

## Todavía un Tabú... “Conocimientos y Practicas en la Atención de Salud a la Población LGTBI”

Ainda um Tabu... “Conhecimentos e Práticas na Atenção à Saúde Para a População LGTBI”

It Continues to be a Taboo... “Knowledge and Practices of the Health Team Regarding the Attention Towards the LGBTI Population”

Elizabeth Cabrera Zapata<sup>1</sup>; Olga Lucia Cortes Salinas<sup>2</sup>; Iván Enrique Pérez Galeano<sup>3</sup>; Bruna Saldanha<sup>4</sup>; Adriana Lemos<sup>5</sup>; Daniel Gonzalo Eslava<sup>6</sup>

### Cómo citar este artículo:

Zapata EC, Salinas OC, Galeano IEP, et al. Todavía un Tabú... “Conocimientos y Practicas en la Atención de Salud a la Población LGTBI”. Rev Fund Care Online. 2019. abr./jun.; 11(3):836-842. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.836-842>

### ABSTRACT

**Objective:** To identify which are the knowledge and practices of the health team on LGTBI population care. **Method:** qualitative, descriptive study, developed in the first semester of 2017 with members of the health team of a hospital in Cundinamarca, Colombia. After having carried out 16 semi-structured interviews, the saturation criteria have been reached. **Results:** The access and use of health services from LGTBI population can be limited by stigmatization behaviors that, in turn, provoke dehumanization and discrimination; hence, there is the challenge of health care models with differential approach that propitiate respect and trust instead of exclusion and critics. **Conclusion:** it is evident that discrimination mediates health care. The health team reports that it is still a taboo to provide health care to this group of persons; it highlights the gaps in knowledge derived from the weak training processes that may lead to a lack of quality and humanization on health care.

**Descriptors:** Sexual Minorities, Public Health, Taboo, Knowledge and Practices on Health Care.

- <sup>1</sup> Enfermera candidata a Magister en Salud Publica y Desarrollo Social de La Fundación Universitaria del Área Andina. Especialista en Salud Ocupacional y Auditoria de Instituciones de Salud.
- <sup>2</sup> Enfermera candidata a Magister en Salud Publica y Desarrollo Social de La Fundación Universitaria del Área Andina. Especialista en Enfermería Cardiorespiratoria, Auditoria y Gerencia de Instituciones de Salud. Correo electrónico: olgalu400@hotmail.com.
- <sup>3</sup> Enfermero candidato a Magister en Salud Publica y Desarrollo Social de La Fundación Universitaria del Área Andina. Especialista en Gerencia y Auditoria de servicios de Salud.
- <sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro. RN. MsC.
- <sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro
- <sup>6</sup> PhD. Director del programa de Maestría y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar cuáles son los conocimientos y prácticas del equipo de salud en la atención a la población LGTBI. **Método:** estudio cualitativo descriptivo, desarrollado en el primer semestre del año 2017 con profesionales de salud de un hospital de Colombia. Llevado a cabo 16 entrevistas semiestructurada, se cumplió con el criterio de saturación.

**Resultados:** El acceso y utilización de los servicios de salud de estas personas se pueden limitar por conductas de estigmatización que a su vez provocan deshumanización y discriminación; de ahí surge el desafío de modelos de atención con enfoque diferencial que propicien respeto, confianza en lugar de la exclusión y crítica. **Conclusión:** la atención en salud esta mediada por la discriminación, visibilizando los vacíos en conocimientos que son derivados de procesos de formación y que pueden conllevar a falta de calidad y humanización en la atención en salud.

**Descriptor:** Minorías Sexuales, Salud Pública, Tabú, Conocimientos y Prácticas en Salud.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar quais são os conhecimentos e práticas da equipe de saúde na atenção à população LGTBI. **Método:** estudo qualitativo descritivo, desenvolvido no primeiro semestre do ano 2017 com profissionais de saúde de um hospital de Cundinamarca de Colômbia. Realizadas 16 entrevistas semiestructurada, foi cumprido o critério de saturação. **Resultados:** O acesso e a utilização dos serviços de saúde dessas pessoas podem se limitar por condutas de estigmatização que, por sua vez, provocam desumanização e discriminação; daí surge o desafio de modelos de atenção com foco diferencial que propiciem respeito e confiança, em lugar de exclusão e crítica. **Conclusão:** a atenção à saúde está mediada pela discriminação. A equipe de saúde relata que ainda é um tabu prestar atenção à saúde deste grupo de pessoas; isto ressalta as lacunas no conhecimento, derivadas de processos de formação e que podem acarretar a falta de qualidade e humanização na atenção à saúde.

**Descriptor:** Minorias Sexuais, Saúde Pública, Tabu, Conhecimentos e Práticas em Saúde.

## INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas ha señalado que la población mundial de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales(LGBTI) puede representar hasta 10% del total de habitantes del planeta, si esa proporción se mantiene para Colombia, la población LGBTI podría ser hoy superior a 4,9 millones de personas<sup>1</sup>; Lo que anteriormente se consideraba una población minoritaria es ahora un grupo que cada día toma más fuerza y ha generado la conformación nuevos espacios para que personas como lesbianas, gays, bisexuales, los transgeneristas, transformistas e intersexuales de muchas ciudades del mundo se organicen colectivamente como movimiento social LGBTI, con una serie de demandas que tienen que ver ante todo con el reconocimiento de sus derechos en el campo de lo social, lo político, lo cultural, lo jurídico, lo económico y dentro de los sistemas de salud.<sup>2</sup>

La atención en salud debe ser integral abarcando a todas las personas independientemente de su propia narrativa de genero e identidad sexual. La diversidad

debe ser transversal a la propia práctica profesional y no un tema que ocasionalmente se toca, es importante que las y los profesionales de la salud reflexionen sobre sus creencias y prejuicios, por lo anterior describir como son los conocimientos y prácticas del equipo de salud en la atención a la población LGTBI, puede mostrar las dificultades a las que muchas veces se enfrenta el equipo de salud en el abordaje a esta población, esto debido a la carencia de conocimientos, por temor, sorpresa, enojo o por el simple tabú que implica la propia sexualidad en nuestra cultura.<sup>3</sup> Existe información que evidencia que muchas personas con orientación sexual minoritaria presentan retrasos en la atención o reciben cuidados inapropiados por su percepción de homofobia en el sistema de salud. En un estudio realizado por el Sistema de Salud Canadiense de 2003 a 2005, reporta que comparada con la población heterosexual, la población LGTBI tiene menor probabilidad (aproximadamente 50%) de reconocer a un profesional de salud que brinde un trato integral, ya que existe mayor percepción de insatisfacción al no encontrar respuestas a sus problemas de salud y menor tasa de realización de rastreo de cáncer de cérvix en los últimos tres años(64% en la población lesbiana vs. 77% en las mujeres heterosexuales).<sup>4</sup>

La Alcaldía Mayor de Bogotá en el año 2010, aplicó una encuesta a 1213 personas del sector LGBT de Bogotá 2010, frente al derecho de la salud y acceso a la misma, encontrando que el 83% de los y las transgeneristas refirieron discriminación en el derecho de la salud, quienes en menor proporción perciben y presentan discriminación al derecho de salud son los y las bisexuales (53.24% y 7.29% respectivamente). Los gays son quienes mayor acceso a la salud presentan (93%) y los/las transgeneristas son los que en menor proporción acceden a ellos (82.46%). Las respuestas son estadísticamente diferentes para gays, bisexuales y transgeneristas. Con respecto a la atención médica, quienes en mayor medida no la recibieron cuando la requerían son las personas transgeneristas (43.84%).<sup>5</sup> Teniendo en cuenta lo anterior, es un grupo importante de personas que sienten la existencia de discriminación, desigualdad y brechas en la atención en salud, lo cual visibiliza la necesidad de comprender cuáles son los conocimientos y prácticas del equipo de salud hacia la población LGTBI, considerando el gran impacto que tiene en la salud pública, ya que como lo indica Carissa Etienne:

*Pocos sistemas de información sanitaria tienen en cuenta variables como la orientación sexual o la identidad de género, lo que hace que las personas LGTBI sean invisibles en los sistemas de salud, con graves consecuencias para la salud individual y pública, ya que las personas LGTBI experimentan peores disparidades y resultados de salud que las heterosexuales, presentan mayores tasas de infección por VIH, depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, suicidio o ideas de suicidio por*

*estrés crónico, aislamiento social, y desconexión de una serie de servicios de salud y apoyo.*

Consultando diferentes fuentes de información de entidades oficiales como el Ministerio de Educación Nacional y la Alcaldía de Bogotá se encuentra que la carencia de información sobre la población LGTBI en cuanto a los servicios de salud y los factores como la discriminación y la falta de acceso a los servicios en salud es una constante, sin embargo, desde el 2014 se ha apuntado a realizar procesos de atención a la diversidad sexual por parte de la alcaldía de Bogotá.

Según informes del centro de Diversidad Sexual de la Secretaría Distrital de Planeación, más del 50% de las personas LGBTI habían sido discriminadas en el derecho a la salud, la población transgenerista fue la que más discriminada se sintió y la que menos tenía acceso a salud, entre las barreras que afectan el acceso a la salud de la población LGBTI se encontraban la falta de información por parte del personal médico y administrativo, el desconocimiento del enfoque diferencial en la atención, la falta de investigación sobre temas que afectan a esta población, la discriminación y la presunción de la heterosexualidad de todas las personas. Para el año 2014 se creó el Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Género cuenta con la participación coordinada de las secretarías de Educación, Salud, Gobierno, Mujer, Integración Social, Planeación, Desarrollo Económico y Cultura, el cual tenía como objetivo ayudar a personas que han sido vulneradas y maltratadas psicológica, sexual y físicamente, por medio de acompañamiento psicológico y capacitación en temas de salud y educación.<sup>6</sup>

Por lo tanto, el entendimiento de los conocimientos y prácticas del equipo de salud es el primer paso para la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan subjetividades diversas, y que puedan integrar el trabajo de acompañamiento, reconocimiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas de la población LGTBI, es fundamental el nuevo enfoque de los equipos de salud desde su formación académica, orientados en la atención diferencial reconociendo los derechos de todas las personas.

## MÉTODOS

Se realizó un abordaje etnográfico, el cual permitió analizar e interpretar la información brindada por el equipo de salud, tanto la verbal como no verbal, para comprender lo que hacen, dicen y piensan entorno a la atención de las personas LGTBI. Este estudio es una investigación de tipo cualitativa<sup>7</sup>; se llevó a cabo en el primer semestre del año 2017 a miembros del equipo de salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S) del Departamento de Cundinamarca de Colombia. Al haber realizado 16 entrevistas, se cumplió con el criterio de saturación, es decir que se habían escuchado cierta diversidad de ideas

y con las realizadas adicionalmente no aparecían otros elementos.<sup>8</sup>

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas confidenciales, se aplicaron a ocho técnicos y ocho profesionales, fueron grabadas en sistema de audio previo consentimiento informado y posteriormente fueron transcritas para su análisis, contenían preguntas abiertas que indagaban conocimientos y prácticas del equipo de salud, como: concepto de LGTBI, legislación en salud, proyectos dirigidos a esta comunidad, definición de identidad de género y orientación sexual, respecto a las prácticas se preguntó cómo se brinda la atención a este grupo de personas, que hacen cuando tienen dudas acerca de la orientación sexual del paciente.

Posteriormente se realizó el proceso de codificación en el cual se agrupó la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos durante el proceso de investigación<sup>9,10,11,12</sup> como lo son conocimientos y prácticas del equipo de salud tanto profesionales como técnicos; para el análisis de la información se elaboró una matriz de datos en la cual se plasmaron las declaraciones de los entrevistados, descubriendo de esta manera la unidades de sentido que se develan a través de la lectura tanto del discurso individual como colectivo de los participantes.

## RESULTADOS E DISCUSIÓN

El entorno homofóbico (rechazo a las personas LGTBI) afecta la salud, causando el “estrés de minorías sexuales”; esta situación se complejiza al evidenciar ciertas actitudes del equipo de salud hacia las personas LGTBI; ya que demuestran poca comprensión y sensibilidad lo que con frecuencia resulta en una atención de menor calidad.

Una de las mayores barreras en el acceso a los servicios de salud y por consiguiente a una atención oportuna y de calidad de las personas de la población LGTBI, es la falta de reconocimiento por parte de los integrantes del equipo de salud de la existencia de diversas maneras de expresar, transitar e identificarse con los géneros, así como las múltiples formas de comprender y experimentar sexualidades<sup>3</sup>; lo cual impide lograr en muchas oportunidades un diagnóstico acertado para entender una enfermedad, lograr adherencia al tratamiento y brindar educación en salud de una manera apropiada.

Dentro de los profesionales entrevistados en el equipo de salud se encontraban dos médicos, dos enfermeras, una odontóloga, dos bacteriólogas y una funcionaria administrativa; dentro del personal técnico entrevistado estaban tres auxiliares de laboratorio, tres auxiliares de enfermería, una auxiliar administrativa, una auxiliar de servicios de salud. De las 16 personas entrevistadas 15 eran mujeres. Los rangos de edad están comprendidos entre los 23 y 56 años; en su mayoría de orientación religiosa católica, con un nivel de experiencia laboral entre 2 y 32 años (Tabla 1).

**Tabla I** - Matriz de Caracterización

Edad	Ocupación	Orientación Religiosa	Tiempo de experiencia (en años)	Nivel de formación (clasificación)	Estado Civil
32	Enfermera	Católica	32	Profesional	Soltera
35	Médico General	Católica	6	Profesional	Casada
26	Odentóloga	Agnóstica	26	Profesional	Unión Libre
23	Bacterióloga	Cristiana	23	Profesional	Soltera
56	Bacterióloga	Católica	20	Profesional	Casada
28	Auxiliar Administrativa	Católica	10	Profesional	Unión Libre
24	Enfermera	Católica	2	Profesional	Casada
49	Médico familiar clínico	Judio Ortodoxo	21	Profesional	Casado
38	Auxiliar de enfermería	Católica	14	Técnico	Casada
47	Auxiliar de enfermería	Católica	25	Técnico	Casada
38	Auxiliar de enfermería	Católica	16	Técnico	Casada
31	Auxiliar de laboratorio Clínico	Católica	3	Técnico	Soltera
29	Asignación de Citas	Católica	15	Técnico	Soltera
25	Auxiliar de laboratorio Clínico	Católica	7	Técnico	Soltera
43	Auxiliar de laboratorio Clínico	Católica	15	Técnico	Soltera
36	Servicios Generales	Católica	4	Técnico	Soltera

**Tabla I:** Matriz de Caracterización

**Fuente:** Creación Propia lo que saben los funcionarios

El *conocimiento* es un conjunto de información almacenada por medio de la experiencia (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). Dentro de los datos recolectados todos los miembros del equipo de salud interactuaron dentro de su labor con personas de la comunidad LGTBI, refirieron que *Personas que no son, que tienen una inclinación sexual diferente a la heterosexual serían lesbianas, homosexuales, bisexuales; ¡Que conozco!, ellos están utilizando la manera de tener relaciones sexuales muy, muy directa y son muy muy susceptibles a que se contagien por su, por su escogencia, por el sexo.*

Respecto a la legislación en salud el concepto emitido por un número significativo de entrevistados, realizan una asociación con adopción entre parejas gays y matrimonio entre parejas del mismo sexo ninguna persona realizó algún tipo de referencia a la atención diferencial en salud:

*Lo de que los aceptaran si se podían casar y de pronto adoptar hijos es lo que ¡creo que pueden hacer!*

En Colombia en el 2011 la Corte Constitucional reconoció, por primera vez, que quienes mantenían relaciones sentimentales con personas de su mismo sexo podrían tener vocación de conformar un núcleo familiar. En el 2012 mediante la sentencia T-276/12, se aprobó adopción a padres homosexuales.

La gran mayoría de conocimientos respecto a las personas LGTBI, los entrevistados refieren que los obtuvieron de los medios de comunicación y que en sus procesos de formación no se contempló:

*De pronto pues por los medios de comunicación, la televisión que hacen comentarios no a fondo pero si uno si tiene medio el tema incluido.*

Se realizó una revisión al pensum académico de siete instituciones de educación en salud en Bogotá y en ninguna

se evidencio la inclusión dentro del proceso de formación atención diferencial a la población LGTBI.

### Lo que hacen los funcionarios en la atención en salud

La *práctica* es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, respecto a la orientación sexual, cabe resaltar que los profesionales de salud consideran dentro de la ejecución de sus actividades con regularidad se le indaga al paciente y que es fundamental durante la anamnesis para realizar actividades de promoción y prevención; mientras que los técnicos consideran que solo lo preguntan si es estrictamente necesario y muchas veces evitan realizarlo porque esta población lo puede tomar como “una falta de respeto” y que muchas veces sienten “vergüenza” de preguntar acerca de la orientación sexual de los pacientes.

**Respuesta de Profesional de la Salud:** *¿Qué hago yo en la parte medica?, bueno como te digo siempre le toca a uno indagar, porque la parte médica, no tiene que... que sacar la información completa para poder hacer bien un diagnóstico para poder ayudar al paciente, entonces en ese caso, toca decirle – ¡Oye, mira yo necesito saber tu condición sexual pues porque ósea si eso tiene que ver con el cuadro que está presentando en ese momento es netamente importante saberlo!0*

**Respuesta del Técnico de Salud:** *Pues a uno le da como pena preguntale – ¡ Oye tu eres si?, pero de pronto uno se detallaría uno ya le miraría la cara, ya tocaría que se vistiera muy muy bien ósea que no se les viera sus facciones, la carita porque de todas maneras, son personas que por más que la cara se les nota que son hombres ¡sí? y de preguntarle no porque eso ya sería ¡Falta de respeto para decirle!- ¡Oye es que tú eres así como esto? No. no le preguntaría.*

Para algunos entrevistados, la religión está ligada a la concepción de normalidad tan solo de las personas heterosexuales: *Emm, yo no tengo nada en contra de eso si, cada persona puede elegir libremente su vida sexual su orientación sexual, pero pues ¡de hay! a que la comparta o que la acepto, no no lo acepto. Vengo de una familia católica que tiene muy clara, como esa parte de que Dios hizo al hombre y a la mujer para que procreáramos. No a papá y papá o mamá y mama entonces, eee no lo acepto.(Auxiliar de enfermería)*

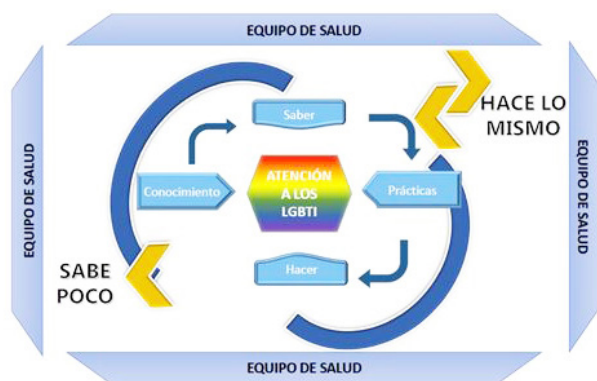
La mayoría de los entrevistados tuvieron interacción con personas de la población LGTBI y manifiestan tener un trato “normal” con ellos y no sentir ninguna incomodidad en la atención que prestan, se observa como que en sus alocuciones existen comentarios con algún tipo de prejuicios en especial prejuicios desde el punto de vista de las creencias religiosas de los integrantes del equipo de salud como: *Normal, normal yo los veo exactamente iguales a cualquier otra persona, me cuenta sus cosas hasta consejo les podría dar pero pues realmente, eee tengo una hija y ¡no!, y le hablo muy claro sobre esas cosas. Vuelvo y repito soy católica mi familia es muy católica y, y nos inculcaron muchísimo eso entonces, yo trato de que mi hija aprenda lo mismo que yo he aprendido respetando*

siempre a los demás, porque pues porque mi hija los avisto en centros comerciales y le digo que lo más común del mundo, y que hasta amigos y conocidos tenemos pero ya hay a que yo lo acepte no lo aceptaría. (Auxiliar de Enfermería); Pues considero que en cuanto a la atención en salud, no se tiene como la exclusión o la inclusión porque como la persona llega sin decir su orientación simplemente para uno atender a la persona se refiere al nombre y a la persona y sus exámenes que trae, que trae pues la persona ya como con anterioridad pero uno no pregunta - ¿Qué orientación sexual tienes? o ellos no llegan diciendo soy de la comunidad soy gay soy lesbiana nada.

La mayoría de los entrevistados coinciden en que desde su experiencia una de las recomendaciones que harían al sistema de salud para mejorar la atención de la comunidad LGTBI es preparar más al personal, sobre todo al personal asistencial, además de generar procesos y espacios en los cuales se sensibilice y se prepare al equipo de salud en temas de políticas de atención a la población LGTBI y atención diferencial en salud a esta población, para así eliminar las posibles barreras que se presentan en el acceso por inasistencia a los servicios de salud por parte de la población LGTBI debido a que se sienten discriminados y les permitirá brindar las adecuadas rutas y protocolos de atención.

El describir los conocimientos y prácticas del equipo de salud a la población LGTBI, permitió analizar comportamientos que se “deberían” saber y prácticas que se “deberían” realizar, entendiendo porque la gente hace lo que hace, en el estudio realizado se reflejó la tendencia a continuar con procesos tradicionales, en los cuales se sabe poco y por consiguiente se hace lo mismo.

Figura 1. Esquema Comprensivo



### SABERES Y HACERES DEL EQUIPO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DIFERENCIAL

Fuente: Creación Propia

Se refleja la tendencia a continuar con procesos tradicionales, en los cuales se sabe poco y por consiguiente se hace lo mismo

Respecto a los **conocimientos** existe una divergencia ya que los entrevistados conocen la definición operativa del término LGTBI, pero cuando se indaga acerca de orientación sexual e identidad de género solo una persona tuvo claro el concepto, con una marcada tendencia errónea a considerar

que es si me siento mujer me expreso como mujer, y si me siento hombre me expreso como hombre, pero todos coincidieron en que el trato que se da al paciente es más importante que la cuestión administrativa de nombrarlo, por lo cual lo tratan de acuerdo al género que es percibido y le preguntan el nombre de su elección. En comparación en un estudio similar realizado en Argentina en la mayoría de las entrevistas realizadas, aparecen como relevantes las dificultades y/o conflictos que se generan en relación a cómo deberían ser nombradas las travestis por el profesional. Coinciden en que el nombre “legal” o “real” es el que figura en el documento, y es el que se escribe en la historia clínica, no obstante, al igual que en el caso colombiano el trato al paciente prevalece sobre las cuestiones administrativas. En Argentina existe una resolución la cual hace referencia a que Todas las dependencias de salud de ese Ministerio deberán bajo toda circunstancia respetar la identidad de género adoptada o autopercibida de quienes concurran a ser asistidos.<sup>13</sup>

Para el 2017 y a pesar que existe una política de atención diferencial el panorama no es muy diferente a lo vivido en el 2013, ya que se evidencia que existe un desconocimiento de la política de atención diferencial para la gran mayoría del equipo de salud; además que llama la atención que la mayor parte de conocimientos respecto a la población LGTBI, los han adquirido de los medios de comunicación y no desde los procesos de formación, ya sea desde el enfoque técnico o profesional, lo cual está repercutiendo en la falta de conocimientos sólidos acerca de la atención en esta población mostrando la misma carencia de información que existía años atrás por parte del personal médico y administrativo, lo cual aumenta el estigma, la discriminación y tiene repercusiones en aumento de la carga de enfermedad.

En Colombia a diferencia de países como Argentina, no existe una guía estructurada para la atención en salud para la población LGTBI dirigida al personal de salud que incluye desde la persona de admisiones, pasando por auxiliares, enfermeras y médicos; en la cual se brinden herramientas para poder dar solución a los principales problemas de salud que los aquejan; hoy en día existen muchas guías de manejo para diversas patologías y/o personas, que incluyen diagramas y flujogramas, lo cual sería de gran importancia y utilidad para que los vacíos existentes en conocimientos se afirmen y se deje la estigmatización y discriminación hacia esta población.

Según Terrasa : *El profesional de la salud que atiende una persona perteneciente a la población LGTBI puede sentirse incómodo al atenderla y/o puede sentir que no está capacitado para responder a alguna de sus inquietudes y/o para dar algún consejo de salud*<sup>14</sup>; este argumento entra en contraposición con lo encontrado en este estudio, ya que los entrevistados manifiestan que si pudieran participar en algún proyecto dirigido a esta población les interesaría que estuviera enfocado a la orientación en actividades en promoción y prevención, en especial en los jóvenes, ya que se evidencia que las personas de esta población acuden a los servicios de

salud cuando ya se presenta algún tipo de enfermedad que muchas veces es adquirida por desconocimiento al verse expuestos a situaciones de riesgo y como en la mayoría de los casos los miembros de esta población se sienten vulnerables debido a su orientación se refugian en el alcohol y las drogas, lo cual puede aumentar el riesgo de enfermedades. En Estados Unidos según el informe las necesidades de las personas LGBT en los Centros de Salud, se encontró que al igual que en Colombia las personas de la población LGBTI tienen necesidades e inquietudes específicas de atención médica. Estas incluyen tasas más altas de depresión, suicidio, falta de hogar, abuso de drogas, tabaquismo, infección por VIH, hepatitis B y otras enfermedades de transmisión sexual.<sup>15</sup> Además, en temas de salud el estrés a causa de la discriminación y el estigma los lleva al suicidio o a abusar de sustancias alucinógenas o el alcohol, debido a que es su única forma de lidiar con todo esto.

Respecto a las *prácticas* donde se indaga acerca de si tiene dudas acerca de la orientación sexual, nuestros entrevistados técnicos referían que no lo preguntaban por vergüenza, los profesionales que lo hacían dentro de su rutina, contrasta con lo referido por Terrasa<sup>14</sup> donde los estudiantes y profesionales consideran que no habría que indagar sobre la orientación sexual de las personas y solo se debería realizar énfasis en conductas objetivas de riesgo con el fin de recomendar prácticas preventivas de enfermedades de transmisión sexual, etc; Así mismo<sup>4</sup> más del 90% de las personas de la población LGBTI desean poder compartir su orientación sexual con el equipo de salud que brinda asistencia, refieren que la posibilidad de conversar los hace sentir más cómodos durante la entrevista, aumenta la percepción de un cuidado cálido e integral. Se afirma<sup>16</sup> que solo entre el 9% y el 30% de los profesionales indaga a sus pacientes sobre la orientación sexual y de los que lo hacen, solo el 13% utiliza preguntas abiertas.

Es evidente que los valores, creencias y concepciones religiosas de los prestadores de salud están muy presentes al momento de la atención a los pacientes en general, además que los estereotipos basados en la constitución de los sexos masculinos y femeninos y lo que la sociedad asigna o acepta como normal o natural<sup>3</sup> se han convertido en las principales barreras en la salud de la población LGBTI esto no solo se evidenció en este estudio sino también en el manual elaborado por el ministerio de salud pública de la República de Ecuador en donde también se evidencio que los servicios de salud deben brindar orientación psicológica sensible a la sexualidad a las personas LGBTI a través de su personal, la cual debe ir orientada a dar soporte a esta población con el fin de apoyar el proceso de consolidación de la identidad sexual y de género para fortalecer relaciones con el entorno social.<sup>3</sup>

## CONCLUSION

Dentro de nuestro estudio fue evidente encontrar que existe una falta de capacitación al equipo de salud que permita reflexionar sobre la diversidad sexual, los paradigmas, la vulnerabilidad y las necesidades de atención en los servicios de salud de esta población. En Argentina las

capacitaciones están dirigidas al servicio de salud desde la perspectiva de género y el respeto a la diversidad sexual, las cuales surgieron por motivación y necesidad de los equipos de salud debido a la creciente demanda de personas trans que al acceder a sus servicios cuestionaban las prácticas limitadas y discriminatorias<sup>13</sup> todo con el fin de disminuir el estigma, la discriminación y así poder ofertar servicios más adecuados a las necesidades de la población LGBTI.

La estigmatización y la discriminación por parte del equipo de salud puede representar un problema de Salud Pública, ya que las personas de la comunidad LGBTI, prefieren no asistir a los servicios de salud, lo cual puede aumentar la carga de enfermedad tanto fisiológica como mental de un individuo conllevando a aumento de costos al Sistema General de Seguridad Social en Salud y muchas veces dejando secuelas transitorias o incapacidad permanente.

Dentro de las personas que pertenece a la población LGBTI, cabe resaltar que las personas transgénero fueron las que más refirieron discriminación en el derecho de la salud, lo cual genera oportunidades de capacitación específica al equipo de salud para brindar una atención integral y con enfoque diferencial, sin dejar de lado la humanización y comprensión de necesidades en salud que presenta esta comunidad para que deje de ser un tabú su atención en las instituciones de salud.

## REFERENCIAS

1. Colombia Diversa. Provision de Servicios Informativos de Salud para personas LGTB(lesbianas, Gay, Bisexuales y Transgeneristas). Bogotá; 2010.
2. Gamez CA. Logros y Desafíos del movimiento LGTB de Bogotá para el Reconocimiento de sus derechos- Una irada desde la Accion Colectiva las estructuras y la oportunidad y politica cultural; 2008.
3. Ministerio de Salud Publica Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Quito; 2016.
4. M. T. Healthcare use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Component of Statistics Canada Catalogue [Online]; 2008 [cited 2017 Agosto 30. Available from: HYPERLINK "http://www.glhv.org.au/files/canada\_glb\_health\_use.pdf" http://www.glhv.org.au/files/canada\_glb\_health\_use.pdf .
5. Alcaldia Mayor de Bogotá. Bogotá Ciudad de Estadísticas. 2010. Disponible en: www.sdp.gov.co.
6. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la salud. Avances y Desafíos de la situación de las personas LGBTI 15 años de que la Homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad. 2015. Disponible en :http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\_content&view=article&id=10964%3A2015-lgbt-health-sees-progress-and-challenges&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es.
7. Garcia E. Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Aljibe; 1996.
8. Martinez C. El muestreo en investigación cualitativa, Principios básicos y algunas controversias; 2011.
9. Silverman D. Interpreting qualitative data; 1993.
10. Rubin & Rubin. Qualitative interviewing: the art of hearing data; 1995..
11. Seidman E. Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education; 1991.
12. Miller J, Glassner B. The inside and the outside: finding realities in interviews; 1997..
13. Dirección de Sida y ETS MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Representaciones y prácticas del equipo de salud en la atención de personas homosexuales, bisexuales y trans en la Ciudad

- de Buenos Aires DIVERSIDAD SEXUAL: HERRAMIENTAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH. Buenos Aires; 2010.
14. Terrasa S. Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte). Documento de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General; 2011. p. 57-62.
  15. The National LGBT Health Education Center. Las necesidades de las personas LGBT en los Centros de Salud Lo que la Junta Directiva necesita saber. Boston; 2010.
  16. McNair RP. Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review; 2008.

Recibido en: 27/02/2018  
Revisiones Requeridas: No hubo  
Aprobado en: 27/02/2018  
Publicado en: 02/04/2019