York Magazine. Rescatado de <https://www.thecut.com/2016/06/judith-butler-c-v-r.html?mid=twitter-share-thecut#> el 20 de abril del 2017.
- Fisher, S. (1984) Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. *Sociology of Health and Illness*, 6(1): 2-29
- Flick, U. (Ed.). (2013). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. London: Sage.
- Foucault, M. (1990) *The History of Sexuality Part One: Introduction*. London: Penguin Books
- Foucault, M. (1994) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage
- Foucault, M. (1995) *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI Ediciones
- Friedson, E. (1976) *Doctoring Together: a Study of Professional Social Control*. New York: Elsevier Scientific Publishing Co.
- Frost, DM., LeBlanc, AJ. (2014) Nonevent stress contributes to mental health disparities based on sexual orientation: Evidence from a personal projects analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 557–66.
- Gibbs, G. (2007) *Analyzing Qualitative Data*. London: Sage Publications.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster
- Goodson, L., & Vassar, M. (2011). An overview of ethnography in healthcare and medical education research. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 8, 4.
- Goyenechea, M. & Sinclair, D. (2013) La Privatización de la Salud en Chile. *Políticas Públicas*, 6(1): 35-51.
- Gutiérrez Santana, L. (2013) El uso de diminutivos para mencionar a la mujer en corridos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Estudios de Oralidad*.
- Gunzenhauser, Michael (2006). A moral epistemology of knowing subjects. *Qualitative Inquiry*. 12 (3): 621-647.
- Harding, S. (1987) “Is there a Feminist Method?” *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Indiana University Press.
- Ivanovic, C. (2015) “Entrevista Cualitativa” *Metodología General del Género*. Curso de la Centro de Estudios de Género (CIEG) de la Univesidad de Chile. 20 de marzo del 2015.

- Haboubi, N. J. & Lincoln, N. (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hadodo, M. J. (2013) *Entre cabrones y cabritos: El diminutivo como índice del género en el español madrileño*. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of MA in Spanish and Latin American Linguistic, Literary and Cultural Studies at New York University.
- Harvey, D. (2007) *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal
- Hedegaard, J. et al. (2014) Gendered Communicative Construction of Patients in Consultation Settings, *Women & Health*, 54(6), 513-529
- Herek, G. M. (2004). Beyond “homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G. M., Chopp, R., & Strohl, D. (2007). "Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context" en *The health of sexual minorities*. Boston: Springer, 171-208.
- Hesse-Biber, S. N & Leavy, S. (2007) *Handbook of Feminist Research*. London: Sage Publications.
- Hinchcliff, S., Gott, M., & Galena E. (2005) ‘I daresay I might find it embarrassing’: general practitioners’ perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health and Social Care in the Community* 13(4): 345–353
- Hitchcock, J.M. & Wilson, H.S. (1992) Personal risking: Lesbian self-disclosure of sexual orientation to professional health care providers. *Nursing Research*, 41(3): 178–83.
- Jackson, S. (2006) Gender, Sexuality and Heterosexuality: the complexity (and limits) of heteronormativity. *Feminist Theory*, 7(1), 105-121.
- Johnson, C. (2002). Heteronormative citizenship and the politics of passing. *Sexualities*. 5: 317-336.
- Keville, T. (1994) The Invisible Woman: Gender Bias in Medical Research. *Women 's Rights Law Reporter*, 15(2-3), 123-142.
- King, M., Semlyen, J., Tai, SS., Killaspy, H., Osborn D, Popelyuk D, et al. (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people, *BMC Psychiatry*, 8(70).
- King, M. (2015). Attitudes of therapists and other health professionals towards their LGB patients. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 396.
- Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality*, 57(6),

730–747.

- King, R. L., Shoveller, J. A., Oliffe, J. L., Gilbert, M. & Goldenber, S. (2012) Heteronormativity hurts everyone: Experiences of young men and clinicians with sexually transmitted infection/HIV testing in British Columbia, Canada. *Health*, 17(5), 441-459.
- Kitzinger, C. (2005). Heteronormativity in Action: Reproducing the Heterosexual Nuclear Family in After-Hours Medical Calls. *Social Problems*, 52(4), 477–498.
- Klitzman, R. L., & Greenberg, J. D. (2002). Patterns of Communication Between Gay and Lesbian Patients and Their Health Care Providers Robert. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 145–168.
- Knight, R., Shoveller, J. A., Oliffe, J. L., Gilbert, M., & Goldenberg, S. (2013). Heteronormativity hurts everyone: Experiences of young men and clinicians with sexually transmitted infection/HIV testing in British Columbia, Canada. *Health*, 17(5), 441-459.
- Lane, T., Mogale, T., Struthers, H., McIntyre, J., & Kegeles, S. M. (2008). “They see you as a different thing”: the experiences of men who have sex with men with healthcare workers in South African township communities. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), 430–3.
- Lazare, A., Eisenthal, S., & Wasserman, L. (1975). The customer approach to patienthood: Attending to patient requests in a walk-in clinic. *Archives of General Psychiatry*, 32(5), 553-558.
- Lockley A, Fish J. (2015) *Improving the cancer journey for lesbian, gay and bisexual people living with cancer*. Leicester, UK. 2015. Rescatado el 04 de Marzo del 2017 de <http://www.dmu.ac.uk/documents/research-documents/health-and-life-sciences/msrc/improvingthe-cancer-journey-final-report.pdf>
- Lyman, P. (1998). The fraternal bond as a joking relationship: A case study of the role of sexist jokes in male group bonding' en Kimmel, M. & Messner, M. (Eds.), *Men's lives* (pp. 171–181). New York: Allyn and Bacon.
- Makadon, HJ. (2011) Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 78(4), 220–4.
- Makadon, H. J. (2006). Improving health care for the lesbian and gay communities. *The New England Journal Of Medicine*, 354(9), 895–897.
- Makadon, H. J., Mayer, K. H., & Garofalo, R. (2006). Optimizing primary care for men who have sex with men. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 296(19), 2362–2365.
- Marques, A. M., Nogueira, C., & de Oliveira, J. M. (2015) Lesbians on Medical

- Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations, *Health Care for Women International*, 36(9), 988-1006
- Mayes, C. (2009) Pastoral Power and the Confessing Subject in Patient-Centred Communication, *Journal of Bioethical Inquiry*, 6: 4, 483 – 493
- Martínez, E. (2008) Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en la medicina. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 3.
- McLaren, M. (2002) *Feminism, Foucault and embodies subjectivity*. New York: State University of New York Press
- Mayes, C. (2009) Pastoral Power and the Confessing Subject in Patient-Centred Communication, *Journal of Bioethical Inquiry*, 6(4), 483 – 493.
- Meyer, I. H. (1995) Minority Stress and Mental Health in Gay Men, *Journal of Stress and Social Behavior*, 36(1), 38-56.
- Meyer, I. H. (2001) Why Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health? *American Journal of Public Health*, 91(6), 856-859.
- Meyer IH (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 674–697.
- Mills, S. (2008) *Language and Sexism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MINSAL (2011) Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperada el 18 de junio del 2016 de <http://www.movilh.cl/documentacion/trans/Ord%2057%202988%20Env%C3%ADa%20v%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20para%20la%20adecuaci%C3%B3n%20corporal%20en%20personas%20con%20incongruencia-1.pdf>
- MINSAL (2016) *Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria* Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado el 10 de Noviembre del 2017 de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>. Consultado 20/12/2016
- MOVILH (2016) ' Iquique: Centro de Salud niega atención a hombre transexual'. Recuperado el 18 de junio del 2016 de <http://www.movilh.cl/iquique-centro-de-salud-niega-atencion-a-hombre-transexual/>
- Moreno, A. (2008), “La invisibilidad como injusticia. Estrategia del movimiento de la diversidad sexual”, en Pecheny, M., Figari, C. & Jones, D. (eds), *Todo sexo es político*, Buenos Aires: Libros del Zorzal, 217-218

- Montero, A. & González, I. (2017) Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud. Santiago: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) de la Universidad de Chile. Rescatado de <http://www.cemera.cl/documentos/GUIA%20ORIENTACIONES%20Y%20RECOMENDACIONES%20ATENCION%20EN%20SALUD%20%20%20%20%20%20%20%20%20GLB%202017.pdf> el 30 de noviembre del 2017.
- Ned Katz, J. (1993) *The Invention of Heterosexuality*. Chicago: University of Chicago Press
- O'Shaughnessy, S. & Krogman, N.T. (2012), A Revolution Reconsidered? Examining the Practice of Qualitative Research in Feminist Scholarship, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 37(2): 493-520.
- Palma, D. (2016) Ex encargado área de salud y educación, Fundación =Iguales. *Comunicación personal, 24 de mayo del 2016*.
- Parker R and Aggleton P (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine* 57: 13–24.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257-278.
- Peterkin, A. & Risdon, C. (2003) *Caring for Lesbian and Gay People: A Clinical Guide*. Toronto: University of Toronto Press.
- Petroll, AE. & Mosack, KE. (2011) Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men, *Sexual Transmitted Diseases*, 38(1), 63–7.
- Petroll, AE. & Mitchell JW. (2015) Health Insurance and Disclosure of Same-Sex Sexual Behaviors Among Gay and Bisexual Men in Same-Sex Relationships, *LGBT Health*, 2(1), 48-54.
- Potoczniak, D., Crosbie-Burnett, M., & Saltzburg, N. (2009). Experiences regarding coming out to parents among African American, Hispanic, and White gay, lesbian, bisexual, transgender, and questioning adolescents. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 21(2-3), 189-205.
- Preciado, B. (2002) *Manifiesto Contra-sexual*. Madrid: Opera Prima.
- Pulerwitz, J., Michaelis, A., Weiss, E., Brown, L., & Mahendra, V. (2010) Reducing HIV-Related Stigma: Lessons Learned from Horizons Research and Programs, *Public Health Reports*, 125(2), 272–281.
- Quinn, GP., Sanchez, JA., Sutton, SK., Vadaparampil, ST., Nguyen, GT. & Green, BL.

- (2015) Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations, *CA Cancer J Clin.* 65(5), 384–400.
- Reiss, J. G., Gibson, R. W., Walker, L. R. (2005) *Pediatrics*, 115(1), 112-120
- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs: Journal of women in culture and society*, 5(4), 631-660.
- Rivas, F. (2011) 'Diga "queer" con la lengua afuera: Sobre la confusiones del debate latinoamericano' en Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual (CUDS) (eds.) *Por un Feminismo sin Mujeres*. Santiago: Territorios Sexuales Ediciones
- Robertson, W. (2014) *Queering Biomedicine: Culture and (In)Visibility in A Medical School*. Thesis Presented to the Graduate Faculty of The University of Texas at San Antonio in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts in Anthropology. Recuperado el 14 de junio del 2016 de <http://www.anthrowill.com/wp-content/uploads/2015/08/WJRobertsonThesis.pdf>
- Robles, V. H. (2008) *Bandera hueca: historia del movimiento homosexual de Chile*. Santiago: Editorial Cuarto Propio
- Rodríguez Collar, T. L., Aspiazú, B., Vigo, P., Bibiana, I. (2009). Communicative skills during the medical interview. *Revista Cubana de Medicina*, 38(3-4).
- Rodríguez García, P. L., & Rodríguez Pupo, L. (1999). Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 409-414.
- Rose, L. (1994) Homophobia Among Doctors. *British Medical Journal*. 308(26), 586-587.
- Roter, D. 2000. The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. *Patient Education and Counseling* 39, 5–15.
- Rubin, G. (1984). "Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality" en *Social perspectives in Lesbian and Gay Studies; A reader*, 100-133.
- Rubin, R. (2015) Minimizing Health Disparities Among LGBT Patients. *JAMA*, 313(1), 15–8.
- Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health care providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1831–1841.
- Sherman, M. D., Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Al, S. E. T. (2014). Provider Beliefs and Practices About Assessing Sexual Orientation in Two Veterans Health Affairs Hospitals. *LGBT Health*, 2(00), 1–7.
- Stein, G. L., & Bonuck, K. A. (2001). Physician-Patient Relationships Among the Lesbian

- and Gay Community. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(3), 87–93.
- Stevens, P. E. (1998). The experiences of lesbians of color in health care encounters: Narrative insights for improving access and quality. *Journal of Lesbian Studies*, 2(1), 77–94.
- Stevens, P. E., & Hall, J. M. (1988). Stigma, health beliefs and experiences with health care in lesbian women. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*.
- Strauss, A. L. y Corbin, J. (1990) *Basics of the Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage Publications.
- Stuart, D., & Chislett, L. (2016). The Dean Street Wellbeing programme: culturally tailored community engagement programmes to combat a challenging epidemic. *HIV Nursing*, 16, 7-10.
- Sullivan, M. (1986) In what sense is contemporary medicine dualistic? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, 331-50
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1994) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós
- Teal, C. R., & Street, R. L. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*, 68, 533–543.
- TODO MEJORA (2016) 'Salud y Diversidad Sexual'. Recuperado el 18 de junio del 2016 de <https://todomejora.org/wp-content/uploads/2016/06/TALLERES-SALUD-web.pdf>
- Turner, B. (1987) *Medical Power and Social Knowledge*. Sage, Detroit: University of Michigan.
- Vera-Gamboa, L. (2004). Hombres que tienen sexo con hombres: conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH/SIDA en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 15(3), 157–163.
- Waites, M. (2005) The Fixity of Sexual Identities in the Public Sphere. *Sexualities*, 8(5), 539-569.
- Werner, A., & Maltrud, K. (2003) It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science and Medicine*, 57, 1409-1419.
- West, L. A. (2001). Negotiating masculinities in American drinking subcultures. *The Journal of Men's Studies*, 9(3), 371-392.
- Williams-Barnard, C. L., Mendoza, D. & Shippe-Rice, R. (2001) The Lived Experience of

- College Student Lesbians' Encounters With Health Care Providers. *Journal of Holistic Nursing*, 19(2), 127-142.
- Wilkerson, J. M., Rybicki, S., Barber, C. A., & Smolenski, D. J. (2011). Creating a culturally competent clinical environment for LGBT patients. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(3), 376-394.
- Wilson, C. K., West, L., Stepleman, L., Villarosa, M., Ange, B., Decker, M., & Waller, J. L. (2014). Attitudes Toward LGBT Patients Among Students in the Health Professions: Influence of Demographics and Discipline. *LGBT Health*, 1(3), 204–210.
- Young, R. M. & Meyer, I. H. (2005) The Trouble With “MSM” and “WSW”: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health* 95(7),1144-1149.
- Yut-Lin, W. (2009) Gender Competencies in the Medical Curriculum: Addressing Gender Bias in Medicine. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 21(4): 359-376.



ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTA

¿Un sistema de salud inclusivo?: experiencias de jóvenes no-heterosexuales en la atención en salud en Santiago de Chile

CONSIDERACIONES INICIALES

Buenos días/tardes, mi nombre es Cristián Valenzuela y estoy realizando mi investigación de tesis de magister sobre la experiencia de jóvenes no-heterosexuales en la atención en salud en Santiago de Chile. En primer lugar, me gustaría agradecerte por haber aceptado participar de esta entrevista, por tu tiempo y por compartir conmigo su experiencia y punto de vista.

Te recuerdo que esta entrevista no tiene respuestas correctas o incorrectas. Lo único importante es conocer tu experiencia y perspectiva en torno a los temas que vamos a conversar. A modo de registrar la conversación, la entrevista será grabada. Sin embargo, como aparece en el consentimiento informado, toda la información que salga de esta conversación será completamente confidencial, anónima y usada únicamente para fines investigativos. Esta entrevista durará aproximadamente una hora y, en caso de así desearlo, puedes finalizarla en cualquier momento que estimes conveniente.

GUÍA DE PREGUNTAS

Presentación

¿En pocas palabras, cómo te presentarías? ¿Cuántos años tienes? ¿A qué te dedicas? ¿En qué parte de Santiago vives y por qué zonas transitas generalmente?

Experiencia personal en torno a sexualidad

¿Cómo te identificas en términos de orientación sexual y desde qué edad te identificas así? ¿Tienes o has tenido pareja estable? ¿Has tenido experiencias sexuales y/o afectivas con personas de uno o ambos sexo? ¿A qué edad comenzaste a tener experiencias sexuales y/o afectivas con personas de tu mismo sexo?

En términos generales, ¿Cómo ha sido tu experiencia de compartir tu orientación sexual con las personas que te rodean? ¿En qué contextos ha sido más fácil y en qué contextos ha sido más difícil?

Experiencia general en atención en salud

En términos generales ¿Por qué motivos has recurrido a servicios de salud³⁰ en los últimos años? (¿Con qué frecuencia vas al médico? ¿Cuáles son tus criterios para decidir recurrir o no a un servicio de salud formal? ¿Acudes a atención en salud de manera preventiva?

¿Qué seguro de salud tienes y desde cuándo estás en él? ¿Cuáles has tenido previamente? ¿Cuáles son los centros de atención en salud que acudes regularmente? ¿Cómo eliges a qué lugar ir y/o con qué profesional atenderte? (¿Hay lugares/doctores a los que no irías? ¿Por qué?)

En general, ¿cómo ha sido o cómo describirías tu experiencia en los distintos servicios de salud? (¿Cuáles son las facilidades o dificultades que enfrentas?) ¿Cómo caracterizarías interacción con profesionales de la salud? ¿Qué experiencias memorables has tenido en tu relación con profesionales de la salud, ya sean enfermero/as, doctores, etc?³¹

³⁰ Especificar que se consideran los servicios de salud en su sentido amplio (atención en salud primaria y/o especialista, como también toma de exámenes)

³¹ Ante la no mención de ninguna de las siguientes áreas, preguntar específicamente respecto a la atención en salud sexual; salud mental; donación de sangre.

Orientación sexual y atención en salud

¿De qué manera crees que influye el ser gay/lesbiana (*el no ser heterosexual*) al momento de atenderse en el sistema de salud? ¿Cómo crees que es la experiencia en atención en salud para personas gays, lesbianas y no-heterosexuales en Chile? Crees que hay temas de salud que son de particular relevancia para personas homosexuales, por ejemplo? ¿(Creas que hay necesidades o dificultades particulares que enfrentan al ir a servicios de salud que heterosexuales no enfrentan?)

Por lo general, ¿en qué ocasiones has revelado tu orientación sexual en servicios de salud? ¿O hablaste sobre prácticas sexuales de personas de tu mismo sexo? ¿Con cuáles profesionales de la salud lo has conversado y cómo ha sido? (*¿Te han preguntado alguna vez directamente por tu orientación sexual? ¿y sobre tus prácticas sexuales?*) ¿Consideras importante revelar la orientación sexual las consultas de salud? ¿Por qué? ¿De qué depende? ¿De qué depende y quién deberá manifestarlo? (*¿te ha tocado escuchar a profesionales de la salud referirse a temas de homosexualidad?*). En tu interacción con profesionales de la salud, ¿has tenido instancias en que se refieran a ti como heterosexual o que asuman tu heterosexualidad? ¿Cómo reaccionas ante eso?

En alguna de tus visitas a servicios de salud, ¿Has sentido que te traten diferente por motivo de tu orientación sexual? (*ya sea en la recepción, en toma de exámenes, en la interacción con enfermeras/os, doctores, etc.*) ¿Y a raíz de alguna otra característica personal? ¿Conoces experiencias de discriminación de otras personas por motivo de su orientación sexual en espacios de atención en salud?

¿Has acudido a algún servicio de salud acompañado de tu pareja, o has acompañado a tu pareja a algún servicio de salud? ¿Cómo fue esa experiencia? ¿En alguna ocasión se presentaron como pareja ante los profesionales del lugar?

Sexualidad y atención en salud

En tu experiencia personal, ¿Has recurrido alguna vez a servicios de salud por temas asociados a tu sexualidad? (*¿a tu salud sexual y/o reproductiva?*) ¿Cómo ha sido tu experiencia de hablar sobre temas de sexualidad con profesionales de la salud? ¿Han habido temas difíciles de conversar con médicos, enfermeros u otros profesionales del mundo de la salud? (*¿Hay temas que te ha dado vergüenza o has evitado conversar? ¿Hay temas que han generado malas reacciones por parte de los profesionales de la salud? ¿Hay temas que esperabas que fuesen difíciles pero que tuviste una buena experiencia?*)

¿Cómo ha sido hablar de temas de enfermedades de transmisión sexual en los espacios de atención en salud? (*¿Y sobre técnicas de anticoncepción?*) Cuando los has conversado con profesionales de la salud, ¿quién pone el tema sobre la mesa? ¿Cómo han sido tus experiencias en la toma de exámenes de enfermedades de transmisión sexual?

¿Qué opinas respecto al tema de la confidencialidad en la interacción con médicos y otros profesionales de la salud? ¿Es un tema que te ha preocupado previamente?

*** Para mujeres lesbianas:** En particular, ¿cómo ha sido tu experiencia en atención ginecológica? ¿Alguna vez has conversado sobre sexo entre mujeres en el marco de una consulta de ginecología? ¿Cómo ha sido esa experiencia? (*¿y en el marco de conversaciones sobre métodos anticonceptivos y/o el Papanicolaou?*)

Elementos de inclusión en la atención en salud

¿Crees que los espacios de atención en salud en Chile son adecuados para la atención de personas gays y lesbianas y no-heterosexuales? ¿Crees que los profesionales de la salud están capacitados/sensibilizados para hablar sobre temas de salud que enfrentan personas no heterosexuales?

¿Qué cosas generan mayor confianza o facilidad para hablar de temas de sexualidad y con profesionales de salud? Asimismo, ¿qué elementos facilitan el acudir a servicios de salud con una pareja del mismo sexo?

¿Qué elementos se te ocurren que podrían mejorar la experiencia de personas homosexuales en la atención en salud en Chile? ¿Crees que es un tema relevante? (*en cualquier espacio, desde el momento que se entra a un servicio en salud, hasta una toma de exámenes y/o en la interacción con médicos*)



ANEXO 2: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido seleccionado/a para participar de la investigación *¿Un sistema de salud inclusivo?: experiencias de jóvenes no-heterosexuales en la atención en salud en Santiago de Chile*, conducida por **Cristián Valenzuela Méndez** (sociólogo de la Universidad Católica y estudiante del Magister en Estudios de Género y Cultura de la Facultad de Cs. Sociales de la Universidad de Chile), en el marco de la realización de su tesis de posgrado. El estudio se desarrollará durante el año 2016, en Santiago de Chile. Este documento tiene el propósito de entregar toda la información necesaria para contar con una participación informada respecto al proyecto de investigación.

El objetivo de investigación consiste en conocer la experiencia vivida por hombres y mujeres no-heterosexuales de entre 18 y 25 años en la atención en salud en Santiago de Chile. Su participación para el estudio consiste en una breve encuesta de información sociodemográfica y en una entrevista en profundidad, en la cual pueda compartir su perspectiva y experiencia personal en torno a la atención en salud en nuestro país, en particular sobre su interacción con profesionales de salud, y al trato de temas de trato, confidencialidad, género, sexualidad, discriminación y/o inclusión, entre otros.

La entrevista se realizará en un lugar y hora a convenir con el investigador. Su duración será de aproximadamente 60 minutos. La entrevista será grabada mediante grabadora de voz. Posteriormente será transcrita a una computadora, a modo de facilitar el proceso de análisis. Durante la entrevista usted puede hacer preguntas, realizar intervenciones y no responder alguna pregunta si así lo desea. Usted tiene el derecho de finalizar la entrevista en cualquier momento si usted lo estima conveniente, con total libertad y sin ningún riesgo de perjuicio o menoscabo de su persona.

Su participación en este estudio contribuye al desarrollo del conocimiento científico social nacional y puede aportar a visibilizar nuevas aristas respecto a la atención en salud y la diversidad sexual en Chile. Los resultados de la investigación únicamente serán usados con fines académicos e investigativos. Si usted lo desea, podrá conocer los resultados de ésta contactando al investigador de la misma. Su nombre y todo lo que usted diga en esta

entrevista es completamente confidencial. Esto significa que al ser transcrita la entrevista, su nombre real podrá ser cambiado por un pseudónimo y su información personal se mantendrá anónima. Si se utilizara alguna cita de algún/a participante, estas serán asociadas a un número de participante o a un pseudónimo a modo de mantener el anonimato.

En caso de que resultase relevante para el estudio poder referir la fuente de su entrevista, se le solicitará autorización expresa mediante un consentimiento escrito semejante a este, frente al que Ud. también podrá acceder o denegar según estime conveniente.

Mediante este documento usted certifica que es mayor de 18 años, que su participación en este estudio es voluntaria y que no involucra compensación económica. Asimismo, mediante el presente, usted declara haber sido informado sobre las condiciones y derechos de su participación en este estudio, y manifiesta su acuerdo en participar de él.

Una copia de esta carta de consentimiento quedará para usted y la otra copia para el investigador a cargo del estudio. Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, o alguna consulta sobre sus derechos como participante en este estudio, puede contactar a Cristián Valenzuela Méndez al teléfono +56997831817 o al correo electrónico cvalenzu@uc.cl.

Nombre participante:

Firma participante:

Nombre investigador:

Firma investigador:

Fecha: / /