

Salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas en Bogotá: un acercamiento a sus Derechos



**DERECHOS SEXUALES Y
DERECHOS REPRODUCTIVOS
DE MUJERES LESBIANAS
RESIDENTES EN BOGOTÁ**

**ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ.
SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN.**

ENRIQUE PEÑALOSA LONDOÑO
Alcalde de Bogotá

ANDRES ORTÍZ GÓMEZ
Secretario de Planeación

PAOLA GOMEZ CAMPOS
Subsecretaria de Planeación Socioeconómica

JUAN CARLOS PRIETO GARCÍA
Director de Diversidad Sexual

LUZ ADRIANA PÁEZ MÉNDEZ
LUISA FERNANDA BENAVIDES
OLGA BEATRIZ DÍAZ JIMÉNEZ
Equipo Dirección de Diversidad Sexual

**OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO.
(UNODC)**

PIERRE LAPAQUE
Representante

DAVID ÁLAMOS
Jefe Área de Prevención del Delito y Justicia – PROJUST

FRANCISCO ANDRÉS DÍAZ MESCÍAS
Coordinador Justicia para Sujetos de Especial Protección

LUISA FERNANDA BENAVIDES
Asesora de Derechos Sexuales y Reproductivos

SANDRA MILENA CORTES PINEDA
Profesional de campo

Contenido

Introducción	7
Problema de Investigación	10
Objetivos	16
Objetivos específicos	16
Justificación del estudio y uso de los resultados	17
Marco Teórico	21
Enfoque de Derechos	21
Enfoque de Género	21
Enfoque Diferencial	23
Enfoque de Determinantes de la Salud	24
Referentes conceptuales.....	26
Categorías de análisis relacionadas.....	30
Características sociodemográficas.....	30
Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.....	31
Realización de exámenes y condiciones de salud.....	32
Prácticas sexuales.....	35
Violencias	37
Servicios de salud	42
Vida Reproductiva	43
Marco Metodológico	46
Diseño del estudio.....	46
Técnica Cuantitativa.....	46
Instrumento	46
Estrategia operativa de trabajo en campo.....	47
Población de referencia	48
Técnica Cualitativa	50
Grupos Focales	50
Entrevistas semiestructuradas	53
Procesamiento de la Información	53
Aspectos éticos de la Investigación	54

Análisis de Resultados	55
Dificultades asociadas a las mujeres.....	62
Aspectos Sociodemográficos.....	70
Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.....	81
Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	91
Prácticas en salud y consultas médicas	95
Vida reproductiva y ejercicio de derechos reproductivos	123
Relación con los servicios de salud	133
Pareja y relaciones erótico-afectivas	146
Prácticas Sexuales	150
Situaciones de violencias.....	160
Redes de apoyo y Soporte social	174
Anotaciones finales.....	177
Recomendaciones para la política pública LGBTI de Bogotá.	181
Bibliografía.....	186

Ilustraciones

Ilustración 1. Distribución por edad.....	71
Ilustración 2. Distribución por lugar de origen.....	72
Ilustración 3. Referencias a la expresión de género.....	73
Ilustración 5. Distribución por estado civil y rango de edad.....	76
Ilustración 6. Distribución según el tipo de vinculación al SGSSS.....	77
Ilustración 7. Distribución de afiliación al régimen de salud por nivel educativo.....	78
Ilustración 8. Consumo de cigarrillo.....	82
Ilustración 9. Consumo de cigarrillos al día en el último mes.....	83
Ilustración 10. Consumo de cigarrillos durante el último mes por rango de edad.....	83
Ilustración 11. Consumo de cigarrillos durante el último mes según nivel de escolaridad.....	84
Ilustración 12. Distribución según las situaciones en las que fuma.....	85
Ilustración 13. Consumo de alcohol por rangos de edad.....	86
Ilustración 14. Inicio de consumo por nivel educativo.....	87
Ilustración 15. Inicio del consumo por estrato.....	87
Ilustración 16. Consumo de bebidas alcohólicas en el último mes según rango de edad.....	88
Ilustración 17. Situaciones en las que consume bebidas alcohólicas.....	89
Ilustración 18. Situaciones asociadas con el alcohol.....	90
Ilustración 19. Consumo de SPA.....	91
Ilustración 20. Consumo de SPA por rango de edad.....	91
Ilustración 21. Consumo de Sustancias Psicoactivas según nivel de escolaridad.....	92
Ilustración 22. Consumo de SPA en el último mes.....	92
Ilustración 23. Situaciones en las que se consume SPA.....	93
Ilustración 24. Fuente de información.....	95
Ilustración 25. Ha oído de la citología vaginal.....	95
Ilustración 26. Realización de citología.....	96
Ilustración 27. Citología vaginal según rango de edad.....	97
Ilustración 28. Citología vaginal según nivel de escolaridad.....	97
Ilustración 29. Última citología.....	98
Ilustración 30. ¿Cuál fue el resultado de la última citología vaginal?.....	98
Ilustración 31. Razón para NO reclamar los resultados de la citología.....	99
Ilustración 32. Ha oído hablar del autoexamen de seno.....	100
Ilustración 33. Realización del autoexamen de seno por nivel de escolaridad.....	101
Ilustración 34. Frecuencia con que se realiza el autoexamen de seno.....	102
Ilustración 35. Medio por el que aprendió a hacerse el autoexamen de seno.....	103
Ilustración 36. Realización examen clínico de seno.....	103
Ilustración 37. Realización de la mamografía por rango de edad.....	105
Ilustración 38. Última mamografía realizada.....	106
Ilustración 39. Medio por el que recibió información sobre el VPH.....	107
Ilustración 40. Ha oído hablar del VPH.....	107
Ilustración 41. Realización de la prueba para VPH.....	108
Ilustración 42. Prueba de VPH según rango de edad.....	108
Ilustración 43. Resultado de la prueba de VPH.....	109
Ilustración 44. Principal razón para NO realizarse la prueba.....	110
Ilustración 45. Ha oído hablar del VIH.....	111

Ilustración 46. Medio por el que se enteró del VIH.....	111
<i>Ilustración 47. Realización de la prueba de VIH.....</i>	<i>111</i>
Ilustración 48. Hace cuánto se realizó la prueba.....	112
Ilustración 49. Razones para realizarse la prueba.....	113
Ilustración 50. Principal razón para NO realizarse la prueba.....	113
Ilustración 52. Ha tenido una ITS en los últimos 12 meses.....	115
Ilustración 51. Alguna vez ha recibido un diagnóstico de ITS.....	115
Ilustración 53. Presencia de síntomas en los últimos 12 meses.....	116
Ilustración 54. Lugar de consulta.....	117
Ilustración 55. Tipo de tratamiento empleado.....	118
Ilustración 56. Quien realiza la actividad a la que ha asistido.....	119
Ilustración 57. Si ha tenido embarazos por rango de edad.....	123
Ilustración 58. Ha tenido embarazos por nivel educativo.....	124
Ilustración 59. Número de embarazos por nivel educativo.....	124
Ilustración 60. Motivo de la pérdida.....	125
Ilustración 61. Tiene hijos/as.....	126
Ilustración 62. Formas en que se han concebido los/as hijos/as.....	127
Ilustración 63. Fuente de acompañamiento en la maternidad por nivel de educación.....	127
Ilustración 64. Fuente de acompañamiento en la maternidad por rango de edad.....	128
Ilustración 65. Razones por las que se ha sentido cuestionada en el ejercicio de la maternidad.....	129
Ilustración 66. Planea tener hijos/as.....	130
Ilustración 67. Frecuencia con la que se comunica la OS en el servicio médico por nivel educativo.....	133
Ilustración 68. Frecuencia con que se comunica la OS según rango de edad.....	134
Ilustración 69. Razones para comunicar la OS por nivel de educación.....	135
Ilustración 70. Razones para comunicar la OS por rango de edad.....	136
Ilustración 71. Razones para NO comunicar la OS.....	137
Ilustración 72. Ha asistido a consulta ginecológica por nivel de educación.....	138
Ilustración 73. Ha asistido a consulta ginecológica por rango de edad.....	139
Ilustración 74. principal razón por la que NO ha asistido a consulta ginecológica.....	139
Ilustración 75. Comunica la OS en ginecología.....	140
Ilustración 76. Razón para comunicar la OS en consulta ginecológica.....	141
Ilustración 77. Razones para NO contar la OS (GINECOLOGÍA).....	141
Ilustración 78. Respuesta del/a profesional ante la OS.....	142
Ilustración 79. Manifestaciones negativas del/a profesional.....	143
Ilustración 80. Actualmente está en una o varias relaciones erótico-afectivas por rango de edad.....	146
Ilustración 81. Actualmente está en una o varias relaciones erótico-afectivas por nivel de educación.....	147
Ilustración 82. Tiempo de la relación por nivel educativo.....	148
Ilustración 83. Tiempo de la relación por estrato socioeconómico.....	148
Ilustración 84. Relación primera relación sexual con primera relación sexual con mujer.....	151
Ilustración 85. Identidad de género y el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses.....	153
Ilustración 86. Relaciones sexuales con mujer cisgénero en los últimos 6 meses según rango de edad.....	153
Ilustración 87. Relaciones sexuales con hombre cisgénero en los últimos 6 meses según rango de edad.....	154
Ilustración 88. Prácticas sexuales e identidad de género de la pareja sexual.....	155

Ilustración 89. Frecuencia de uso de Barreras de protección por tipos.	156
Ilustración 90. Razones para No utilizar barreras de protección en los últimos 6 meses según rango edad.	158
Ilustración 91. Ha causa de su OS ha sido... ..	160
Ilustración 92. Ha sentido presión o coerción para	163
Ilustración 93. Miembro de la familia que ejerce discriminación, coerción, violencia.	163
Ilustración 94. Situaciones de violencia a causa de orientación sexual.	164
Ilustración 95 Situaciones de agresión en la relación de pareja.	166
Ilustración 96. Otros tipos de agresión expresados en la relación de pareja.	168
Ilustración 97. Manifestaciones de violencia económica.....	170
Ilustración 98. Apoyo en situaciones de violencia.....	170
Ilustración 99. Convivencia actual.....	174
Ilustración 100 Comunicando su orientación sexual.	175
Ilustración 101 Participación en organizaciones o movimientos sociales.	175

Introducción

El Acuerdo 257 de 2006 y en el marco de las funciones definidas por el Decreto 16 de 2013, establecen que la Secretaría Distrital de Planeación- SDP, tiene por objeto orientar y liderar la formulación y seguimiento de las políticas y la planeación territorial, económica, social y ambiental del Distrito Capital, conjuntamente con los demás sectores y define en el artículo 19 como funciones de la Dirección de Diversidad Sexual entre otras: Orientar y coordinar con entidades distritales el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas sobre diversidad sexual y de garantía de derechos vulnerados por la orientación sexual o la identidad de género; hacer el monitoreo y evaluación a la Política Pública para la garantía plena de derechos de personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales - PPLGBTI; y coordinar la realización de estudios que den cuenta sobre las condiciones de la población LGBT en el Distrito Capital.

Por su parte, el Decreto 062 de 2014 adopta la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital - PPLGBTI, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno de derechos a las personas de los sectores LGBTI como parte de la producción, gestión social y bienestar colectivo de la ciudad. Esta política pública, en su Artículo 10: “Producción y aplicación de conocimientos y saberes”, propende por la generación de conocimientos y saberes que soportan y retroalimentan la implementación, seguimiento y evaluación de dicha política a través de la investigación y monitoreo sistemático de la situación de derechos humanos de los sectores LGBTI en la ciudad y la comprensión de las violencias relacionadas con la identidad de género y la orientación sexual. *“La investigación y monitoreo tendrá en cuenta las particularidades de los sectores LGBTI y producirá información diferenciada y desagregada por sector para nutrir la implementación de la política”.*

Estos referentes, toman fuerza con lo establecido en el Acuerdo 645 del 09 de junio de 2016 *“Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 - 2020 Bogotá Mejor Para Todos”*, en el Pilar 1- Igualdad de calidad de vida, Programa 3 - Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente, se encuentra el proyecto de inversión: 989 Fortalecimiento de la política pública LGBTI que tiene como objetivo general fortalecer al Distrito Capital en conceptos y herramientas metodológicas para avanzar en la garantía de los derechos de las personas de los sectores LGBTI y como uno de sus objetivos específicos orientar el accionar institucional y la toma de decisiones de política pública a través de la realización de investigaciones, la generación de información, el seguimiento y evaluación de esta política pública.

Este marco normativo da sustento a la realización de investigaciones que brinden más información referente a las condiciones de vida, ejercicio de derechos y en general a la comprensión de las realidades de vida de las personas de los sectores LGBTI. En particular esta investigación se desarrolla para contar con información específica y pertinente, que contribuya a la construcción e implementación de acciones y estrategias que en términos de salud de deben implementar en la ciudad desde las distintas instituciones responsables del tema.

En este sentido, atiende también a la solicitud de las organizaciones de mujeres lesbianas, conscientes de la importancia de contar con información objetiva y válida para implementar acciones de cabildeo e incidencia política.

De tal manera que se acuerda con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito-UNODC, en el marco de un Acuerdo de Financiación dos estudios exploratorios¹, relacionados con los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR), uno de mujeres lesbianas, el otro sobre hombres gay y hombres bisexuales en Bogotá.

¹ Los estudios exploratorios se realizan para abordar temas o problemas de investigación que han sido poco estudiados o que no han sido abordados antes. Al abordar fenómenos relativamente desconocidos sugieren investigaciones más profundas y rigurosas. (Universidad Autónoma de México. Metodología de Investigación en Educación Médica. 2012, México D.F.)

Para ello UNODC en un trabajo conjunto la Dirección de Diversidad Sexual- DDS, implementó técnicas para la recolección y análisis de información sobre las percepciones y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) de estos sectores sociales y su relación con el sistema de salud, que le permita hacer un acercamiento a la situación actual y proyectar acciones para atender las necesidades particulares que, en el ejercicio de la sexualidad y autonomía de estos sectores, contribuya a su bienestar físico, mental y social.

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema.

Al retomar a Morón (2015)¹ se coincide en que, si se desea cambiar una realidad, primero se debe conocer, hecho relevante al referirse a aspectos de salud. Sin embargo, son varios los vacíos de información y dificultades en la comprensión de la realidad de las mujeres lesbianas que obstaculizan el acercamiento a esta y, por tanto, a la construcción de acciones de transformación que les favorezcan para el ejercicio de sus derechos y el mejoramiento de condiciones para el bienestar y la salud.

En este sentido, es preciso considerar primero como la salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Se ha descrito repetidamente que las mujeres presentan un peor estado de salud y, en cambio, una esperanza de vida más larga como lo anota el estudio sobre la Carga Mundial de la Enfermedad (GBD)²; sin embargo, muchos estudios principalmente de carácter epidemiológico realizan análisis en los que se centran en una población masculina y desde allí hacen generalizaciones hacia las experiencias de las mujeres. Así, la invisibilización de las mujeres en la investigación y la ciencia se expresa también en el desconocimiento de su existencia particular y las experiencias posibles y propias desde donde se configuran situaciones que redundan en condiciones de salud.

También se observa que este patrón de generalización que de los hombres y sus necesidades se traslada a las mujeres, se sigue desarrollando cuando se piensa a todas las mujeres como iguales, desconociendo particularidades asociadas a la edad, la etnia, la clase, la educación, y por supuesto la orientación sexual (OS), de tal forma que se presume una heterosexualidad obligatoria que especialmente para la salud representa vulneraciones a sus configuraciones y barreras para la realización de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En tal sentido, se pone de manifiesto el sistema heteronormativo que impera y desde donde se establece la heterosexualidad como única forma válida de expresión sexual y afectiva, una manera de ser varón y de ser mujer, así como una relación de subordinación de lo “femenino” respecto a lo “masculino” (Martín, 2013)³. Lauren Berland y Michael Warner citados por Martín, afirman que:

“por heteronormatividad entendemos las instituciones, estructuras de pensamiento y orientación de prácticas que hacen ver a la heterosexualidad como algo no sólo coherente – es decir, organizado como la sexualidad– sino también privilegiado o correcto [...]. Consiste menos en normas que pueden ser organizadas como una doctrina, que en un sentido de justicia tiene manifestaciones contradictorias –a menudo inconscientes, inmanentes a las prácticas o a las instituciones”.

Este sistema, en la medida en que privilegia unas formas pone en desventaja otras, entonces, la discriminación y la exclusión están ligadas como mecanismos que mantienen esta estructura. De allí la importancia de comprenderlo y develarlo al acercarse a las formas en que se niega o impide que mujeres lesbianas tengan garantía plena de sus derechos.

Es de anotar que la estructura de este sistema se sustenta entonces, desde la relación sexo-género, donde se clasifica a las personas en función de su biología y se les asigna unos roles, normas, formas de actuar y de relacionarse, y en este sentido se distribuye el trabajo y por ende el acceso a recursos económicos, a la capacidad para tomar decisiones y de actuar autónomamente. Así, se privilegia a los hombres y se pone en condiciones de inequidad a las mujeres en todos los ámbitos de la vida, visible especialmente en lo que refiere a la sexualidad, pues impone miradas desde donde las relaciones afectivas, eróticas y sexuales se enmarcan en asuntos de reproducción, y el placer sexual, la libertad de pareja, la autonomía y el autocuidado, todos ellos como expresiones de la sexualidad y como ejes de los derechos sexuales, se dejan en un lugar de enunciación que en las prácticas cotidianas es fácilmente olvidado.

La SDP (2015)⁴ en su documento “Mujeres lesbianas y Hombres transgeneristas. Derechos y Trayectorias Urbanas” retoma a Esguerra (2006) quien indica que:

“las mujeres lesbianas fueron invisibles a lo largo del tiempo, evidenciando, entre otras cosas, la escasa documentación sobre ellas con respecto a sus derechos, la poca visibilización y, por ende, la exclusión e incluso la penalización o la sanción, esto producto seguramente de una hegemonía masculina que demeritó a la mujer. Así, *“la sodomía femenina merecía castigos más leves, era un “mal menor”* (Severo y Valiente 1990, citados por Esguerra 2006). Durante el siglo XX, muchas legislaciones nacionales en países como Ecuador, Colombia y Chile condenaron las relaciones entre hombres, pero no consideraron las relaciones entre mujeres, *“esta ambigüedad ha ocasionado un retraso en el reconocimiento de las lesbianas como sujetos... producto del desconocimiento de la sexualidad femenina”* (Esguerra, 2006, p. 262), y la negación de la autonomía de la mujer sobre su ciudadanía, sobre su deseo sexual y sobre su sexualidad”.

A partir de estos planteamientos, pensar entonces en la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) de las mujeres lesbianas, requiere reconocer el lugar de invisibilización al que se les ha sumado no solo por el hecho de ser mujeres sino de transgredir los órdenes sociales establecidos (Vergara, 2013)⁵. La asociación entre la primera relación sexual y la consulta ginecológica revela la mirada heterocentrada y reproductiva, que convierte a este evento en motivo de consulta, como lo indican Brown y otros (2014)⁶, en la indagatoria de rutina se presume que todo el mundo es heterosexual, salvo que declare lo contrario y se presume, además, que la sexualidad es exclusivamente genital penetrativa. Esta mirada que lleva a la anticoncepción deja fuera a las mujeres que tienen sexo con mujeres, la relación homosexual es ignorada.

Los distintos estudios, como lo indican Brown y otros (2014), reconocen entre otras los siguientes problemas para el acceso a la salud de mujeres lesbianas: a) el ocultamiento de la orientación sexo-afectiva o la gestión del secreto de la homosexualidad y, consecuentemente

b) la invisibilidad de las prácticas homoeróticas femeninas, así como c) la deficiente información disponible sumada a mitos y prejuicios difundidos.

En Colombia, son muy pocos los estudios específicos sobre la salud de las personas de los sectores sociales LGBTI y los existentes están centrados en los hombres, especialmente asociados a las prácticas sexuales y la epidemia del VIH, que si bien son importantes en la medida en que establecen un modelo de intervención, este no es integral, está focalizada sólo en salud sexual, invisibiliza las causas estructurales de la discriminación y exclusión y mantiene un enfoque salubrista que excluye por completo a las mujeres lesbianas (Martín, 2013).

Estudios recientes como los desarrollados por la SDP en 2018, basados en datos de la Encuesta Multipropósito (EM) arrojan información relacionada con acceso al sistema de salud, así como algunos datos sobre SSSR de mujeres lesbianas. Otros estudios más específicos, como los realizados por ILGA (2017)⁷, Monreal, T. (2016)⁸ o por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016)⁹, señalan que las mujeres lesbianas presentan riesgos en su salud debido a que han sido percibidas como un grupo de bajo riesgo, tanto por el sistema de salud, como por ellas mismas, y que por esta misma razón muchas de las necesidades en salud sexual y en salud reproductiva no son atendidas.

Sin embargo, según estos estudios, existe evidencia epidemiológica que sugiere que las lesbianas podrían, por ejemplo, estar en riesgo de padecer cáncer de mama debido a tener menos embarazos o tenerlos en edad avanzada, al elevado consumo de alcohol y tener mayor índice de masa corporal, entre otros factores; cáncer cervical, asociado a menor frecuencia en la realización de las citologías y mamografías, así como a la práctica del autoexamen de seno, por lo que los diagnósticos son tardíos. Igualmente hay información documentada de enfermedades de transmisión sexual en mujeres lesbianas como tricomonas, clamidia y

gonorrea, si bien presentan menor incidencia que en mujeres heterosexuales se infiere que el sexo lésbico puede también transmitir enfermedades como en sexo heterosexual.

También puede indicarse, como estudios comparativos entre personas de los sectores LGBT y personas heterosexuales, han evidenciado entre otras, que los primeros tienen mayor probabilidad de consultar servicios de salud mental si se compara con la población heterosexual; y que las mujeres lesbianas reportan menor frecuencia de citología vaginal en comparación con las mujeres heterosexuales (Tjepkema, 2008, citado por SDP, 2010) ¹⁰.

Así mismo, se ha identificado violencia doméstica en parejas del mismo sexo, aunque no se tiene información diferenciada en cuanto a la frecuencia de esta violencia en parejas conformadas por mujeres. La violencia sexual hacia mujeres y niñas y, en forma particular hacia mujeres lesbianas es otro factor de riesgo y vulneración poco estudiado, que puede incrementar la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-Sida, interrupción insegura del embarazo, afectaciones emocionales, entre muchas otras consecuencias.

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

Sin embargo, a pesar de los distintos reportes y quejas que las mujeres presentan, en el país es poca la información que se tiene al respecto, por lo que, es necesario realizar estudios específicos que permitan determinar las necesidades particulares para avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con OS no normativa. Con estos antecedentes se plantea la necesidad de producir conocimiento que permita generar estrategias

para garantizar los derechos de las mujeres lesbianas, y facilitar condiciones para que los derechos sexuales y los derechos reproductivos sean ejercidos a plenitud.

Formulación del problema

La forma en que las estructuras sociales pone en situaciones de inequidad e invisibilidad a las mujeres y en este sentido sus necesidades y particularidades para el ejercicio de los derechos y para la realización de condiciones de bienestar y salud, se hace más intensiva en el caso de las mujeres lesbianas, quienes además rompen la expectativa sobre la heterosexualidad.

Esta situación justifica el estigma y la discriminación que se ejerce sobre las mujeres lesbianas, asociados directamente a su OS, de tal forma que llegan a afectar de distintas maneras su salud física y psicológica, las posibilidades de bienestar a través de redes de apoyo sólidas, y el acceso seguro a servicios de salud con calidad. Es así como se han identificado barreras en el acceso a la salud que tienen que ver principalmente con un modelo de SSSR heterocentrado. En las mujeres lesbianas se ha observado una doble discriminación dada por el hecho de ser mujer y por la orientación sexual.

Entender y tomar en consideración estas vulnerabilidades podría ser la respuesta para el desarrollo de programas de intervención orientados a responder a las necesidades específicas de las mujeres lesbianas, lo que redundaría en una garantía de sus Derechos, particularmente los asociados al ejercicio de la sexualidad y por tanto al mejoramiento de su SSSR.

Por lo anterior esta investigación busca un acercamiento al estado de realización de los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres lesbianas residente en Bogotá, y las formas en que las condiciones sociales y culturales intervienen en la prestación de los servicios y la atención que se brinda desde el sistema de salud, con el fin de generar información que contribuya al diseño de estrategias para garantizar su derecho a la salud.

Objetivos

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Justificación del estudio y uso de los resultados

El Decreto 062 de 2014 adopta la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales- LGBTI - y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno de derechos a las personas de los sectores LGBTI como parte de la producción, gestión social y bienestar colectivo de la ciudad. Esta política pública, en su Artículo 10: “Producción y aplicación de conocimientos y saberes”, propende por la generación de conocimientos y saberes que soportan y retroalimentan la implementación, seguimiento y evaluación de dicha política a través de la investigación y monitoreo sistemático de la situación de derechos humanos de los sectores LGBTI en la ciudad y la comprensión de las violencias relacionadas con la identidad de género y la orientación sexual. *“La investigación y monitoreo tendrá en cuenta las particularidades de los sectores LGBTI y producirá información diferenciada y desagregada por sector para nutrir la implementación de la política”*.

Los objetivos de la Política Pública para las personas de los sectores LGBT de Bogotá tienen los siguientes objetivos, que se extenderán para cada una de las acciones que se promuevan y ejecuten en el Distrito Capital:

- Garantizar el ejercicio pleno de Derechos a las personas de los sectores LGBT como parte de la producción, gestión social y bienestar colectivo de la ciudad.
- Consolidar desarrollos institucionales para el reconocimiento, garantía y restitución de los derechos de las personas de los sectores LGBT.
- Generar capacidades en las organizaciones y personas de los sectores LGBT para una efectiva representación de sus intereses como colectivo en los espacios de decisión de la ciudad.

- Promover una cultura ciudadana basada en el reconocimiento, garantía y restitución del Derecho a una vida libre de violencias y de discriminación por identidad de género y orientación sexual.
- Posicionar la perspectiva de géneros y diversidad sexual para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el Distrito Capital.

La presente investigación contribuye a la realización de los procesos estratégicos con que se persiguen los objetivos de la política y responde a la necesidad de actualizar y profundizar la información que en estudios previos se ha indagado, con el fin de tener información para la construcción, seguimiento y evaluación de estos procesos estratégicos para la garantía plena de Derechos de las personas de los sectores LGBT en el Distrito Capital, en lo relacionado con el Derechos a la Salud de mujeres lesbianas.

La importancia de lo anterior, requiere contemplar que, siendo que en 1973, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association) retiró la homosexualidad de su Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, sólo hasta 1990 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la quita de su lista de enfermedades mentales; dejando una idea que persiste hasta la actualidad y que lleva a que se generen acciones para modificar la OS como si se tratase de una conducta inadecuada, y que en 72 países del mundo se siga considerando como falta que es objeto de judicialización.

En este sentido, también se considera que la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala en su artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Esta declaración obliga a preocuparse de abolir todo tipo de discriminación al momento de entregar servicios de salud, como una forma de garantizar el acceso y el respeto de todos los seres humanos, en un

contexto de paz y equidad. Parte de este ejercicio implica hacerse cargo de aquellos grupos de personas que han sido históricamente víctimas de discriminación y desarrollar servicios afirmativos que sean capaces de entregar un servicio y asistencias de manera adecuada, promoviendo su bienestar y salud¹¹.

Sin embargo, en lo que respecta a la atención a mujeres lesbianas, existen barreras en la atención, especialmente frente a su SSSR, debido entre otras cosas al desconocimiento por parte del personal de la salud y la persistencia de ideas erróneas sobre el ejercicio de la sexualidad y la forma en que los derechos sexuales y los derechos reproductivos les deben ser garantizados.

Esto influye no solo en la calidad de la información que reciben y a la pertinencia de esta, sino en general en la atención y la manera en que los procedimientos no se cumplen, generando que las mujeres prefieran por ejemplo omitir el examen físico, no comunicar su OS o mentir frente al tipo de prácticas sexuales; llegando incluso a consultar menos que las mujeres heterosexuales, debido a que se sienten incómodas o temerosas revelando su OS al profesional de salud.

En este sentido, este estudio reconoce como beneficiarias directas a las mujeres lesbianas de la ciudad dado que los resultados de la investigación orientarán acciones de diagnóstico, promoción, prevención y atención en salud, que desde un enfoque diferencial disminuyan barreras de acceso como las enunciadas y promuevan el ejercicio de sus derechos.

Otros beneficiarios serán las autoridades en salud, instituciones y servicios de salud, tanto de orden distrital como nacional, para quienes los resultados servirán para orientar decisiones y diseñar estrategias de atención con calidad. Los servicios de salud, que serán quienes implementarán las acciones, podrán encontrar justificaciones importantes para la modificación de sus prácticas y considerar atenciones sensibles a las experiencias de vida de las mujeres lesbianas.

De igual manera se considera, que, para las organizaciones de mujeres lesbianas y las organizaciones que trabajan temas de derechos o temas de salud, los resultados se convierten en argumentos para la incidencia política.

Finalmente, que la realización del estudio sea responsabilidad de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, facilita la coordinación de acciones que den respuesta a las problemáticas identificadas respecto a las violencias y rutas de atención requeridas para la atención de las mujeres lesbianas, como parte de los aspectos que promueven la salud sexual y el ejercicio de derechos y contribuye de manera estratégica para que las acciones de divulgación de los resultados lleguen a todos los actores interesados, y por supuesto, el cumplimiento de todos los criterios éticos que se han de considerar en el desarrollo de la investigación.

Marco Teórico

Acorde con los lineamientos de la Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales, en adelante PPLGBTI, esta investigación acoge los siguientes enfoques y referentes.

Enfoques

Enfoque de Derechos

Según la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social (2014)¹², este enfoque, en el campo de la salud se orienta a crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana. Supone el cumplimiento de estándares relacionados con el derecho a la dignidad, libertad, igualdad, la vida y la integridad, la autonomía, confidencialidad, e intimidad y que la oferta institucional para la promoción, ejercicio y realización del derecho a vivir una sexualidad plena se encuentre disponible, accesible, sea adaptable a las particularidades de los diferentes grupos; y prestada con calidad y solidaridad. En tal sentido, enmarca la relación de las mujeres lesbianas con el Estado, desde las obligaciones que este tiene en la garantía de sus derechos.

Enfoque de Género

Este enfoque parte del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que alude a un sistema de relaciones sociales, a partir de las cuales se establecen

normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres, atributos y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y el ser masculino; además construye un sistema de relaciones simbólicas que proveen ideas y representaciones para unos y otros (MSPS, 2014)¹³.

En ese sentido, la OMS (2017)¹⁴ indica que “las desigualdades observadas en la salud de la mujer son primariamente concebidas y analizadas dentro del marco del rol familiar, bastante distinto del análisis de las desigualdades existentes en la salud de los hombres, que en la mayoría de la bibliografía aparece condicionada por el rol ocupacional o posición social”. Así, no se trata de informar sobre la salud de mujeres u hombres, sino de evidenciar las desigualdades e inequidades de género que puedan estar ocurriendo y de identificar los componentes potencialmente explicativos de estos acontecimientos, considerando aspectos relacionados con la forma de sentirse, de enfermar, de consultar y de que se les atienda en el sistema sanitario.

Por eso, a través de este enfoque es posible evidenciar que muchas de las características que son diferentes según el sexo son obviadas o invisibilizadas para las mujeres, lo que muchas veces implica la elaboración de generalizaciones que no tienen en cuenta sus características y particularidades. Cabe destacar que, dentro del campo de estudio de la epidemiología y salud pública, hasta hace muy poco tiempo la mayoría de los ensayos clínicos o estudios poblacionales no incluían a las mujeres en sus estudios o no desagregaban las muestras según el sexo de sus participantes.

Según la Asociación de Mujeres para la Salud de España, “los procesos y resultados de salud y enfermedad, y de su atención desde los servicios de salud, son en gran medida distintos en hombres y mujeres. Estas diferencias, cuando son injustas y evitables, se convierten en desigualdades”, siendo estas dadas por los roles y estereotipos de género. En este sentido, es que la esperanza de vida de las mujeres es más alta en comparación a la de los hombres, aunque de menor calidad.

Las consecuencias e impacto de la inequidad en salud en mujeres debido al género, ha empezado a estudiarse entendiendo que la salud de la mujer no se limita a asuntos de la reproducción, como la menstruación, lactancia, menopausia o maternidad propiamente dicha. Sin embargo, como lo señala Navarro (2016)¹⁵ en el ámbito de la salud “el aumento de la esperanza de vida femenina se atribuye, en parte, a mejoras en la salud materna, la disminución de las tasas de fecundidad y la disminución de los riesgos de mortalidad materna, es decir, riesgos específicos de salud reproductiva y no por la incorporación de la perspectiva de género en los derechos sexuales y reproductivos”.

Finalmente, es de considerar que el impacto de género en la salud puede darse de distintas maneras, así por ejemplo, determina el grado de exposición y vulnerabilidad a los determinantes sociales perjudiciales para la salud, como la pobreza, la exclusión social, los daños ambientales y los riesgos para la salud asociados con el empleo remunerado y no remunerado. La adopción de roles de género influye en los comportamientos de salud, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, dieta, ejercicio y actividad física y comportamientos de riesgo. Así mismo, son estos discursos los que fundamentan la violencia basada en género, las diferencias de género en el uso de servicios de salud y los comportamientos preventivos (Navarro, 2016).

Enfoque Diferencial

El Plan Decenal de Salud Pública (MSPS, 2013) señala que la fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, que refiere al “derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero, 2009 citado por MSPS, 2013).

Este enfoque permite relacionar cómo la participación en política o en escenarios de toma de decisiones, como aspectos importantes para la equidad y la transformación social, debería ser acorde con la proporción de mujeres que habitan el país, como ejercicio de real representación de sus intereses y estrategia para asegurar atención a sus necesidades. Según ONU Mujeres en Colombia “la participación política de las mujeres ha aumentado del 6% al 11% en los cargos de elección popular, y del 7% al 21% en las elecciones del Congreso en los últimos 20 años. Sin embargo, es uno de los países de América Latina con la menor representación de las mujeres en la política”¹⁶ lo que impacta en distintas decisiones sobre la economía y la salud, como, por ejemplo, los impuestos a los productos sanitarios para las mujeres, o el costo social, económico y a la salud que tiene la realización de abortos clandestinos, asuntos que siguen siendo analizados y legislados por hombres desde una mirada masculina.

De igual manera, este enfoque evidencia barreras asociadas al género que afectan condiciones de calidad de vida. En el país, se reconoce como las mujeres con igual o superior educación a las de los hombres tienen más dificultades para acceder a empleos y cuando lo hacen, enfrentan diferencias salariales significativas.

Enfoque de Determinantes de la Salud

El abordaje de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde y para la condición individual, bajo los enfoques antes mencionados, se potencian a partir del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, referido en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, como una forma para lograr la equidad en salud, al señalar que es deber del Estado reducir las desigualdades de los determinantes sociales que incidan en el goce efectivo del

derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.

Según la OMS, los “determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”^{17,2}.

Dentro de los factores mencionados, establece que, en combinación con el comportamiento individual, los componentes genéticos y el acceso a la atención de salud de buena calidad; el contexto socioeconómico y político, los aspectos estructurales, sociales, culturales y medioambientales determinan todos o prácticamente todos los resultados en materia de salud. De esta forma, tanto el sexo como el género se incluyen dentro de estos factores, reconociendo inciden en las desigualdades en salud, al establecer referentes para justificar la brecha de salud entre mujeres y hombres.

Este enfoque parte de considerar la salud como un derecho y en este sentido como un bien público, aporta beneficios para toda la sociedad en su conjunto, superando la comprensión particularizada sobre los beneficios para la salud de una persona. Así, al considerar una variedad de factores que influyen en los resultados individuales y poblacionales en materia de salud, permite promover acciones de tipo multisectorial, a largo plazo y consistentes con políticas públicas.

² La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores.

Recogiendo lo anterior, por ejemplo, el Índice de Desigualdad de Género¹⁸, observa tres dimensiones: salud reproductiva (índice de mortalidad materna y la tasa de fecundidad entre las adolescentes), empoderamiento (proporción de escaños en el parlamento ocupados por mujeres y los logros en educación secundaria y superior por género) y actividad económica (tasa de participación en el mercado laboral de mujeres y hombres); sobre los cuales se encuentra que Colombia tiene un valor del Índice de Desigualdad de Género de 0,42, lo que lo sitúa en el puesto 92 de un total de 155 países en el índice de 2014.

En Colombia el (20,9%) de los escaños parlamentarios están ocupados por mujeres, y el (56,9%) de las mujeres adultas han accedido a por lo menos un año de educación secundaria frente al (55,6%) de los varones. Sin embargo, la participación femenina en el mercado laboral es del (55,8%) con respecto al (79,7%) correspondiente a la masculina. Por cada 100.000 nacidos vivos, mueren 83 mujeres por causas relacionadas con el embarazo; y la tasa de fecundidad de las adolescentes es de 68,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años. En la atención de la salud sexual de las personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, se evidencian las barreras en el acceso, como: la falta de conocimiento sobre el riesgo de enfermedades, métodos de protección y habilidades para una completa anamnesis sobre la historia sexual de sus pacientes.

Referentes conceptuales

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como lo señala la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021, de manera general, **la sexualidad** puede entenderse como una “dimensión humana necesaria para el desarrollo de las potencialidades de las personas, de los grupos y las comunidades” que

“compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos” (MSPS, 2015)¹⁹. Desde esta comprensión, la vivencia de la sexualidad influye directamente en el bienestar y la salud física, mental y social de las personas y en tal sentido resulta prioritaria para las acciones en salud pública.

De manera similar, la OMS (2000) se refiere a la sexualidad como:

“una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones (...) es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”.

Aunque la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario, ni siempre sucede, que se experimenten, ni se expresen todos simultáneamente. Adicional a este concepto, como se indica en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015)²⁰ la “diversidad sexual se refiere a todas las expresiones de la sexualidad que respetan el derecho y la autonomía del otro y que reconocen el disfrute de la sexualidad, más allá de la reproducción, como una dimensión humana que debe ser garantizada y protegida”.

Asociado a este concepto se definen la orientación sexual como la dirección en la que se expresan y establecen relaciones de orden erótico y afectivo y la identidad de género como la manera como una persona desea ser reconocida en la expresión de su género, independientemente del sexo que se le haya asignado al nacer. De manera general si en esta identidad hay concordancia entre el sexo asignado al nacer y el género expresado, se denomina

persona cisgénero, si no existe concordancia entre el sexo y el género asumido, se trata de una persona transgénero.

Relacionado a lo enunciado sobre sexualidad, es posible incluir la **salud sexual**, sin embargo, para comprender esta relación se parte de la definición que la OMS brinda sobre la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social; no solamente es la ausencia de enfermedad”. Considerando, que para lograr este estado es preciso reconocer que, además de la responsabilidad personal que el cuidado de la salud implica, la cual incluye el acceder a los servicios de salud que se encuentran disponibles, cada vez que se estime conveniente; existe una responsabilidad otorgada al estado y, por consecuencia, a la sociedad, reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Entonces al ser la sexualidad un aspecto inherente al ser humano, que atraviesa sus distintas expresiones, dimensiones y aspectos de la vida y la salud, un estado de bienestar y satisfacción en las distintas dimensiones de la persona se puede concluir, es un ejercicio pleno de la sexualidad, en condiciones adecuadas contribuirá a la salud psicológica, emocional y física de las personas.

Así, se entenderá la **Salud Sexual** como la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad (...) la salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos (...) para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OMS, 2018)²¹.

De igual manera propone que la “salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La atención a la salud reproductiva se define como el

conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. Requiere de un enfoque positivo e individualizado de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia” (OMS, 2003)²².

Las compresiones anteriores, permiten enmarcar **los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos**, los cuales se consideran de manera independiente pero interrelacionada y tienen como finalidad el bienestar de las personas y su realización personal. Estos, son Derechos Humanos fundamentales y universales y de su reconocimiento se deriva el estado de salud sexual y reproductivo de las personas.

En tal sentido, “los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son el marco de referencia para entender la sexualidad como un asunto individual que implica una característica esencial de la identidad. Es decir, como un factor tan relevante que implica el ejercicio mismo de ser humano” (ENDS, 2015)²².

Así, los Derechos Sexuales suponen relaciones y prácticas sexuales igualitarias que garanticen el pleno respeto de la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias del comportamiento sexual (MSPS, 2014). Mientras que los Derechos Reproductivos hacen referencia a la posibilidad de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos e hijas que se quieren o no tener.

Los enfoques y referentes planteados permiten hacer una comprensión integral del tema de estudio, reconociendo por ejemplo que, factores tales como la pobreza, la desigualdad social y de género, la violencia sexual y las costumbres limitan la vida de la sexualidad en las mujeres.

La libertad de elección respecto al sexo y la reproducción, no son decisiones individuales y libres, sino que responden a determinantes de orden estructural que afectan las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, al incidir directamente en su autonomía, la autonomía sobre su cuerpo y expresar y aceptar distintas formas de violencia (sea expresa como la sexual o formas sutiles como la dependencia económica) que regulan la sexualidad y la fertilidad.

Categorías de análisis relacionadas

Desde esta lógica, a continuación, se presenta información de algunos de los ejes temáticos que se abordan en el estudio y que enmarcados en los referentes anteriores brindan información pertinente para la comprensión de las situaciones en las que se afecta el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres lesbianas, como parte del complejo de relaciones de los determinantes en salud.

Características sociodemográficas

Si bien, éstas se entienden como aspectos que ayudan a describir a las mujeres que participan en la investigación, desde una mirada más amplia, aspectos como edad, estrato, nivel educativo, refieren a condiciones de vida y a lo que desde el enfoque de determinantes se denominan determinantes individuales. Es de tener en cuenta, por ejemplo, cómo, según el Boletín técnico del DANE (2018)²³, la tasa de desempleo para las mujeres que completaron la educación media fue (15,6%), mientras que la de los hombres, fue de (9,4%). La tasa de desempleo de las mujeres que completaron la educación universitaria fue (10,9%) y la de los hombres (8,5%). Estos datos reflejan las condiciones de inequidad que afectan indirectamente la vinculación al sistema de salud y en tanto a las posibilidades de hacer consultas oportunas. Si bien estos datos no contemplan la OS, la edad o el estado civil, si permiten evidenciar como el nivel educativo

en sí mismo no es determinante para facilitar mejores condiciones para la calidad de vida de las mujeres mientras las barreras estructurales no se modifiquen.

Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas

Los estudios indican que las personas de los sectores LGBT muestran un mayor consumo de cigarrillo y alcohol si se les compara con personas heterosexuales (Pizcani et al., 2009, citado por Barreto, 2010)²⁴ y “estas disparidades se exacerban durante la transición de la juventud a la edad adulta joven” como lo indican Youatt y otros (2015)²⁵.

Estos análisis resultan similares a los señalados por Ortiz y otros (2009)²⁶ en donde al comparar jóvenes heterosexuales con jóvenes de los sectores LGBT, encontraron que estos “fumaban con más frecuencia ≥ 6 cigarrillos por día” y reportaron haber sufrido violencia familiar, haber cometido delitos contra ellos y haber sufrido violaciones de sus derechos.

Este mismo estudio, respecto a las mujeres lesbianas y bisexuales, señala que éstas tenían más probabilidades de consumir alcohol que las mujeres heterosexuales, concluyendo que la mayor prevalencia de consumo de cigarrillos y alcohol está dada por la manera en que socialmente pueden presentarse, a las creencias en torno al ser lesbiana y la mayor discriminación que se vive al ser mujer y tener una OS no normativa.

En este sentido, Tucker, Ellickson & Klein, (2008)²⁷ indican que las mujeres bisexuales pueden presentar mayor incidencia de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas que las mujeres heterosexuales, manifestando creencias pro-drogas más fuertes, menor autoeficacia de resistencia; más exposición a parejas que consumen sustancias y reportes de peor salud mental.

Youatt y otros (2015) adicionalmente reconocen que esta diferencia en el consumo está dada por las creencias que lo motivan, desde donde las personas de los sectores LGBT, consideran que fumar es una forma de superar los factores estresantes, comunes a los individuos heterosexuales y LGBTQ; ayuda a aliviar los factores estresantes relacionados con la

sexualidad, ayudando a amortiguar el aislamiento social, a encajar en un grupo y a sobrellevar los sentimientos negativos internos relacionados con la identidad sexual; finalmente consideran que fumar es una parte arraigada de la cultura LGBTQ.

Los autores coinciden en que el consumo de estas sustancias no está dado por la OS, sino por las condiciones en que esta se puede vivir, siendo estas sustancias las que median también las relaciones de homosocialización necesarias para el bienestar, por lo que se asocian a la discriminación, la violencia y las inequidades en salud dadas por la OS.

Realización de exámenes y condiciones de salud

La consulta médica preventiva y oportuna, también está asociada a un tema de género, en donde los hombres en la lógica del riesgo que han aprendido en su modelo tradicional de masculinidad consultan menos los servicios de salud, sin embargo, practican más deporte, duermen más horas y tiene más horas de descanso y ocio que las mujeres. Esto asociado a las inequidades en la distribución de las labores del hogar, las tareas de cuidado, los asuntos reproductivos y las cargas laborales.

Según el informe de Salud y Género (2013)²⁸ realizado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, también existen diferencias en cómo manifiestan hombres y mujeres sus quejas y dolencias. La frecuencia de dolencias crónicas es del doble al triple en el caso de las mujeres en todas las categorías principales de enfermedades crónicas: artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza, fibromialgias y depresión.

Es preciso hacer una diferenciación en lo que respecta a la salud sexual y a la salud reproductiva. Temas asociados a la salud reproductiva son atendidos con mayor prioridad que aquellos que involucran la experiencia sexual, siendo estos últimos consultados con mayor vergüenza y dificultad. Sin embargo, esta asociación no es aplicable en las consultas de los

hombres, para quienes parece funciona de manera inversa, consultando con mayor tranquilidad aspectos de la salud sexual como pueden ser temas de ITS, afectaciones asociadas a las relaciones sexuales (Hemorroides, erección, entre otras).

En esta categoría se incluyen exámenes propios de la SSSR de las mujeres como la citología vaginal, y los requeridos para detectar cáncer de seno, así como las consultas y tratamientos asociados a ITS.

Autoexamen de seno. Este examen permite el seguimiento sistemático y autónomo por parte de las mujeres sobre el estado de las mamas. Considerando que pequeñas alteraciones pueden ser detectadas al tacto y que en ese control cuidadoso las mujeres podrán identificar dichos cambios para consultar oportunamente al especialista. Según el MSPS (2010), el autoexamen de seno contempla la inspección y palpación de los senos por parte de la misma mujer, con el objetivo de que esta llegue a definir su propia normalidad. Este examen debe mejorar el conocimiento de las mujeres acerca de sus senos y alertarlas frente a cualquier cambio para acudir al médico. Al realizarlo de manera sistemática la mujer logrará familiarizarse con las características palpatorias (superficie, consistencia y textura). No se recomienda como prueba única de tamización, ya que no ha demostrado impacto en la reducción de la mortalidad, debe complementarse con las otras pruebas.

Examen clínico de seno. Este examen es realizado por un/a profesional de la salud entrenado, que realiza una inspección y palpación en los senos de la mujer. Evalúa los límites mamarios, la simetría y la nodularidad fisiológica, teniendo en cuenta aspectos como la posición del paciente, límites mamarios, patrón de exploración, posición de los dedos, movimiento y presión, y duración del examen.

Mamografía. Acorde al MSPS, la mamografía es una radiografía de las glándulas mamarias en la que se toman distintas proyecciones de acuerdo con el tipo solicitado. La mamografía se puede realizar con fines diagnósticos o de tamización. Con fines diagnósticos, son aquellas

pruebas que se practican a las mujeres que consultan por síntomas mamarios o en quienes se encuentran signos mamarios al examen clínico. La mamografía de tamización se hace en mujeres asintomáticas en el marco de un programa de tamización.

Citología cervicouterino. Acorde a la ENDS (2015)²², la citología es una prueba de tamización que consiste en la toma de muestras de las células de la unión escamocelular (exocervical) o también llamada zona de transición y del endocérvix, para identificar posibles alteraciones. Como indica el MSPS (2014)²⁹ los programas de prevención de cáncer de cuello uterino la emplean como una prueba primaria de tamizaje. Con la identificación de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) como condición necesaria para el desarrollo de cáncer de cuello uterino, se han abierto nuevos horizontes para su control, como la vacunación contra el VPH como estrategia de prevención primaria.

Cáncer de mama. “La mortalidad por cáncer de mama representa cerca del 12% de muertes por cáncer en las mujeres colombianas con una tendencia a su incremento. Algunos estudios han puesto en evidencia que la mayoría de los diagnósticos se hacen en estados tardíos, lo que tiene implicaciones sobre las posibilidades de supervivencia. Por lo tanto, es necesario fortalecer la detección temprana de este cáncer en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las pruebas diagnósticas necesarias y mejorando la oportunidad en la atención. Los métodos de tamizaje han mostrado una reducción de la mortalidad por esta causa, se debe hacer tamizaje de oportunidad con mamografía cada dos años acompañado del examen clínico anual de la mama” (MSPS, Colciencias, INC, 2013 citado por MSPS, 2014).

Tanto la citología vaginal como el autoexamen de seno, se consideran pruebas que ayudan de manera preventiva o precoz la atención al cáncer de cuello uterino y al cáncer de seno respectivamente.

Prácticas sexuales

Las prácticas sexuales y el comportamiento sexual de las mujeres lesbianas en el marco de este estudio son relevantes desde la asociación de éstas con prácticas de autocuidado, la atención a situaciones de exposición o riesgo para adquirir una ITS y con las posibilidades de bienestar psicológico, emocional y afectivo.

La invisibilidad del sexo entre mujeres se relaciona a la idea predominantes del sexo como cualidad masculina y por tanto, penetrativo, que lleva a suponer que las lesbianas no tienen sexo y por ende no requieren cuidados. Como indica Brown y otros (2014) la idea acerca de no necesitar cuidados en las prácticas sexuales entre mujeres se extiende a las mismas mujeres lesbianas y bisexuales, prejuicio que se constituye como una importante barrera para el acceso a la salud.

Pese a los anterior, distintos estudios como los referenciados a continuación permiten evidenciar que estas, como todas las prácticas sexuales, pueden representar distintas formas de exposición y por tanto prácticas de cuidado.

Así, Logie, C. y otros, (2016)³⁰, quienes resaltan que el estigma sexual es un factor asociado con la aceptación de prácticas sexuales no seguras. En su investigación encontraron que los casos con niveles bajos de apoyo social y niveles más altos de estigma sexual promulgado se asociaron con menos prácticas sexuales seguras, mientras que en los niveles altos de apoyo social se revirtió la relación.

Por su parte estudios como los realizados por Marrazzo (2004)³¹, al considerar el encuentro sexual entre mujeres, más allá de la identidad, tradicionalmente se ha considerado que no representa riesgo para adquirir ITS y en este sentido tampoco para cáncer de cuello uterino. Más adelante, Mora, C., Monteiro, S. (2010)³² señalan en su estudio que las “identidades y vínculos sexuales atribuidos a las interacciones sexuales con mujeres y hombres desempeñan un importante papel a la hora de ejercer una influencia en cómo se percibe la vulnerabilidad”,

y que la “noción de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH no está bien desarrollada entre las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres”. Reafirmando el planteamiento inicial sobre las creencias en torno al riesgo en las relaciones sexuales entre mujeres, la cual aumenta el riesgo por una parte de contraer ITS al considerar no se requieren el uso de barreras o las prácticas de autocuidado.

Al respecto se hace interesante resaltar la observación de Mora, C., Monteiro, S. (2010) al indicar que las mujeres que participaron en el estudio que manifestaron ser lesbianas o bisexuales y tener relaciones con hombres, consideran que “el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual y el VIH es un problema menor puesto que tales relaciones son 'ocasionales' y en general ocurren con personas que conocen muy bien”. Así, la percepción de riesgo está asociada no solo al sexo de la pareja, sino a la frecuencia de los encuentros sexuales, y a la cercanía o conocimiento de la persona.

Logie, C., James, J., Tharao, W., Loutfy, M. (2012)³³ resaltan en su estudio, que a pesar del número considerable de mujeres que se identifican como lesbianas, existen pocos datos que aborden sus necesidades de salud, señalando la importancia de contar con datos sobre las infecciones de transmisión sexual, la prueba de Papanicolaou y la displasia cervical para guiar la práctica clínica, el desarrollo de políticas y la educación de las pacientes.

En este sentido se sabe que el uso de los datos de vigilancia para este propósito es limitado porque las clasificaciones de riesgo excluyen el sexo entre mujeres o las incluyen bajo una conducta considerada como de menor riesgo, sin embargo, los reportes científicos sobre las ITS, permite establecer que el virus del papiloma humano (VPH), la vaginosis bacteriana (VB) y el virus de herpes simple (VHS) tipo I y II, la candida, la tricomoniasis y la sífilis pueden ser transmitidas por contacto sexual de mujer a mujer^{34,35,36,37}.

Respecto al VIH, desde el punto de vista biológico, las mujeres son de 2 a 4 veces más propensas a la infección que los hombres, teniendo en cuenta: la anatomía genital femenina, la

mayor exposición y facilidad con la que se pueden presentar rasgaduras en el aparato genital y las condiciones de las secreciones vaginales que generan obstáculo al VIH. A estos aspectos biológicos se suman las condiciones psicológicas y sociales que aumentan el riesgo, como la creencia de invulnerabilidad, el inicio temprano de las relaciones sexuales, las prácticas sexuales sin protección y los contactos con múltiples parejas que pueden tener durante su vida sexual y reproductiva (MSPS, 2012 citado por MSPS, 2014).

A pesar de lo anterior, la OMS considera que en Colombia las mujeres no son un grupo poblacional priorizado, por tener una epidemia concentrada³, razones por las que se pasa por alto la infección en las mujeres y más aún cuando su OS es homosexual.

Sin embargo, algunos reportes indican que aproximadamente el (3%) de todos los casos reportados en EE. UU. en el 2003 ocurrieron en mujeres que tiene sexo con mujeres³⁸. Es de anotar que según la información disponible en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en el 2017 los casos reportados de VIH, el (11.89%) correspondieron a mujeres, sin que se indique la OS de las mismas.

En conclusión, estos estudios refutan la idea que las mujeres tienen menos probabilidades de adquirir infecciones de transmisión sexual, mientras brindan pistas para el diseño de programas de prevención que recoja las prácticas y el cuidado de las mujeres lesbianas.

Violencias

Como se indica en el “Informe sombra para el Comité de la CEDAW. Situación de las mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans en Colombia 2013-2016”³⁹ “el ordenamiento jurídico colombiano cuenta con distintas normas para la garantía de los derechos de las mujeres

³ Epidemia concentrada refiere a que se ha propagado con rapidez por lo menos en un subgrupo de población definido, en comparación a lo que sucede en población general. La estimación nacional de prevalencia para la población general en el grupo de 15 a 49 años para el año 2014 fue de (0.4%), mientras que según los estudios de seroprevalencia realizados entre el 2010 y 2012, en población transgénero estaba en (15%), en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) del (12.3%), en habitantes de calle (6.6%), en usuarios de drogas inyectables (5.5%) y en mujeres trabajadoras sexuales (1.1%) (MSPS, 2015)

lesbianas, bisexuales y transgénero, que sancionan la violencia basada en género (VBG) y la discriminación.(...) La Ley 1257 de 2008 de prevención de la violencia contra las mujeres, la Ley 1448 de 2011 de reparación integral a las víctimas del conflicto armado y la Ley 1482 de 2011 conocida como Ley Antidiscriminación, y la Ley 1761 de 2015 que tipificó el delito de feminicidio, incluyeron dentro de su ámbito de protección la orientación sexual e identidad de género (OSIG), y de este modo a las mujeres LBT”.

Así mismo se reconoce como el país ha aceptado distintos Acuerdos internacionales que protegen a las mujeres y propenden por condiciones de equidad social, sin embargo, es preciso reconocer distintas formas de violencia hacia a las mujeres y que, a pesar de los avances normativos, culturalmente tienen algún tipo de aceptación que las válida y mantiene.

Violencia de género. Las violencias de género se sustentan en las relaciones asimétricas de poder, que configuran una estructura y unos lugares tanto para hombres como para mujeres, ubicándolas en una posición de sumisión y vulnerabilidad (MSPS, 2016). Lógica que se extiende hacia las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”⁴⁰, y define que:

“todo acto de violencia por razones de sexo que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”, incluyendo así, las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado”⁴¹.

La sociedad no sólo ve la violencia contra las mujeres de una manera naturalizada, influyendo a través de sus instituciones como la familia y la Iglesia, o mediante la socialización en las escuelas, sino también el Estado que no satisface las demandas de las mujeres, por tanto, las estrategias para abordar la salud de las mujeres también deben abordar comportamientos/roles de género que afectan la salud de la mujer (Navarro, 2016).

Violencia por prejuicio. Se entiende así los discursos, expresiones y/o actos de violencia física que expresan la idea de que las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas o intersexuales, no deben ser reconocidas con pleno derecho en el orden social o legal, de que sus conductas son sospechosas y su existencia misma y sus derechos plenos deben ser regulados, limitados o contenidos de manera efectiva por el Estado. Esta forma de violencia, antes denominada crímenes de odio, reconoce que es el odio, el recelo o los prejuicios hacia individuos o grupos cuya raza, religión, orígenes o etnia, género, OS o identidad de género es diferente de la suya o se la percibe como tal la motiva que se comentan conductas criminales, que implican agresiones físicas, homicidios y manifestaciones como “violación curativa”, la cual es un delito de esta categoría, motivado por la creencia que las mujeres son lesbianas porque no han conocido o han tenido relaciones sexuales con hombres que las motiven a mantenerse en su lugar de mujeres.

El informe de Derechos Humanos de Colombia Diversa (2018)⁴², indica que “de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales de protección de las personas LGBT, la violencia por prejuicio hacia la OS o la identidad de género constituye una forma de violencia basada en género, ya que se origina en “las normas sociales tradicionales sobre género y sexualidad” que dan lugar a las desigualdades de género y a la discriminación generalizada de las mujeres y de las personas lesbianas, gays, bisexuales y/o trans”.

Sin embargo, según el informe sombra para el Comité de la CEDAW, “Situación de Mujeres Lesbianas, Bisexuales y personas Trans en Colombia 2013-2018”, en donde se indica que “entre 2013 y 2017 fueron asesinadas 194 personas LBT: 160 personas trans, 32 mujeres lesbianas y 2 mujeres bisexuales; y al menos 80 de estos crímenes habrían estado motivados por el prejuicio hacia la OSIG de las víctimas”. ninguno se ha imputado como feminicidio por el asesinato de una mujer lesbiana o bisexual.

Violencia doméstica. El estudio sobre “violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas” (2004)⁴³ indica que la violencia contra la mujer en la pareja es uno de los problemas de salud pública con creciente incidencia y mortalidad. A la fecha aproximadamente, un tercio de las mujeres de todo el mundo eran víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos.

Al respecto, el informe de la ILGA (2007)⁴⁴ señala que, dentro de las parejas del mismo sexo, aunque esta violencia puede tomar muchas formas (física, acoso sexual, abuso emocional, control social o económico) es un tema tabú. Indica también que esta violencia puede estar relacionada con el temor a que se haga pública la OS, (por tanto el temor a la pérdida de trabajo, de la aceptación familiar o social), la propia homofobia interiorizada, la idea que el abuso es parte de una relación intrínsecamente enfermiza y la naturalización de las expresiones violentas como parte de las relaciones afectivas en las mujeres; el miedo a ser estigmatizada en un mundo heterosexual, la percepción de la pareja lésbica como único refugio ante una sociedad discriminadora, y la propia imagen de la lesbiana como mujer fuerte.

En este sentido, Kevin L., Makadon, J. (2011)⁴⁵ establecen que la “salida” puede constituir una herramienta de abuso como una barrera para buscar ayuda. Esto dado en que, al ocultar la OS por temor al estigma y la discriminación, las parejas abusivas pueden aprovechar esta situación como una debilidad y explotar el miedo a través de distintas formas de violencia,

incluida la amenaza de una salida forzada. A esta situación se le debe considerar que muchas personas ya han sufrido situaciones de violencia y abusos previos, sea en la familia, la escuela o la comunidad, lo que puede reforzar su naturalización y dificultad para buscar ayuda.

También anotan los estudios que el heterosexismo genera dos implicaciones directas en el tema, la primera enmascara la violencia en parejas del mismo sexo, dado que los reportes se centran en hombres que agreden a sus esposas o novias y los sistemas judiciales aún consideran extrañas las denuncias para parejas del mismo sexo, lo que limita las posibilidades que las mujeres accedan a presentar denuncias. La segunda, estructura formas de violencia, es decir, que la violencia en parejas del mismo sexo, se acoge a patrones establecidos, en donde el “ciclo de la violencia doméstica” (fase de tensión, agresión y reconciliación), regula las relaciones y en etapas de reconciliación persuade para que no se presenten las denuncias correspondientes y la agresora sea escusada o justificada, sin desligarlo de las relaciones de poder desiguales que afectan asuntos de matrimonio, divorcio y propiedad familiar.

Como indica Barrientos (2016)⁴⁶ el principal factor de tipo relacional asociado a la perpetración de violencia en parejas del mismo sexo es el desequilibrio de poder existente en la pareja. Estos mismos autores indican que la presencia de un tipo de violencia sutil o simbólica, la intensidad, la continuidad y la duración temporal del uso de estrategias violentas no solo marcan la diferencia, si no que dificultan el estudio de esta situación. A lo que se agrega que el “carácter estigmatizado de estas relaciones puede provocar problemas tanto en las medidas como en el reporte usados para evaluar esta violencia”. Finalmente, señalan que, pese a las transformaciones acontecidas, aún persiste el prejuicio y la estigmatización hacia las parejas del mismo sexo, el cual puede generar una menor visibilidad e infravaloración de la situación y dificultar la denuncia por parte de la víctima, Por el contrario, el prejuicio y la estigmatización hacia las parejas del mismo sexo podrían promover el silencio y el aislamiento, lo que probablemente agrave su malestar.

Servicios de salud

Como lo señala Martín, J (2013) es importante señalar que los servicios de salud deben atender a cuatro componentes que conforman el derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

“La *disponibilidad* consiste en la obligación del estado de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención. La *accesibilidad* determina que las personas puedan acceder a los establecimientos, bienes, servicios, teniendo en cuenta cuatro aspectos: la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad (al alcance de todos y con pagos basadas en el principio de equidad) y el acceso a la información. La *aceptabilidad* exige que el servicio prestado se ciña a la ética médica y al respeto de las personas. Y, por último, la *calidad* obliga a brindar un servicio en condiciones sanitarias adecuadas, en relación con la atención, los procedimientos, la capacidad profesional del personal, los medicamentos y los equipos”.

En tal sentido, desde el alcance de este estudio no se contemplan aquellos propios del Sistema de Salud o de las instituciones en lo que concierne a las estructuras físicas, ubicación o costos, por ejemplo; para centrarse en aquellos que se ven afectados por situaciones de discriminación por OS.

Lo anterior al considerar que, según los estudios, de manera general las mujeres lesbianas presentan bajos índices de acceso a servicios de salud debido al temor a ser discriminadas y no existen protocolos de atención que consideren prácticas sexuales homoeróticas (Martín, 2013).

De igual manera es relevante resaltar que según los estudios algunas lesbianas no revelan su OS a su médico o médica (internista, ginecólogo...), por la presuposición sobre su heterosexualidad, afectando la confianza y la capacidad de revelar aspectos de vida íntima. Este hecho como lo señalan Silberman, P., Buedo, P, Burgos, L. (2015)⁴⁷ reproduce acciones médicas que tiene que ver con la exclusión y discriminación. Por su parte, Vergara (2012, citada por Martín, 2013) indica “que sólo entre un 48 y 60% de lesbianas asiste a consultas

ginecológicas, y sobre todo que, de este porcentaje, sólo un 30% habla sobre sus prácticas sexuales”.

Frente a lo anterior, estudios como el de Nama y otros (2017)⁴⁸ señalan que los y las estudiantes de medicina reportan un alto nivel de comodidad y confianza al brindar atención médica a pacientes LGBT, lo que indica transformaciones frente a la atención y posiblemente en los procesos de formación. Sin embargo, estas investigadoras también reconocen como parte de las barreras: “la falta de conocimiento sobre el riesgo de enfermedades y sus métodos de protección y rastreo por parte de los profesionales de la salud, y la incompleta anamnesis sobre la historia sexual de sus pacientes”. En general plantean, que las mujeres que acuden a los servicios sanitarios preferirían comunicar su OS, pero son acalladas por la intervención del/a profesional.

Vida Reproductiva

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Corte Constitucional, en congruencia con las evidencias científicas disponibles, conceptuaron que “la orientación de los padres no afecta de ninguna manera al desarrollo de niños, niñas y adolescentes”. Este planteamiento está en consonancia con los conceptos y fundamentos manejados en salud sexual; en general, se considera que la OS es una característica íntima e inmodificable a lo largo de la vida, que no cambia significativamente por la OS de los padres ni por otros factores relacionados con el proceso de crianza o del entorno de desarrollo.

Pese a lo anterior, como lo indica Domínguez y Montalbán (2012) “el bienestar y el desarrollo psicológico de los/as menores que se crían en este tipo de familias ha sido un tema recurrente para cuestionar la validez y la calidad de sus relaciones familiares”. Es por esta última razón que las parejas de madres lesbianas se exponen a una doble discriminación, resalta Álvarez, G y Romo, N (2015), proveniente de una parte, del ámbito social y la estructura dada

desde el sistema sexo-género de donde se deriva un modelo concreto de familia, así como lo señala Donoso (2013) citada por Domínguez “El proceso de construcción de la maternidad lésbica se produce en permanente tensión entre la voluntad y las elecciones individuales y las limitaciones culturales, sociales, legales o simbólicas del contexto”.

Por otra parte, encuentran discriminación en el ámbito sanitario, el cual trae vulneración de los derechos de salud sexual y la salud reproductiva, sustentada en varias razones: 1 Cuando se ha abordado el derecho a la maternidad se ha pensado en la mujer heterosexual. 2. Las acciones encaminadas a la defensa de los derechos de las personas LGBT se han centrado en los homosexuales masculinos. 3. Los estudios tienden a reproducir un modelo concreto de familia y de reproducción cuya máxima es la heterosexualidad. De esta manera, se limitan los accesos a otras formas de procreación y como lo indica Domínguez “la reticencia que existe hacia el uso de esta tecnología por parte de aquellas personas no legítimas” se manifiesta de múltiples formas, que no solo son económicas.

Por último, es de anotar que este tema es de gran debate por las diversas problemáticas que se pueden desarrollar a su alrededor, como la filiación, la relación jurídica entre los intervinientes, siendo la más fuerte la social y la aceptación de formas de engendrar o procrear que rompen el modelo tradicional de familia y la asignación de los roles correspondientes.

Desde el entendido que los derechos reproductivos no solo refieren a la posibilidad de tener hijos/as sino también al no tenerlos, en esta sección se indaga sobre embarazos e interrupción, diferenciando de aquellos casos en los que la interrupción se realiza bajo las situaciones previstas por la Sentencia C355 de 2006 promulgada por la Corte Constitucional, de los que se realizan por decisión personal, en situaciones distintas a las estipuladas en la sentencia.

De esta manera, es de anotar, como lo indica la OMS en su comunicado de prensa de 2017, que entre el “2010 y el 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos

(45% de todos los abortos) al año. La mayoría de los abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina”.

Se estiman como abortos peligrosos aquellos “realizados por personas no cualificadas o con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas”. Estos abortos pueden terminar en muerte por hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, infecciones o aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo).

En tal sentido, la OMS determina que “en los países donde al aborto está completamente prohibido o se permite solo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro; por el contrario, en los países donde el aborto es legal en supuestos más amplios, casi 9 de cada 10 abortos se realizó de manera segura”.

Dentro de las razones que pueden propiciar el recurrir a un aborto inseguro, se encuentran las leyes del país, el costo de acceder a un servicio seguro, la disponibilidad del servicio, la cualificación de profesionales y la sanción o aceptación social que este tenga. Por tales motivos, en el país se siguen practicando abortos inseguros y mujeres siguen muriendo a causa de estos. Finalmente se anota que “la prestación de servicios de aborto legal y sin riesgos es esencial para cumplir el compromiso mundial con el Objetivo de Desarrollo Sostenible relativo al acceso universal a la salud sexual y reproductiva”.

Marco Metodológico

Diseño del estudio

Esta investigación se desarrolla desde un diseño mixto, empleando técnicas e instrumentos de tipo cualitativo y cuantitativo para el levantamiento de información primaria, proveniente además de diferente tipo de actores.

Siguiendo a Muñoz (2013)⁴⁹ el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema o para responder a preguntas de investigación.

Técnica Cuantitativa

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

Instrumento

El instrumento empleado fue una encuesta que cumplió con las condiciones técnicas de validez y confiabilidad de un instrumento objetivo. Sobre estos aspectos se indica que se acogió lo expuesto por Frances y otros (2014)⁵⁰ y se ha entendido la encuesta “como una investigación

realizada sobre una muestra de sujetos utilizando instrumentos estandarizados de preguntas y respuestas, con el fin de obtener mediciones cuantitativas”.

De esta manera, se comprende que la encuesta es un método, como también lo indican López y Fachelli (2015)⁵¹ y por tanto su “aplicación significa el seguimiento de un proceso de investigación en toda su extensión” que involucra un conjunto de técnicas, como la construcción del cuestionario, la medición y la construcción índices y escalas, la codificación, la organización y seguimiento del trabajo de campo, la preparación de los datos para el análisis, las técnicas de análisis, el software de registro y análisis, la presentación de resultados.

Esta comprensión como lo indican Frances y otros (2014), acoge unos principios que permiten: “entrevistar a sólo un grupo de la muestra”, emplear como instrumento un cuestionario para “realizar a todos los entrevistados las mismas preguntas, en el mismo orden, y en una situación similar, de modo que las diferencias son atribuibles a las diferencias entre las personas entrevistadas”. Y, por último, reconocer, que “la información derivada de la aplicación del cuestionario a la muestra de los sujetos entrevistados produce una información de carácter cuantitativo que es analizada con técnicas estadísticas presentando resultados agregados”.

Estrategia operativa de trabajo en campo

La estrategia permitió emplear distintas formas de divulgación de la encuesta y acercamiento a las mujeres para que la contestasen, las cuales fueron establecidas teniendo en cuenta algunas dificultades identificadas durante la validación del instrumento, entre las que se encuentra las prevenciones de algunas mujeres para responder a interrogantes sobre asuntos íntimos, sobre los cuales, ellas mismas no se habían cuestionado.

Así, se estableció que la respuesta fuera auto diligenciada con dos medios de aplicación: uno virtual a través de *LimeSurvey* y otra opción en papel para cuando la entrevistada así lo prefiriera o para cuando las condiciones de aplicación lo requiriera.

Sin afectar las condiciones éticas se estableció contacto directo con un grupo de mujeres identificadas de manera previa como *lideresas o movilizadoras sociales*, a quienes se les informo del estudio, sus objetivos y la relevancia del mismo, para invitarlas a participar diligenciando la encuesta, y referenciar a más mujeres que cumplieran los criterios de inclusión (ser mayor de 18 años, vivir en Bogotá y ser mujer cisgénero, lesbiana), esto con el fin de lograr participación de mujeres con distintas condiciones sociodemográficas que enriqueciera el estudio.

De igual manera se realizó la difusión a través de redes sociales tanto institucionales como personales (de quienes hacían parte del equipo de trabajo) de una invitación para participar junto con el vínculo para ingresar a la encuesta.

Es de indicar que la garantía de anonimato pudo contribuir a que más mujeres respondieran la encuesta sin que por ello desaparecieran las dificultades para abordar los diferentes aspectos de la misma, sobre los cuales se profundizara más adelante.

Población de referencia

Esta investigación se concentró en mujeres cisgénero lesbianas, mayores de 18 años, que habitan en Bogotá. Estos criterios de inclusión se establecieron teniendo en cuenta aspectos de distinta índole, todos enmarcados en la PPLGBTI, sus objetivos y metas. Dentro de los criterios, el que habitase en Bogotá, claramente tiene que ver con el alcance de la investigación, al pretender generar acciones de política, es Bogotá el escenario de actuación de la SDP como coordinadora de la PPLGBTI.

El ser mayor de edad, está asociado a los aspectos éticos de la investigación y al acceso a la información, la libertad de participación y el exponer asuntos de la vida privada. De ninguna manera esta consideración pretende desconocer que mujeres de menos de 18 años pueden tener dificultades para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos o pueden experimentar barreras de acceso para asegurar su salud; sólo se centra en aquellas que desde el referente legal están en libertad de participar en este tipo de estudios sin tener que contar con permisos de quienes ejercen como tutores/as.

El ser mujer cisgénero lesbiana lleva al referente de la autonominación o autoidentificación, el cual antes y durante el proceso de investigación motivó varias reflexiones y cuestionamientos. Es importante precisar nuevamente, que esta investigación surge como respuesta a las solicitudes de las organizaciones de mujeres lesbianas de la ciudad y a la necesidad reconocida por la Dirección de Diversidad Sexual (DDS), de contar con información sobre el tema. En este sentido, el marco de referencia se da desde la estructura misma que sustenta la Política Pública LGBTI (PPLGBTI) desde los principios técnicos de la investigación y la importancia de delimitar tanto los objetivos del estudio como las características de las poblaciones de estudio y, por último, y más complejo aún, es reconocer los procesos de construcción identitarias como referentes protectores o no en entornos de salud y acceso a la salud sexual, y el ejercicio de derechos.

Si bien, desde la PPLGBTI se han reconocido distintas experiencias y vivencias de sexualidad que trascienden lo identitario, por tratarse de un primer estudio, el aspecto de “nombrarse” o asumirse como lesbiana toma valor en la conceptualización que fundamenta la investigación, poniendo en evidencia la necesidad de explorar de manera más rigurosa las prácticas sexuales, y prácticas en salud de las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, sin mediación de la identidad frente a la OS.

Participantes

Finalizado el periodo de aplicación se lograron 332 registros en el aplicativo virtual y luego de efectuar las depuraciones correspondientes resultaron 259 encuestas adecuadas, de los cuales 12 eran aplicaciones realizadas en papel que se ingresaron para sistematizar y unificar los datos. Las demás encuestas se eliminaron por tratarse de mujeres transgénero, mujeres bisexuales y hombres que intentaron diligenciarla sin completar el registro.

Técnica Cualitativa

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

Grupos Focales

Desde el postulado que una representación es una construcción colectiva y por tanto en el discurso de un grupo de participantes, en el que se generan imágenes, conceptos, lugares comunes, expresa y pone en evidencia a la comunidad o colectivo social del que hace parte, es posible, encontrarse a través de los grupos focales con profesionales de la salud, como colectivo.

Esta técnica con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación.

Participantes

Los grupos focales se realizaron con la participación del equipo distrital de Espacio Público, LGBT, personas en ejercicios de prostitución y Gobernanza, los cuales además de hacer atención específica a la ciudadanía, realizan asistencia técnica y acompañamiento en procesos de sensibilización y capacitación a profesionales de las 4 subredes de Bogotá. Las personas participantes son profesionales de la salud (medicina, enfermería, psicología, trabajo social) en su mayoría (20), aunque también estaban presentes quienes actúan como gestoras sociales (10), por lo que se realizó en el análisis la diferenciación de la información para mantener los lineamientos establecidos.

Realización

Se realizaron dos grupos focales, en los cuales se indagó por aspectos como:

- Capacitación en salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas. Participación en cursos de actualización, diplomados sobre la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres lesbianas.
- Existencia y conocimiento de protocolos o lineamientos que den respuesta a las necesidades propias de la salud de mujeres lesbianas.
- Realización y conocimiento de investigaciones sobre la salud sexual y salud reproductiva de mujeres lesbianas (enfoques, temas de interés, etc.).
- Información sobre los determinantes que afectan la salud de las mujeres lesbianas y la predisposición asociada a algunas enfermedades.
- Percepciones de riesgo y acciones que se toman en consulta. (Si se ordenan pruebas de laboratorio específicas para la detección de infecciones comunes, o se siguen procedimientos médicos específicos, cuando se conoce la OS de las mujeres que consultan).

Antes de iniciar la conversación grupal se realizó una breve encuesta sobre aspectos relacionadas con la formación y la adquisición de conocimientos específicos.

De las 30 personas asistentes, se cuenta con información de 27, de las cuales 17 respondieron de manera negativa a todas las preguntas. De las 10 encuestas restantes se encuentra de manera general:

Tabla 1. Información sobre participantes grupos focales

Pregunta del cuestionario	Respuestas
¿Durante su formación profesional, recibió algún tipo de información sobre SSSR que sea útil para la atención de mujeres lesbianas?	No recibió información específica sobre la SSSR pero que si resulta útil para la atención como es el uso del espejo vaginal y la atención en la toma de citología. La información fue dada por la Organización Mujeres al Borde, no por parte directa de la universidad. Recibió información a través de la participación en procesos investigativos. Recibió información sobre DSDR.
¿En el ejercicio profesional ha recibido algún tipo de información sobre SSSR que sea útil para la atención de mujeres lesbianas? Si es el caso, ¿de qué tipo y en qué circunstancias?	Los y las asistentes resaltaron el trabajo realizado en años anteriores con el servicio amigable y la que se recibe a través del trabajo con las organizaciones.
¿Ha realizado algún curso de actualización o diplomado relacionado con salud sexual y salud reproductiva, que ayude a la atención de mujeres lesbianas? De ser así, ¿cuál y en dónde?	Los y las asistentes mencionan los foros de la Secretaría Distrital de Salud.
¿Existen protocolos o lineamientos para la atención en salud a mujeres lesbianas? De ser así, ¿cómo es su aplicación?	3 de las participantes hacen referencia a la Resolución 3280 de 2018.
¿Conoce investigaciones o estudios relacionados con la SSSR de mujeres lesbianas? Por favor, si la respuesta es afirmativa, realice la referencia, en caso de que esta sea negativa, ¿cuál cree es la razón para que estos estudios no se realicen o no se divulguen?	4 de las asistentes referencian conocer estudios e investigaciones e indican que estos no se divulgan por la poca relevancia que se le da al tema.

Fuente: Encuestas equipos de salud. UNOCD-SDP, 2019

Entrevistas semiestructuradas

Surgen ante la necesidad de indagar sobre aspectos puntuales relacionados con la consulta en salud sexual y en ginecología.

La entrevista como una conversación en la que se intercambian apreciaciones focalizando en un tema de interés, permitió indagar sobre algunos imaginarios sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas, algunas situaciones que afectan o limitan la calidad de la consulta y algunas recomendaciones para el abordaje de la temática.

Realización y participantes

Las entrevistas se realizaron con el propósito de contar con información proveniente de especialistas en el área de la salud sexual. Se realizaron tres entrevistas cortas a médicos/as especializados en el tema (ginecólogos/as y sexóloga) por lo que se acudió a un médico ginecólogo de una IPS privada, a una médica ginecóloga de una EPS y a una médica sexóloga que realiza consulta particular.

Procesamiento de la Información.

El procesamiento de la información cuantitativa lograda a través de las encuestas de aplicación virtual, se realizó a partir de la base de datos correspondiente. Una vez se contó con esta base, se realizaron ejercicios de depuración y control de la calidad de la información para poder iniciar con los análisis estadísticos. Estos son principalmente de tipo descriptivo, a través de los cuales se da cuenta de características y comportamientos de la población.

Por su parte, tanto los grupos focales y de las entrevistas, se registraron en sistemas de audio, para posteriormente ser transcritas. Esta información se organizó a través de categorías que emergieron durante la sistematización de las transcripciones.

Aspectos éticos de la Investigación.

Atendiendo a los protocolos internacionales, las mujeres participantes, así como los y las profesionales de la salud, fueron informados de manera verbal sobre los objetivos de la investigación, beneficios, riesgos conocidos o inconvenientes, libertad de retirarse en cualquier momento y confidencialidad de toda la información que brinden, indicando que ésta será usada para los fines descritos.

Dada, también, cierta sensibilidad frente a los aspectos sobre los que se indaga se adoptó que la participación fuese anónima, de tal manera que para acceder a la encuesta no se requerían datos de identificación y la divulgación de esta fue pública a través de redes sociales.

Se establecieron canales de comunicación para la aclaración de inquietudes y se generan espacios para la presentación y discusión de los resultados, de manera que además de regresar a las mujeres la información obtenida, se puedan usar estos datos de manera estratégica para la incidencia social, así como para la construcción de recursos didácticos, comunicativos e informativos que apoye las acciones de la PPLGBTI y el trabajo de las organizaciones que abordan estos temas.

Análisis de Resultados.

Análisis instrumentos cualitativos.

La información proveniente del personal de salud, lograda a través de las entrevistas y los grupos focales se organizan en tres categorías amplias, que facilitan la comprensión de los discursos que entorno a la salud sexual y la salud reproductiva expresan los y las profesionales y que intervienen en la calidad de la atención y en las posibilidades de las mujeres lesbianas para ejercer los derechos propios de estos ámbitos. Estas categorías están dadas por aquellos elementos que asocian a lo estructural del sistema, aquellos que relacionan con los y las profesionales o que son propiamente de su resorte, y finalmente los que atribuyen a las mujeres. Finalmente se organiza un cuarto aspecto que son algunas recomendaciones que surgieron en estos espacios conversacionales.

Dificultades asociadas al Sistema de Salud.

Se han agrupado en esta categoría a aquellos asuntos que están asociados a las estructuras o lógicas institucionales impuestas directamente por el sistema de salud y que afectan el acceso a servicios de salud sexual oportunos y de calidad para las mujeres lesbianas.

Los y las profesionales indican que estas barreras de tipo estructural afectan indistintamente a todas las mujeres, desde donde se restringen algunos exámenes, se limitan las instituciones prestadoras o se controlan los tiempos de la atención, de tal manera, que se afecta la calidad de la atención y las posibilidades de establecer comunicaciones más personalizadas con las consultantes.

“no creo que haya barreras en cuanto a la orientación sexual, sino que en nuestro sistema de salud lamentablemente existen ese tipo de barreras, que toca trabajar en ellas, pero no es asociado al tema de la orientación” (Entrevista).

“es como la violencia ejercida por el sistema que pone el tiempo, que pone diagnósticos, que no reconoce emergencias dentro de la sexualidad, dentro de la salud mental (...) si la señora viene porque viene una arritmia o si es diabética, no tiene insulina y no tiene la hipertensivo pues eso es más urgente que resolverle que no tenga sexo y el médico en consultas de 15 minutos a 20 minutos tiene que priorizar lo que a su concepto es más urgente para el paciente” (Entrevista).

También se señala en esta categoría, la dificultad para acceder a mecanismos de protección, asociado a las inequidades en salud que viven las mujeres, haciéndose más fuertes en lo que refiere a la sexualidad entre mujeres.

“nosotros trabajamos el condón femenino, porque el condón permite proteger unas áreas externas de la vulva en la relación sexual, pero un condón femenino vale 7000, 8000 pesos” (Grupo focal)

“los métodos para las mujeres lesbianas son difíciles de conseguir, desde las máscaras en adelante, entonces esto genera un desconocimiento para esta población” (Grupo focal).

En esta categoría también se incluyen los aspectos relacionados con la capacitación de los equipos y su permanencia en las instituciones. Esta situación es expresada por los y las profesionales que trabajan con las instituciones de orden distrital, quienes indican que la capacitación, formación y sensibilización para lograr atenciones diferenciales se hace difícil por situaciones administrativas y cuando se logra su realización, no es posible tener resultados, por la terminación de contratos y vinculación de nuevos equipos.

Sobre las consideraciones aquí agrupadas es posible pensar que, si bien existe sustento objetivo, pues el SGSS de por sí genera barreras para la garantía de este derecho, también puede

ser el recurso con el que se justifica 1. la no realización de una atención diferencial, dado que se entiende que este enfoque (diferencial) requiere mayor disposición de tiempo y atención por parte del profesional, posiblemente por la comprensión misma de lo que es el enfoque. 2. La realización de abordajes que no responden a los criterios de atención integral en salud sexual. Como lo indica Navarro (2016) la atención a la salud integral por parte de los profesionales de la salud no puede dejar de considerar la interacción entre los diferentes determinantes de la salud. 3. Como expresa este mismo autor, resulta llamativo cómo en las ofertas de cuidados de salud se sigue verificando la “hegemonía de la dimensión anatomofisiológica”, de manera que los modelos de intervención siguen siendo, en su esencia, biomédicos. Estos aspectos conllevan a que las mujeres no sean reconocidas en sus múltiples diferencias y necesidades, sino que se considere que todas al tener cuerpos similares requieren lo mismo, desconociendo sus entornos, acceso a información o nivel de desinformación, e incluso asuntos más íntimos como sus temores en la atención, red de apoyo o vida afectiva.

Dificultades asociadas a los y las profesionales de la salud.

Género. Llama la atención que en las entrevistas surge el género de quien efectúa la consulta como un factor a considerar, desde el entendido que no afecta el contenido, sino la relación que puede darse en la atención.

Es así, que consideran que el género interviene en la posibilidad o no de ser empáticos/as en la atención y aunque al respecto surgieron contradicciones, es importante estudiar cómo estas concepciones intervienen en la consulta (siendo compartidas tanto por las consultantes como por los y las profesionales) y pueden constituirse en barreras.

“de repente una médica mujer o una enfermera pues piensa que lo que está haciendo de verdad no duele, no incomoda y a la otra si le está incomodando. Puede tener menos

empatía, que de pronto un hombre que nunca ha experimentado que le pongan un espéculo por allá, de pronto la otra sí lo experimento y dice ¿pero porque esta así?, si tampoco es tan terrible!” (Entrevista).

“quizás un hombre es más sensible y cuidadoso con las consultantes, porque no sabe lo que se siente, pero también porque media el asunto legal, todo está sujeto a demandas por acoso o quejas por maltrato” (Entrevista).

Respecto a las contradicciones, estas se indican a continuación: Según uno de los médicos entrevistados, la atención ginecológica puede ser más considerada y cuidadosa si es un hombre quien la brinda, como lo expresa en el fragmento anterior. Por su parte una de las médicas sugiere que cuando la atención es por parte de una mujer, puede generarse más confianza.

Estas reflexiones llevan a reconocer los aprendizajes que como sujetos sociales los y las médicas tienen y la influencia que las estructuras patriarcales y relaciones heterocentradas han tenido en las formas en cada uno/a se relaciona. Así, los prejuicios e ideas relacionadas con el deber ser de los roles, las relaciones y la familia, entre otras, pueden ponerse en juego en el escenario de la consulta y determinar las ideas sobre su consultante y sobre si mismos/as, de tal forma que lo que interfiere no es el género de quien hace la atención, sino sus propias construcciones, creencias y prejuicios. Lo que invita nuevamente a la importancia de reconocer por parte de los y las profesionales de la salud sus propios lugares y aprendizajes respecto a temas relacionados con la sexualidad y evaluar la calidad de la atención para asegurar que la consultante sea atendida en sus necesidades reales.

También se consideran el lugar del género y los valores que se le atribuyen, al momento de elegir el médico o médica tratante, tal como se indica a continuación:

“siento que, en nuestra sociedad, qué sigue siendo muy machista muy hetero patriarcal, todavía hay mucho estigma de con quién consulto y si soy mujer y consulto con una mujer de pronto, (...) puede resultar más sencillo hablar, como si un hombre consulta con otro

hombre, (...) sin embargo esto no es una regla, (...) pero puede ser un determinante a la hora de buscar o hacer preguntas más puntuales con relación a la sexualidad” (Entrevista).

Lo que se encuentra en la línea de lo descrito por Brown y otros (2006)⁵², quienes plantean que, en la consulta ginecológica, el proceso de visibilidad/ invisibilidad se encuentra condicionado por la autoridad y la desigualdad entre personal médico y pacientes, siendo más evidente cuando “el profesional es un varón ya que en esos casos las dificultades para informar la orientación homosexual son mayores”. Acudiendo a una ginecóloga mujer como un medio para superar o disminuir la desigualdad en el vínculo, lo que supone que se sienten más cómodas entre mujeres, o porque buscan protección, cuidado y contención: son los motivos que las llevan a preferir otra mujer como profesional ginecológico.

Formación. De manera reiterada la formación y capacitación profesional, surge en los discursos tanto en los grupos focales como en las entrevistas. Al reconocer la importancia de esta, los vacíos y carencias existentes, así como también los cambios que se han dado en los procesos de formación profesional y la apertura que las instituciones educativas han venido haciendo.

Así, reconocen por ejemplo la necesidad de recibir formación y mayor conocimiento específico en mujeres con relaciones homoeróticas, sobre factores de riesgo específicos para enfermedades de transmisión sexual o que tienen alguna asociación con esas, por ejemplo, el cáncer de cuello y mecanismos de protección en relaciones sexuales.

Sobre estos aspectos es de resaltar que si bien, reconocen que esta formación y capacitación debe estar más centrada en aspectos que mejoren la relación con la consultante y la actitud del/a profesional, apoyando el desarrollo de habilidades de escucha y generación de empatía para la entrevista, aun esta notoriamente sesgada hacia la enfermedad y la prevención.

Oportunidad para comunicar la orientación sexual. Si bien, es claro que comunicar la OS durante la consulta médica es una decisión personal, que al parecer se manifiesta cada vez de manera más frecuente; también reconocen que esta decisión que en principio debería darse naturalmente en la consulta ginecológica, es influida por la actitud del/a profesional que la realiza.

“la consulta de ginecología estaría abierta para eso, entonces sí creo que depende de ambos (haciendo referencia a la mujer que consulta y al/a profesional que la atiende), que la mujer quiera contar, que el médico de la confianza para contar...” (Entrevista).

A pesar de que en entrevistas con ginecólogos/as, éstos indican que cada vez es más común que sus pacientes les cuenten su OS, siendo que no es el hecho más íntimo que les comparten en la consulta, existe la idea que es un asunto que corresponde a la mujer y que depende de ella, obviando su papel en esta interacción.

“si esta mujer se abre, y habla sobre tu orientación es probable que el profesional de el siguiente paso y hable de las otras cosas (...) que van a ser determinantes reales”
“el sólo hecho de que una mujer mencione su orientación, independientemente de que sea diversa o no, ya le da al profesional como la confianza y sabe que es una paciente que le puede hablar con más tranquilidad y con más frescura del sexo y de pronto le puedo dar más herramientas para una vida sexual (...)” (Entrevista).

Estos elementos están asociados a las recomendaciones para la consulta, en donde sugieren que las mujeres deben comunicar su OS, independientemente del médico/a, sabiendo que tienen el derecho a terminar la consulta si no se sienten cómodas con la respuesta de este, sin embargo, como lo indican Brown y otros (2006) en las consultas médicas, se trata siempre de cuerpos sexuados, tanto de parte de las pacientes como de los y las profesionales, por ende, ante cada profesional se evalúa, se piensa, y se decide hacerlo o no: depende de lo que el

profesional transmita, de cuán visibilizada esté la mujer, de cómo llegó al profesional o de los vínculos de éste con otros espacios como el trabajo o la familia.

Por otra parte, también como lo indican los autores, se ha de considerar la incomodidad que por el desconocimiento, experimenta e/la médico/a, que no espera encontrarse frente a una mujer lesbiana o bisexual en el marco de la consulta; hecho que está cambiando y que como lo presentan los distintos informes, aun cuando las practicas homoeróticas puedan ser toleradas no son reconocidas y se hallan fuertemente invisibilizadas.

Es de notar entonces, que indistintamente la razón, no preguntar la OS y hablar sobre las prácticas sexuales no heterosexuales en las consultas, contribuye a reproducir la invisibilidad de la homosexualidad femenina y reafirmar en las partes los prejuicios de una sociedad hegemoníamente heterosexual, en la que cada vez menos se presenta una discriminación explícita, el rechazo a la atención o los malos tratos, sino el silencio ante no tener nada para decir por no haber sido capacitado/a en el tema, por no saber cómo reaccionar, por no saber cómo resolver o qué decir. “Es el silencio del desconocimiento, de no tener información para ofrecer” (Brown, 2014).

Estas barreras relacionadas con el género, la formación y la generación de un espacio adecuado para que se le comunique la OS, genera algunas reflexiones dado que reflejan: 1. que en lo que concierne a la salud sexual y la salud reproductiva, las responsabilidades se delegan en un tercero (sin rostro), de manera que los/las profesionales no pueden/tienen como hacer transformaciones, así, el género (sexo) es asunto de la biología o la cultura, la formación, de las universidades y sus currículos, y el que se le comunique la OS, de la mujer que consulta, sin que, ninguno de estos, este mediado por el accionar del/a profesional. Entonces, transformar los estereotipos y prejuicios, capacitarse y buscar información pertinente para su trabajo, o generar espacios de confianza y respeto, pareciera que no son plenamente de su competencia.

2. de igual manera, reflejan los prejuicios que se han instaurado y naturalizado respecto a las mujeres lesbianas, la salud sexual, a salud reproductiva e incluso su propia labor. Esto de ninguna manera desconoce las aperturas sobre el tema y especialmente sobre los derechos, sino que evidencia la permanencia de un discurso menos violento, pero que de manera más sutil, igualmente puede discriminar desde lo que a la salud corresponde,

Dificultades asociadas a las mujeres.

Se reitera que esta organización de la información es con fines prácticos, no se pretende una mira lineal o simplista de la situación en salud sexual de las mujeres lesbianas, por el contrario es esta multiplicidad de aspectos los que intervienen y que afectan su bienestar. También es preciso indicar que estos aspectos no son naturales, y por el contrario se presentan por condiciones culturales y de contextos que limitan que las mujeres y particularmente las mujeres lesbianas accedan a información de manera oportuna, de calidad, veraz y adecuada a sus necesidades, es decir, que puedan ejercer este como un derecho sexual.

Información. Sobre este aspecto se concuerda con los estudios, en que las afectaciones en salud sexual y en salud reproductiva de las mujeres lesbianas, no están asociadas a ellas mismas, sino por ejemplo a las prácticas sexuales, a los cuidados en estas prácticas, pero también al contexto en el que se encuentra, en términos de acceso a la información, ejercicio de derechos, o condiciones asociadas a vulneraciones.

Tanto en las entrevistas como en los grupos focales surge la consideración sobre la información que poseen las mujeres, indicando que persisten creencias equivocadas que pueden conducir a malas prácticas o desatención en su cuidado y que la falta de información específica en temas de sexualidad y salud sexual es un aspecto que requiere ser abordado.

“(...) de las ITS, las mujeres lesbianas piensan que a ellas no las toca porque a veces tenemos un concepto que la ITS son por características penetrativas y heterosexuales”
(Grupo focal).

“un juguete mal usado fácilmente puede generar un desgarre vaginal, un sangrado, una infección; (...) si hay relaciones sexuales y están compartiendo juguetes tienen riesgo, ya que no hay mucha cultura de poner un condón a un juguete y es por cuidarse” (Entrevista).

En este sentido, manifiestan ser partícipes de acciones de educación como estrategia de prevención, lo que significa intervenciones tanto en la atención especializada como en acciones colectivas. Sin embargo, al tener que atender asuntos distintos en la consulta y reconocer las limitaciones que tienen estas acciones en términos de cobertura y alcance, consideran que sigue siendo un asunto de la mujer.

“Me ha tocado enseñar a muchas sobre los condones femeninos, sobre cómo cuidarse, sobre cómo proteger cuando hay contacto vagina a vagina, fluidos, quitar un poco de prejuicios al respecto, porque muchas ni saben, ni saben que pueden utilizar un condón corriente para protegerse, (...) entonces se vuelve una consulta diferente” (Entrevista).

“realmente, en las intervenciones llegamos a pocas y son muchas las mujeres que se quedan con esas ideas, (haciendo referencia a ideas equivocadas sobre la protección en las relaciones sexuales) entonces si el profesional (que hace la atención) tiene el enfoque es otra la información que ella se lleva” (Grupo focal).

Finalmente, se puede concluir que se requiere un trabajo conjunto que fortalezca la calidad de la información para la transformación de prejuicios y se evidencia la intención de poner la sexualidad en distintos espacios y de maneras más naturales; sin embargo, la preocupación centrada en la protección y el cuidado no puede aislar las ideas de placer, erotismo y bienestar

asociadas a la sexualidad, por lo que se requieren más reflexiones frente a la sexualidad de la mujer.

Derechos reproductivos. Los aspectos relacionados con los derechos reproductivos no fueron reiterativos, ni se presentaron con fuerza, lo que es una forma de evidenciar los silencios y ausencias sobre las garantías necesarias para que estos derechos e incluso, las formas en que las mujeres lo asumen.

Los y las participantes reconocen los obstáculos para que se pueda acceder fácilmente a las tecnologías de reproducción asistida y a los costos económicos y sociales que ello conlleva, pero también plantean condiciones que parecen determinaciones de la mujer, haciendo referencia a los métodos para lograr “embarazarse”, sin contemplar aspectos identitarios, de orientación y de libertades eróticas y afectivas, de manera que, si se desea atender este derecho, se afectan otros.

“generalmente la mujer lesbiana como que omite la parte de la planificación porque no lo considera necesario (...) pero por el concepto de ser mujer, si es su deseo y voluntad de estar en gestación y tener su hijo, teniendo una relación de pareja homosexual puede, (...) olvida que puede tomar su propia decisión” (Grupo focal).

“seguramente a lo largo de los años lo han venido haciendo con o sin médico, eso es lo de menos o sea aquí se consigue a cualquiera en un bar, un amigo y nunca sabrá el otro que fue papá, que fue donante, yo creo que desde el tema médico no hay problema, aquí es un tema de aprender la tolerancia a ese tipo de situación”.

De esta manera, la salud reproductiva se piensa en términos de procreación, la cual está rodeada de las inquietudes que socialmente persisten, por lo que nuevamente es responsabilidad de la mujer la decisión, el método para lograr la gestación, y los recursos para afrontar los prejuicios sociales.

“Si es por lograr embarazo (...) con un donante, el problema es el que viene después, que salgan de la mano y que esté embarazada y que la gente dice “pero cómo es eso, cómo fue ahí” ese es el estigma social con lo que hay que luchar, lo que genera problema, en un colegio cuando las dos vayan a llevar al niño ¿qué van a decir los papás?, ¿qué va a pensar el niño?, ¿cómo educarlo?”.

De esta manera, esta categoría da cuenta de la comprensión de lo que es la sexualidad, la SSSR y los DSDR, de la manera en que se percibe a la mujer como responsable de estos aspectos, sin considerar las mediaciones sociales y culturales que afectan que efectivamente se puedan tomar estas decisiones libremente.

Las barreras asociadas a las mujeres limitan la comprensión de la SS, la SR y los Derechos, al hacerlas responsables de estos asuntos, sin considerar determinantes sociales y al desconocer lo que significa la OS desde la experiencia amplia de la sexualidad. Estos aspectos deben motivar reflexiones sobre las comprensiones que se han dado en torno a los Derechos, y sobre los discursos en lo que en harás de “empoderar” a la mujer también le dejan como única responsable, olvidando el lugar del entorno y la propia responsabilidad del sistema de salud.

En general la información obtenida a través de estas técnicas evidencia los aspectos que en SSSR son desatendidos, la manera en que se ignora aspectos propios de la vida sexual que no se limitan al comportamiento y prácticas en la relación sexual, sino de la experiencia emocional, afectiva y corporal, desde donde la OS se hace relevante, sobre todo al ubicarse en condiciones y contextos en los que la OS homosexual es motivo de discriminación, vulneraciones o violencias, y por lo tanto es importante integrarla a la consulta médica. Sobre este aspecto, es posible pensar que se considera que la salud sexual es asunto más de “conciencia de uno, como de cuidado de la mujer, más que de la pareja que se tenga”.

Lo anterior, sin desconocer discursos más incluyentes, que ponen de manifiesto el reconocimiento de condiciones dadas por la OS, las necesidades hacer atenciones con enfoque diferencial y la importancia de atender de manera efectiva las necesidades de las mujeres.

Consideraciones para la atención.

Dentro de esta categoría se recogen los aspectos que tanto en las entrevistas como en los grupos focales se consideraron deben tenerse en cuenta en la atención en salud sexual para las mujeres lesbianas.

Estas propuestas se organizan en tres líneas, asociadas a las categorías de análisis. La primera refiere a los ajustes estructurales que pueden facilitar herramientas para mejorar la calidad de estas atenciones, la segunda enfocada en los y las profesionales, respecto a la información que se debe suministrar, la actitud en la atención y el desarrollo de algunas prácticas y la tercera recae en las mujeres y la actitud en la consulta.

1. Sobre los ajustes estructurales. Existen asuntos normativos sobre los cuales no se puede impactar, pero mencionan la necesidad de un instrumento que “direccione” la atención, facilite información relevante que los y las profesionales deben conocer respecto a la sexualidad de las mujeres lesbianas y ayude a que se sistematice la atención para que esta no dependa de las particularidades del/a profesional.

“(...) lo que debe existir es una guía de manejo. La guía de manejo es las pautas como debes empezar a hacer un abordaje de unas personas” (Grupo focal)

“un protocolo que pueda llegar a todos los profesionales en salud, (...) es la única manera en que a todos los profesionales en salud les puede llegar la información” (Grupo focal).

Es interesante reconocer que esta propuesta surge específicamente en los grupos focales, lo que sugiere que son estos equipos quienes evidencian las irregularidades en la atención, dada entre otras razones por la rotación en la contratación y los constantes cambios en las condiciones y calidades de los y las profesionales.

2. Sobre la línea que refiere a los y las profesionales y los aspectos de información, reconocen como tema central el del cuidado de juguetes sexuales. Lo cual es interesante por la apertura que sobre el tema sugiere, pero especialmente, porque da cuenta de unos temas que ya se dan por abordados e interiorizados en las prácticas de las mujeres, como la toma periódica de la citología, por ejemplo.

“el uso de ciertos juguetes sexuales, (...) el compartir los juguetes sexuales no han tenido la intervención que se requiere para que las mujeres aprendan a hacer un adecuado uso, una limpieza a usar de hecho algunos preservativos para evitar la contaminación bacteriana”
(Entrevista).

En esta línea también reconocen la importancia que los y las profesionales estén atentos en lo que la consultante dice, para facilitar la comunicación y con mayor precisión indagar en el motivo de consulta. Considerando que en muchas oportunidades la presión del tiempo no permite mantener la capacidad de escuchar y de tratar de “buscar las necesidades ocultas de una paciente”.

“...que los médicos busquemos un poquito lo oculto, lo que la paciente no le cuenta a uno, ya que eso es el arte de la consulta, casi nunca el motivo de la consulta es la necesidad de verdad, (...) pero si uno tiene esa capacidad de escuchar y poder enfocar y direccionar el interrogatorio pues la consulta será más exitosa”
(Entrevista).

Respecto a las consideraciones sobre las prácticas médicas que afectan la atención y que requieren seguir siendo abordadas, según las personas participantes de los grupos focales es en la toma de citología, aspecto que no fue tan reiterativo.

“el tema de la utilización de los espéculos en personas que no tienen relaciones sexuales penetrativas ha sido una cosa muy recurrente porque cuando la mujer ya es mayor el profesional en salud puede asumir que ella tiene relaciones sexuales penetrativas y no pregunta” (Grupo focal).

3. Respecto a la mujer que consulta se evidencia la necesidad no solo de que esté informada, es decir, no solo que tenga conocimientos sobre los temas asociados a su salud sexual, como ITS o mecanismos de protección, sino que se asuma distinto en la consulta, que ejerza sus derechos como consultante y también asuma responsabilidad en los procesos de cuidado propio. Este planteamiento implica, por ejemplo, hacer explícito el motivo de consulta, sin esperar a que el o la profesional lo “descubra”.

“creo que el énfasis hay que cambiarlo, en cómo las mujeres también hacen exigencias en sus derechos en la consulta, cómo de entrada pueden preguntar por su motivo de consulta, cómo pueden contar su orientación sexual sin sentirse temerosas...” (Entrevista).

“antes de ir ya están predispuestas frente a la atención que les van a prestar, entonces decirles que existe también una corresponsabilidad (...) si el médico pregunta ¿usted planifica?, decir bueno “yo no planifico porque mis condiciones de vida son estas...”, decirle “lo que debería preguntarme tendría que ser esto” (Entrevista).

En este sentido, también se requiere preparación y apertura frente a su propia sexualidad y a la forma en que asume su OS, de forma tal, que si el o la profesional indaga por su OS ella

no lo asuma de manera negativa, sino que comprenda la relevancia de este asunto en la resolución de su motivo de consulta.

“Eso tiene que ser en doble vía, tanto en personal de la salud, (...) la gente de planeación, de educación, allá en colegios, en todo lado, ¿por qué razón?, porque si uno como profesional les pregunta, bueno y ¿tú qué orientación eres? (no piense) “¿este man por qué me va a preguntar eso? ...” (...) que se sienta que es algo natural el abordaje diferencial, (...)” (Grupo focal).

Dentro de las ventajas que las mujeres comuniquen la OS, los y las profesionales reconocen:

- Brindar información que ayude a identificar riesgos específicos.
- Poder conversar sobre conductas sexuales o prácticas sexuales y los factores de riesgo asociados.
- Facilitar consejos prácticos para disfrutar más de su sexualidad.
- Generar una relación de confianza que permita atender otros motivos de consulta.
- Hacer remisiones a otros especialistas, si así se considera pertinente.

Esta apertura respecto a la propia sexualidad facilitaría que las mujeres consultaran por temas relacionados con la sexualidad, haciendo de éste un motivo de consulta relevante y merecedor de atención también por los servicios médicos.

“el paciente no está acostumbrado a ver eso como un problema real siempre ve sus problemas de sexualidad como el problemita que pueda llevar años existiendo y no lo ha matado, entonces como no lo mata da espera y como da esperar no necesariamente es por lo que consulta. Sí un paciente llegará con la determinación de consultar por problemas sexuales pues la urgencia de cualquier profesional de salud en ese momento sería resolverle sus problemas sexuales, pero el paciente por vergüenza, porque no lo considera tan importante lo quiere camuflar...” (Entrevista).

En conclusión, lo que sugieren es que el éxito de la atención no depende exclusivamente del/a profesional, de las preguntas que realice o la confianza que genere, sino que la mujer que consulta tiene un lugar activo, desde donde puede propiciar estas condiciones, y lograr que su necesidad sea efectivamente atendida.

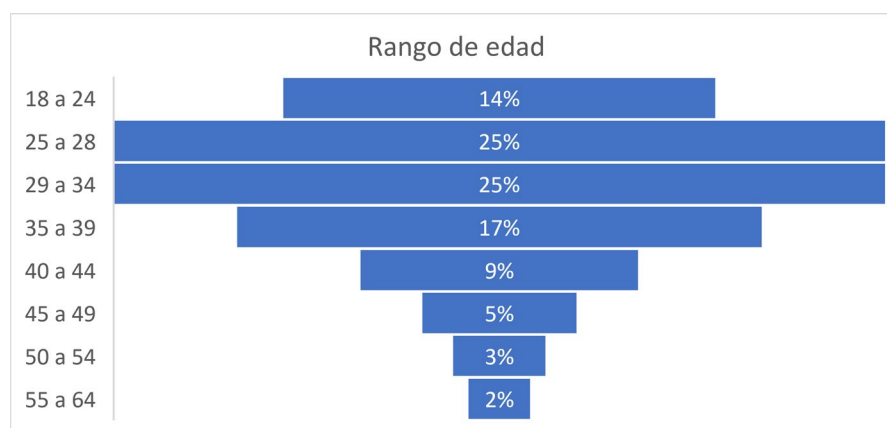
Análisis de instrumento cuantitativo.

Los resultados de la encuesta se presentan según las secciones en las que esta se estructuro. Así: 1. Aspectos sociodemográficos. 2. Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas. 3. Prácticas en salud. 4. Vida reproductiva, 5. Relación con los servicios en salud, 6. Pareja y relaciones eroticoafectivas 7. Prácticas sexuales, 8. Violencias y discriminación, 9. Red de apoyo y soporte social.

Aspectos Sociodemográficos.

Como se mencionó antes, estos aspectos hacen una aproximación a las características y condiciones de las mujeres que participaron en el estudio, por lo que ofrecen un contexto a la información recogida. Como lo señalan los referentes, estos aspectos determinan en primera instancia una serie de condiciones que pueden dificultar o facilitar el acceso a servicios de SSSR y en tal sentido al ejercicio de los DSDR.

La información suministrada a través de la encuesta, permite caracterizar a las mujeres participantes de la siguiente manera:

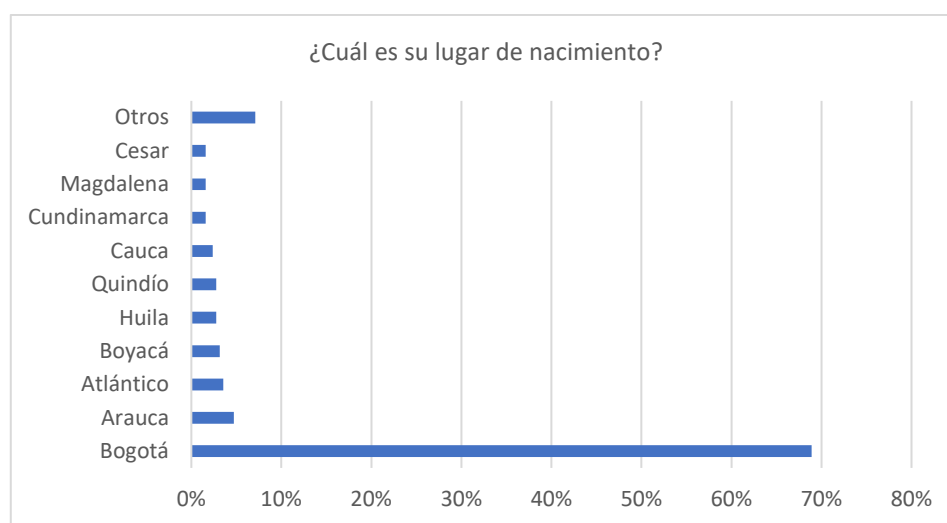
Edad*Ilustración 1. Distribución por edad*

Fuente: Encuestas mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019

El rango total de edades está comprendido entre los 18 y los 63 años, siendo 32 la edad promedio y el rango entre los 25 y los 39 años, donde se encuentra la mayor cantidad de las mujeres que contestaron la encuesta. Es importante mencionar que estos resultados son congruentes con los datos de la Línea de Base de la Política Pública LGBTI 2018, (en adelante, LB-PPLGBTI2018)⁴ basada en datos de la Encuesta Multipropósito (EM), en donde la edad promedio de las mujeres lesbianas en Bogotá⁵ es de 37.66 años con una desviación estándar de 14.34 años. Más de un cuarto de las mujeres lesbianas en Bogotá (27,3%) tienen entre 18 y 26 años, el (26.4%) tienen entre 27 y 35 años, el (26.2%) tienen entre 36 a 49 años, el (14.9%) se encuentran entre los 50 a 54 años y, el (5.3%) se encuentran en una edad de 55 años o superior.

⁴ Las encuestas Multipropósito y Bial de Cultura integran los indicadores de medición de la PPLGBTI, lo que permitió hacer una medición actualizada de los mismos.

⁵ En Bogotá se reconocen 10.597 mujeres como lesbianas, según datos expandidos Línea de Base PPLGBTI 2018, SDP-DDS-SDP

Lugar de origen.*Ilustración 2. Distribución por lugar de origen*

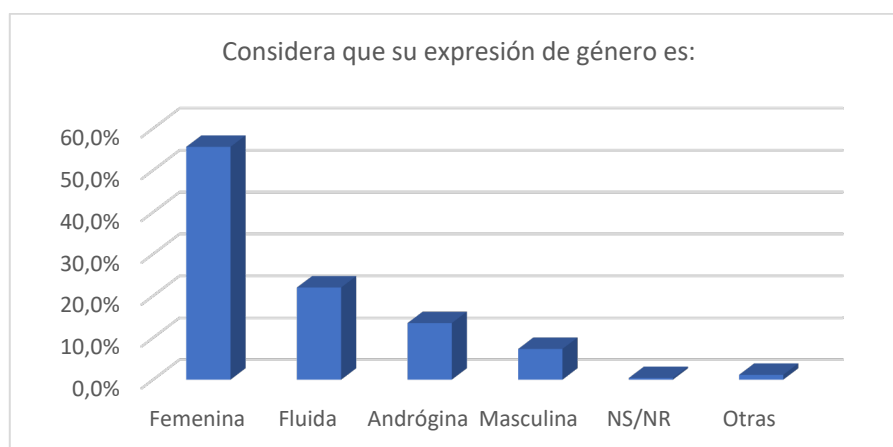
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019

El (69%) de las mujeres participantes son de Bogotá, con porcentajes entre el (3%) y el (2%) de otros departamentos del país. En la categoría de otros, se agruparon valores menores, que refieren lugares como Caldas, Córdoba, Tolima, Norte de Santander, Valle del Cauca o Meta. Es de anotar que en el estudio participaron cinco mujeres extranjeras: Venezuela (2), Chile (1), Guatemala (1) y Honduras (1).

Que el porcentaje de mujeres de Bogotá sea tan alto, toma valor en la medida que facilita el acceso a los servicios de salud al no tener que hacerse traslados por movilidad y tener la posibilidad de un o una médico/a tratante, entre otros aspectos. También permite suponer redes de soporte y afecto solidas que generen beneficios a la salud.

Expresión de género.

Ilustración 3. Referencias a la expresión de género



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Como se observa en la gráfica anterior, el porcentaje más alto respecto a la expresión de género esta dado por quienes se consideran femeninas (55,6%), seguido por fluida (22%), andrógina (13,5%), masculina (7,3%). En la opción de *otras* se incluyen respuestas como “neutra pero ruda” o “no binaria”.

Esta pregunta se complementa con *¿Cómo que se identifica o se nombra respecto a su orientación sexual?*, la cual libremente indaga por las expresiones propias desde donde construyen identidad. Algunas de las respuestas que llaman la atención refieren al nombrarse “gay” y “homosexual” y con menor recurrencia se encuentran adjetivos como “Arepera”, “Pansexual”, “Tomboy”, “Queer”, “Marica”, “Machorra”. Aunque se observa que prima el hecho de ser mujer y nombrarse desde allí como primer lugar identitario.

Esta información resulta interesante a considerar en los abordajes y estrategias que desde salud se realizan, para contemplar la diversidad en las construcciones identitarias y la multiplicidad de experiencias posibles desde allí. En este sentido también alimenta los elementos de reflexión de la PPLGBTI.

Estrato.*Tabla 2. Distribución por estrato*

Estrato	%
1	3,86
2	25,87
3	46,72
4	18,92
5	3,09
6	1,54
Total	100

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La participación en el estudio fue principalmente por mujeres que habitan sectores de estrato socioeconómico 3 con un (46.72%), seguido del estrato 2 (25.87%) y el estrato 4 (18.92%). Esta distribución responde a la distribución de la población en la ciudad, en la que la mayor concentración está en el centro, aunque también puede asociarse a que son los estratos en los que se ha alcanzado mayores niveles de aceptación de la OS y mejores recursos personales para hacerla pública.

Nivel Educativo.

Un (15.44%) se han titulado de programas técnicos o tecnológicos y el (41.31%) han realizado una carrera profesional y estudios a nivel de postgrado el (29.72%). Es claro que son mayoría aquellas que han terminado una carrera profesional y además han realizado estudios de posgrado, frente a quienes solo alcanzaron la primaria (0.77%) o el bachillerato(12.74%) (la mayoría, menor a los 28 años de edad). Si se comparan estos datos con la LB-PPLGBTI2018, los rangos superiores de educación son favorables para el (28.8%) de las mujeres encuestadas lo que, sin ser concluyente, permite aproximar que las mujeres lesbianas, tienen un nivel educativo medio y alto, y en este sentido se evidencia mejorías en el acceso a la educación.

Ocupación.*Tabla 3. Actividad realizada durante la semana anterior*

¿Durante la semana anterior...	%
Trabajó?	59,1
Buscó trabajo, pero había trabajado antes?	18,5
Estuvo en otra situación?	7,7
Estudió?	6,9
No trabajó, pero tenía trabajo?	5,4
Vivió de jubilación o renta y no trabajó ni buscó trabajo?	1,5
Buscó trabajo por primera vez?	0,8
Total	100

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La información anterior resulta de interés frente a la pregunta por la ocupación durante la semana anterior, en donde el (59.1%) indicó haber trabajado, mientras que el (18.5%) señaló haber buscado trabajo. Otras situaciones como estudiar, no haber trabajado, pero tener trabajo, en donde, por ejemplo, se incluye estar en periodo de vacaciones, representan el (20%). Esta información evidencia un alto porcentaje de ocupación por parte de las mujeres que participaron en el estudio, lo que se asocia a la vinculación laboral y a la mayor participación de mujeres en rangos de edad productiva.

Limitación permanente.

Respecto a la existencia de alguna limitación permanente, el (7.9%) reportan esta situación. Siendo la dificultad más frecuente para *ver* con el (5 %), seguida por las dificultades para *caminar* (2%) y para *oír* (1%).

Estado Civil.

Frente a la pregunta que indaga por el estado civil, considerando las uniones libres, se encontró:

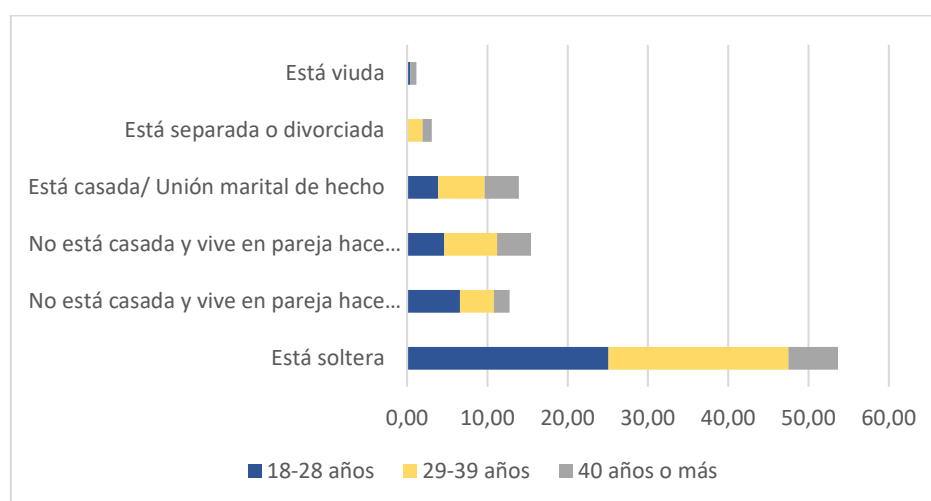
Tabla 4. Distribución de mujeres por estado civil.

Estado civil	Porcentaje
Está soltera	53.67
No está casada y vive en pareja hace menos de dos años	12.74
No está casada y vive en pareja hace más de dos años	15.44
Está casada/ Unión marital de hecho	13.90
Está separada o divorciada	3.09
Está viuda	1.16

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

El (42.08%) indican vivir con su pareja, frente a un (53.67%) que señalan estar solteras, cifra que hace referencia a la situación de estado civil y no a la vinculación en una relación de pareja, es decir, que ese (53.67%) no da cuenta de aspectos emocionales o afectivos. Estos porcentajes son concordantes con la LB-PPLGBTI2018, en donde el (39.1%) de mujeres lesbianas indican estar solteras, frente a un (25.7%) que han mantenido una relación en pareja durante dos años o más sin casarse.

Ilustración 4. Distribución por estado civil y rango de edad



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Como se presenta en la gráfica y se indicó anteriormente, estar soltera es el estado civil que más alto registra en todos los rangos de edad, el grupo de 29 a 39 años es el principalmente tiene relaciones de convivencia con la pareja.

Estos resultados no sugieren que el estado civil está asociado a la OS y que es a las mujeres lesbianas a quienes no les interesa contraer o establecer relaciones de convivencia, pues la ENDS (2015)²², reconoce que las mujeres entre 13 a 49 años que nunca han estado unidas, son el porcentaje más alto dentro de la muestra estudiada.

De igual manera, los resultados a esta pregunta pueden estar asociados a las nuevas configuraciones respecto a las relaciones erótico-afectivas, así como a la edad de las participantes, en donde un porcentaje alto de ellas están entre los 18 y los 28 años, tiempo en que según los análisis por ciclo vital sus experiencias están en otro tipo de relaciones erótico-afectivas y centradas en ámbitos de su proyecto de vida más hacia logros personales como el trabajo o el estudio. Aun así, es interesante el porcentaje de mujeres que han acudido al derecho legal de realizar la unión marital de hecho, como un ejercicio de los derechos civiles adquiridos.

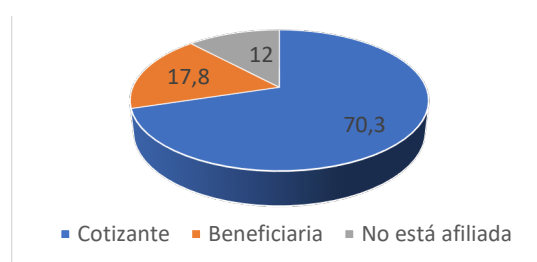
Afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud.

Tabla 5. Distribución según régimen de SSS

¿A cuál régimen de Seguridad Social en Salud pertenece?	%
Contributivo	77,22
Subsidiado	8,11
Especial o de excepción	2,32
No sabe	3,86
Ninguno	8,49
Total	100

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019

Ilustración 5. Distribución según el tipo de vinculación al SGSSS

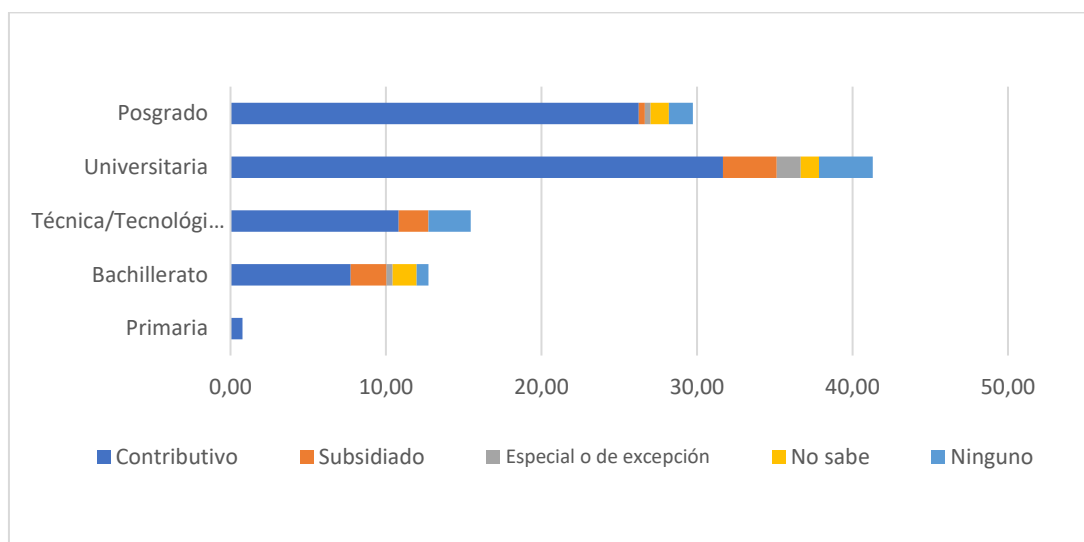


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019

La tabla 5, presenta los resultados frente a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, en donde el (87.67%) de las mujeres participantes indican estar vinculadas, de las cuales el (77.22%) pertenecen al régimen contributivo, el (8.11%) al régimen subsidiado y el (2.32%) al régimen especial. El restante (12.35%) no están en el sistema o no lo saben. En este tema los datos también guardan congruencia con los que arroja la LB-PPLGBTI2018 para lesbianas en general, según la cual más del 70% pertenece al régimen contributivo (78.7%), seguido por el (18.4%) al régimen subsidiado.

Sobre el tipo de afiliación, el (70.3%) de las mujeres indicaron ser cotizantes, mientras que el (17.8%) están vinculadas como beneficiarias. Estos resultados pueden estar relacionados con el porcentaje de mujeres vinculadas laboralmente, lo que resulta un hallazgo positivo en la medida que evidencia un incremento en la afiliación respecto a la información de la Medición de Línea de Base de la PPLGBTI de 2014.

Ilustración 6. Distribución de afiliación al régimen de salud por nivel educativo.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Respecto a la relación con el nivel educativo, llama la atención la presencia de mujeres con formación superior que se encuentran en régimen subsidiado, así como la alta afiliación a régimen contributivo de mujeres con bajos niveles de formación.

Sobre este tema, también se señala que, al indagar por servicios adicionales en salud, el (61.4%) pagan medicina prepagada o planes complementarios, lo que significa mayores posibilidades de recibir atención oportuna, especializada y posiblemente diferencial. Esto asociado a la facilidad que las EPS ofrecen para ampliar los planes de cubrimiento de los servicios, sin que por ello sea alentador respecto al sistema mismo de salud, es decir, que se opta por asumir un costo adicional para asegurar las condiciones en la atención. Tal y como lo indica la organización civil El Clóset de Sor Juana (México, 2017)⁵³, en el estudio realizado con 120 mujeres lesbianas, quienes reportaron tener derechos en el sistema de salud en un (78%), sin embargo, cuando se enferman el (70%) acude a servicios privados.

Consideraciones sobre la sección.

Los aspectos empleados de referencia para caracterizar la población participante en el estudio brindan indicadores favorables respecto al nivel educativo, la vinculación laboral y la vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud, los cuales mantienen una lógica de relación condicional.

Como se muestra en este apartado, el mayor porcentaje de las participantes se encuentran entre los 18 y los 34 años (64%), lo que puede estar dado por la disposición a brindar información como la que indaga este instrumento, por la forma en que se vive la OS y por los medios por los cuales se hizo la invitación a participar. La edad, como lo indican distintos estudios, incluida la Medición de Línea de Base (2014) es un factor que ha sido determinante en las formas en que se vive la OS, y en este sentido no solo es preciso reconocer los cambios

sociales de la última década, sino las acciones mismas que la PPLGBTI ha implementado en la ciudad. Así, por ejemplo, mujeres que en el momento del estudio reportan entre 18 y 24 años, llevan aproximadamente la mitad de su vida siendo parte de la PPLGBTI; de forma que las mujeres que están en un ciclo vital de adulta mayor pueden ser más renuentes a participar en actividades en las que se requiera compartir aspectos de la vida íntima.

Acogiendo la información disponible sobre el tema desde distintas fuentes como agencias de cooperación, instituciones gubernamentales y grupos de investigación, también es importante la reflexión sobre el tipo de trabajo que pueden estar desempeñando estas mujeres, la equidad frente a la retribución económica y su formación académica, la paridad con los hombres y las garantías laborales y especialmente sobre la aceptación o no de su OS, es decir sobre el espacio laboral como entorno favorable para la salud. Este último aspecto, por considerar como lo indican algunos estudios que el esfuerzo por ocultar la OS aumenta factores de riesgo como el estrés o la depresión, los cuales impactan directamente en la salud mental.

Es pertinente indicar también, que este perfil corresponde exclusivamente a las mujeres que participaron en la investigación y que no puede ser generalizado a las condiciones de vida de las mujeres lesbianas de la ciudad.

Adicionalmente, en esta sección se indagó por aspectos relacionados con la identidad sexual, sobre lo que llama la atención que los adjetivos empleados, incluido el “gay” no están asociados al estrato socioeconómico, al nivel educativo o a la edad, de lo que se puede reconocer estas denominaciones como categorías identitarias propias. Al respecto, surgen dos consideraciones, por una parte se emplean y asumen como un ejercicio de resistencia frente a las categorías más tradicionales, intentando dar cuenta de expresiones que no son recogidas en la denominación de “lesbiana”, lo cual estaría en la línea de las apuestas de algunas activistas y organizaciones

que plantean la cishomonormatividad⁶, es decir, la forma en que la homosexualidad se ha normalizado. La segunda consideración, opuesta a la anterior, es que estas formas de nombrarse se mantienen por desconocimiento o negación de las categorías existentes.

En cualquier caso, es importante para las acciones de política pública considerar a las mujeres que desde estas formas de nombrarse pueden estar construyendo otras configuraciones identitarias y discutir sobre las configuraciones y construcciones de estas como identidades políticas, de tal manera que se comprenda la relación de la sexualidad como ejercicios políticos y en sentido inverso, las formas en que los discursos políticos afectan las expresiones y vivencias de la sexualidad, en un campo amplio, en la que esta supera las prácticas y comportamientos sexuales.

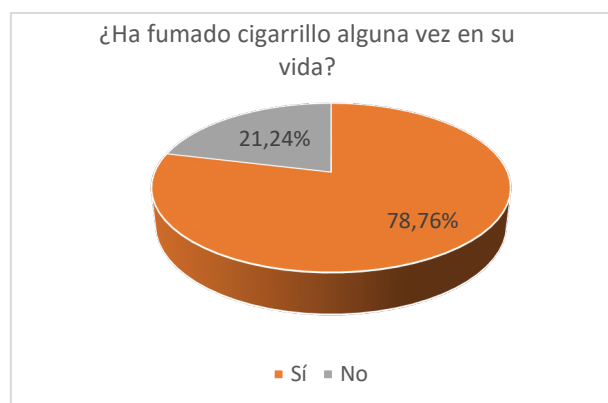
Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.

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

⁶ Cishomonormatividad es un término creado en 2011 por activistas bisexuales, transexuales e intersexuales daneses, que describe cualquier conjunto de normas de estilo de vida que sostiene que las personas se dividen de forma natural en dos sexos distintos y excluyentes, hombre y mujer, con roles de género determinados. Sostiene que la heterosexualidad y la homosexualidad son las orientaciones sexuales normales, excluyendo todas las restantes. Consecuentemente, alinea al sexo biológico, la identidad de género y el rol de género, y mantiene que la heterosexualidad y la homosexualidad normativas son las únicas formas de sexualidad posibles.

Consumo de cigarrillo.

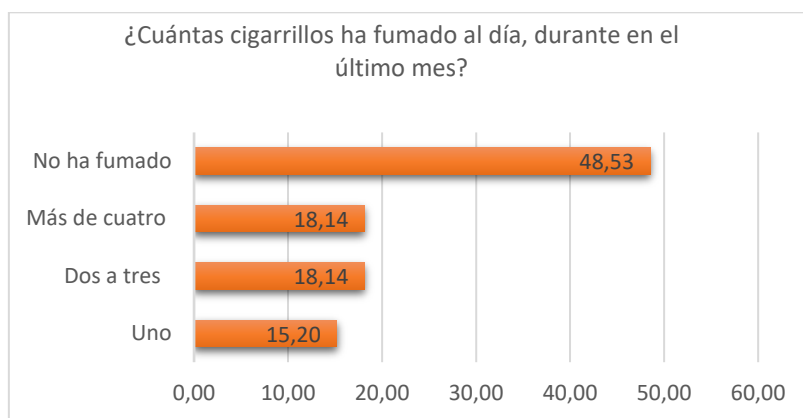
Ilustración 7. Consumo de cigarrillo.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A las preguntas si *¿ha fumado cigarrillo alguna vez en su vida?* y *¿a qué edad fumo por primera vez?*, se encuentra que el (78.76%) de las mujeres que participaron en el estudio contestaron de manera afirmativa. Siendo entre los 13 y los 18 años la edad en que se presentó este evento.

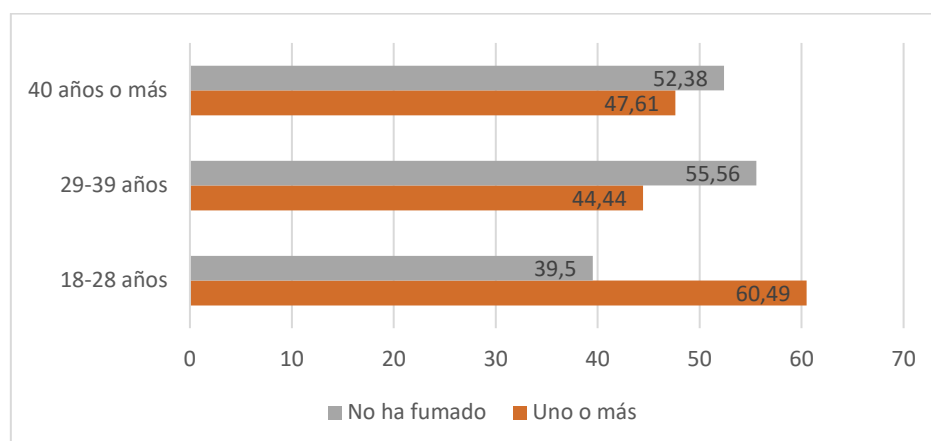
De tal manera que el (12%) probaron cigarrillo a los 13 años, el (11%) a los 14 años, el (21%) a los 15 años, el (10%) a los 16 años, el (19%) a los 17 años, el (9%) a los 18 años y el (9%) a los 19 años. Este panorama se asocia con la experiencia de la adolescencia y como indican los estudios referenciados con el auto reconocimiento de la OS y de la construcción y consolidación de redes sociales.

Ilustración 8. Consumo de cigarrillos al día en el último mes⁷.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Si bien el porcentaje de mujeres que han fumado alguna vez en la vida se reduce frente a las que han fumado en el último mes, pasando de (78.76%) a (51.47%), es importante tener en cuenta que el consumo de cigarrillo se identifica como factor de riesgo para el cáncer de útero y de seno, por lo que el número de cigarrillos que se consumen se hace significativo.

Es de señalar que no se observa diferencia importante frente a la cantidad, pues quienes consumen solo un cigarrillo al día (15.20%), dos a tres cigarrillos al día y más de cuatro es de (18.14%) es los dos casos, por lo que se hace relevante el porcentaje de mujeres que en el último mes no han consumido (48.53%).

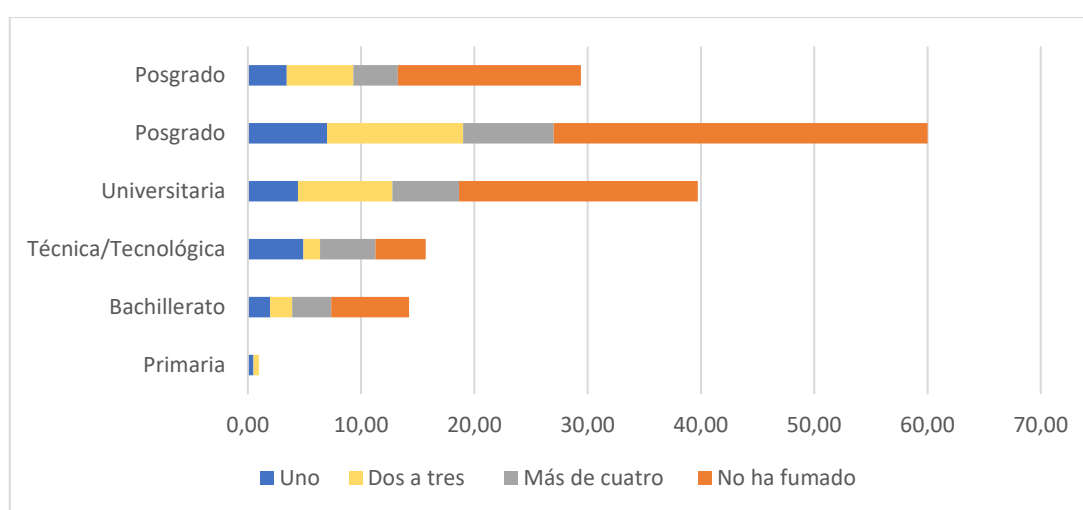
Ilustración 9. Consumo de cigarrillos durante el último mes por rango de edad.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

⁷ Solo se tiene en cuenta aquellas mujeres que afirman haber fumado cigarrillo alguna vez en su vida (78,76%).

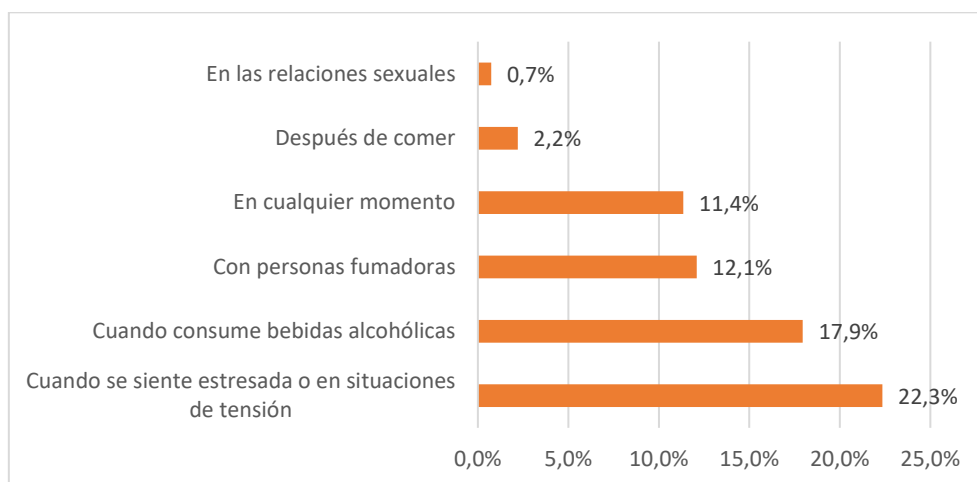
Con respecto a la edad, el porcentaje de mujeres que afirman no haber fumado durante el último mes es menor en el rango de edad de 18 a 28 años, siendo correspondiente al registro de consumo de al menos un cigarrillo al día, lo que se puede asociar a lo que se indica en los estudios respecto a los espacios de socialización y la forma en que estos propician el consumo.

Ilustración 10. Consumo de cigarrillos durante el último mes según nivel de escolaridad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En los niveles de primaria, bachillerato y técnica/tecnológica, hay más mujeres que fumaron al menos un cigarrillo en el último mes con respecto a las que no. Caso contrario al que se observa en los niveles universitario y posgrado donde el número de mujeres que afirma no haber fumado en el último mes es mayor, sin que por ello se pueda asumir una asociación a información de prevención, si se puede sospechar una relación con las situaciones en que se realiza el consumo.

Ilustración 11. Distribución según las situaciones en las que fuma.

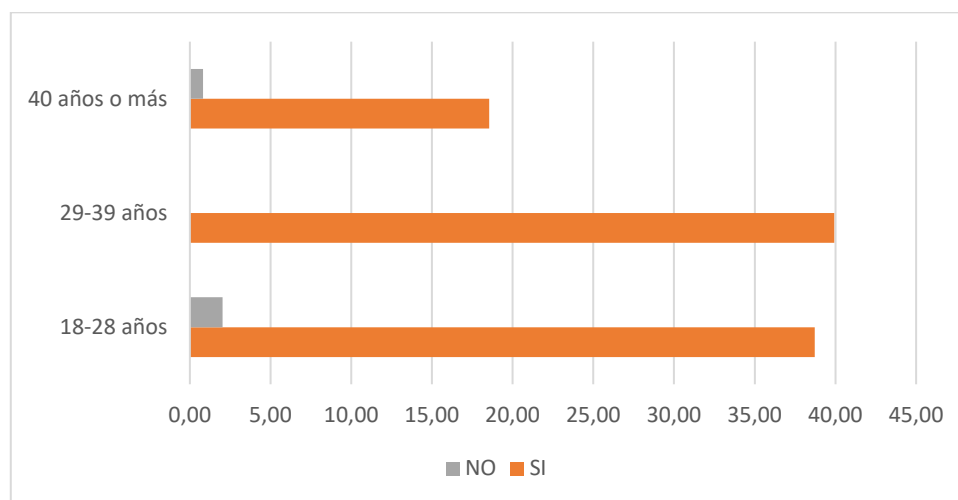
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta sobre las situaciones en que fuma, se observa que el consumo de cigarrillo se presenta principalmente en situaciones que generan estrés o tensión (22.3%), seguidas por situaciones de tipo social como estar consumiendo alcohol (17.9%) o estar con personas fumadoras (12%). Es posible establecer una relación entre los motivos por los que se inicia el consumo de cigarrillo con las razones por las que se continua este consumo a lo largo de la vida, siendo el cigarrillo un elemento que psicológicamente ayuda a aliviar el estrés y los momentos de tensión.

Consumo de alcohol

El (97.18%) de las mujeres han consumido alcohol alguna vez en su vida⁸, encontrándose estos consumos con más frecuencia en mujeres menores de 40 años.

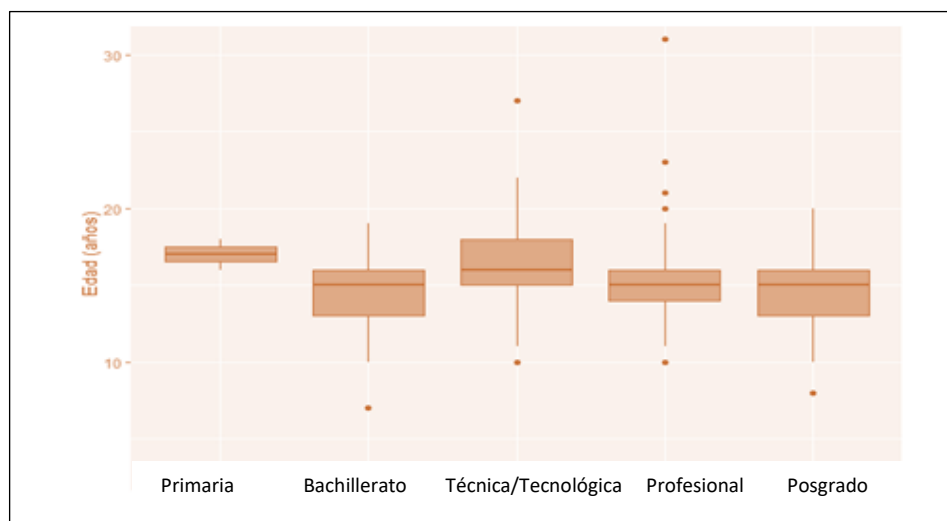
⁸ Tasa de respuesta: 95.75%.

Ilustración 12. Consumo de alcohol por rangos de edad.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

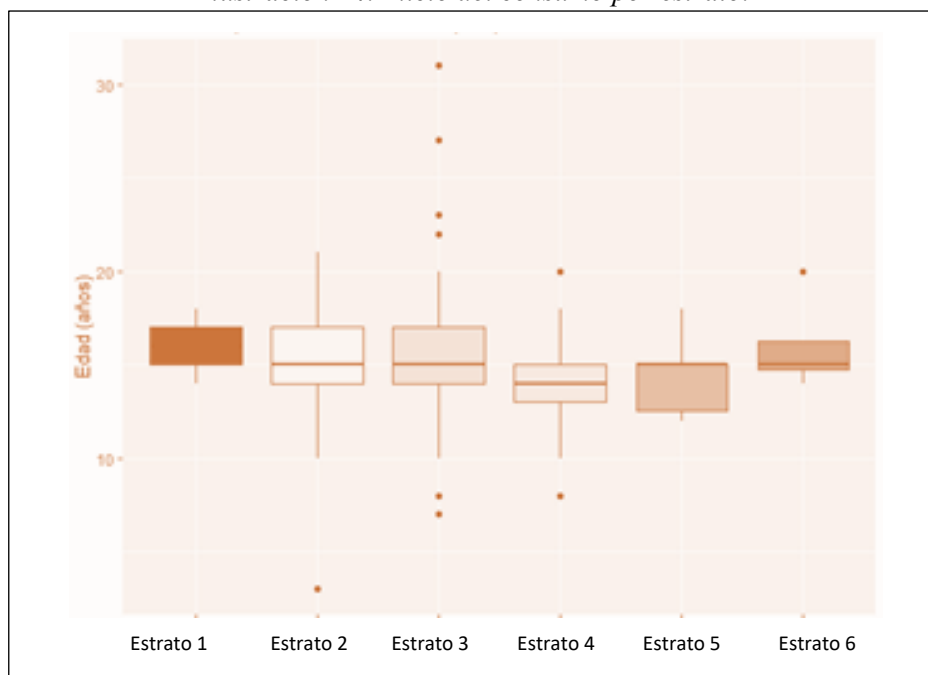
Frente a la pregunta *¿A qué edad consumió alcohol por primera vez?*⁹, se observa que la edad promedio a la que las mujeres encuestadas consumieron alcohol por primera vez fue a los 15 años. El consumo más temprano se presentó a los 12 años con el (7%), el (12%) a los 13 años, el (12%) a los 14 años, el (24%) a los 15 años, (13%) afirmaron que tomaron alcohol por primera vez a los 16 años, el (8%) a los 17 años, el (9%) a los 18 años, el (2%) a los 19 años y el (7%) de mujeres a los 20 años.

⁹ Tasa de respuesta: 92.66%

Ilustración 13. Inicio de consumo por nivel educativo.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La edad en la cual las mujeres consumieron alcohol por primera vez no parece tener relación directa con el nivel académico, en cada categoría se mueven alrededor del promedio de la muestra total, como se observa en la gráfica.

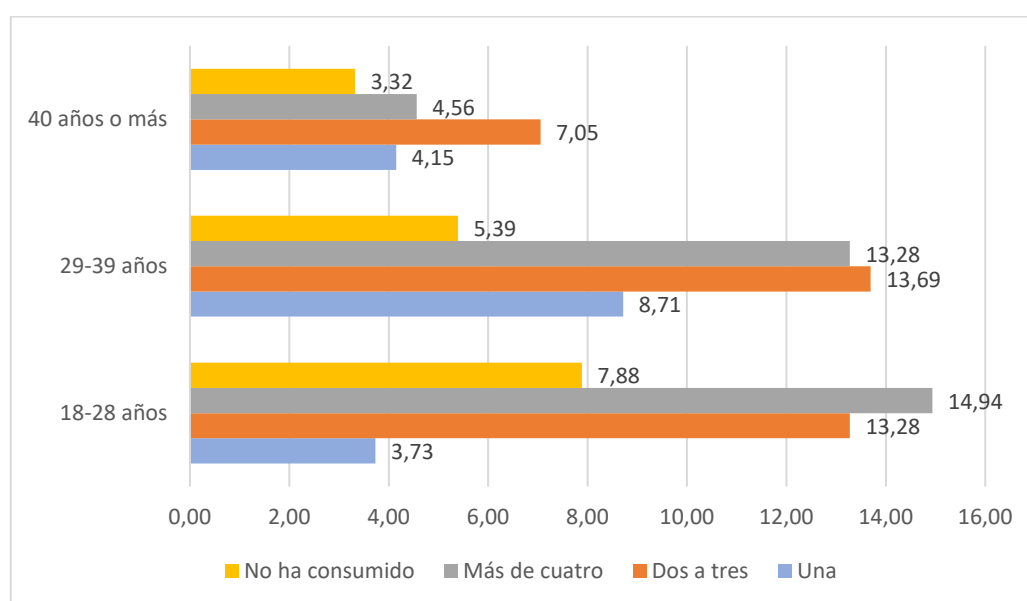
Ilustración 14. Inicio del consumo por estrato.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En relación con el estrato, la distribución de la edad en la cual las mujeres encuestadas consumen por primera vez alcohol, como se observa en el boxplot (diagrama de caja y bigotes) anterior, los estratos 4 y 5 parecen tener un promedio de edad más bajo que los demás estratos, siendo el estrato 1 en donde se presenta una media de 16.2 años, es decir, superior a la establecida para la muestra.

Frente a la pregunta *¿Cuántas veces ha consumido bebidas alcohólicas durante el último mes?*¹⁰, se observa que el (67%) registran algún consumo de alcohol en este periodo, el cual se registra: una vez (15%), dos a tres veces (32%) y más de cuatro veces (31%).

Ilustración 15. Consumo de bebidas alcohólicas en el último mes según rango de edad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

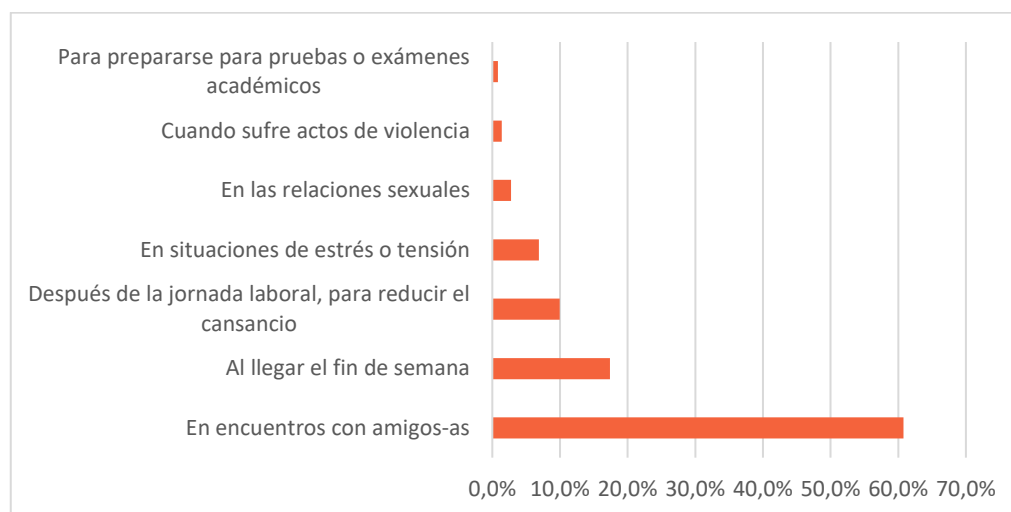
El consumo de alcohol en el último mes se presenta en todos los grupos independientemente del estrato socioeconómico, edad o nivel de escolaridad. Sin embargo, llama la atención que

¹⁰ Tasa de respuesta: 95.63%. Solo se tiene en cuenta aquellas mujeres que afirman haber consumido alcohol alguna vez en su vida.

los mayores consumos se observan en mujeres con nivel educativo alto (universitario y posgrado), pertenecientes a los estratos 3 y 4 y en rango de edad entre 18 y 28 años.

Esta información si bien permite suponer algunos hábitos de consumo no es determinante, al no considerar el efecto en términos de embriaguez, número de copas consumidas o tipo de alcohol ingerido. Sin embargo, toma relevancia al indagar por el tipo de situaciones en las que se consume alcohol, tal y como se presenta en la ilustración 17.

Ilustración 16. Situaciones en las que consume bebidas alcohólicas.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Como se observa en la gráfica, priman las situaciones de orden social como encuentro con amigos/as, o al llegar el fin de semana, que si bien pareciese apuntan a aspectos similares, la opción de llegar el fin de semana indica un asunto de determinación y programación para consumir alcohol, mientras que los encuentros con amigos involucran la participación de otros en tal actividad, que puede ser más casual.

Otras condiciones que motivan el consumo como después del trabajo y en situaciones de estrés, se asocian a circunstancias de afrontamiento y presentan menor porcentaje, por lo que puede verse que el alcohol no necesariamente se emplea como un mecanismo de escape a

situaciones que son comprendidas como difíciles, sino como un mecanismo de interacción social.

Ilustración 17. Situaciones asociadas con el alcohol.

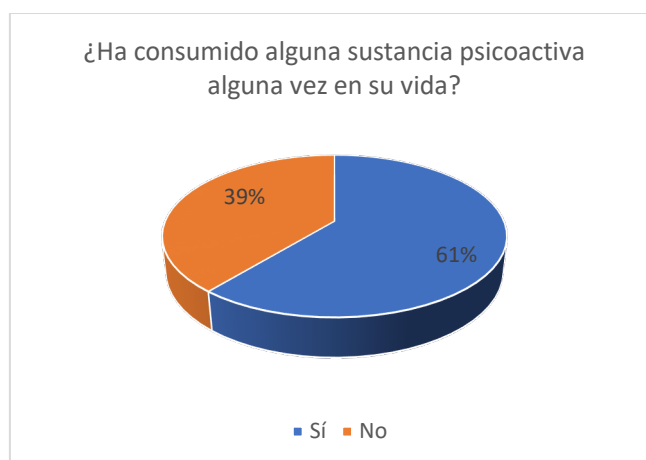


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta, *¿Durante el último año, alguna vez le ha sucedido que ...*, de una serie de opciones, de donde el (16.9%) de las mujeres participantes que han consumido alcohol han bebido hasta embriagarse, el (9.7%) han olvidado lo que sucedió la noche anterior por efecto del alcohol, el (7.2%) han tenido sentimientos de culpa, el (5.5%) ha tenido la sensación de no poder dejar de beber una vez han empezado; mientras que el (43.4%) no ha manifestado ninguna de las situaciones detalladas. Los porcentajes mencionados que suman cerca del (38%), requieren mayor atención, pues estas situaciones son alarmas frente a situaciones de salud y seguridad.

Consumo de Sustancias Psicoactivas.

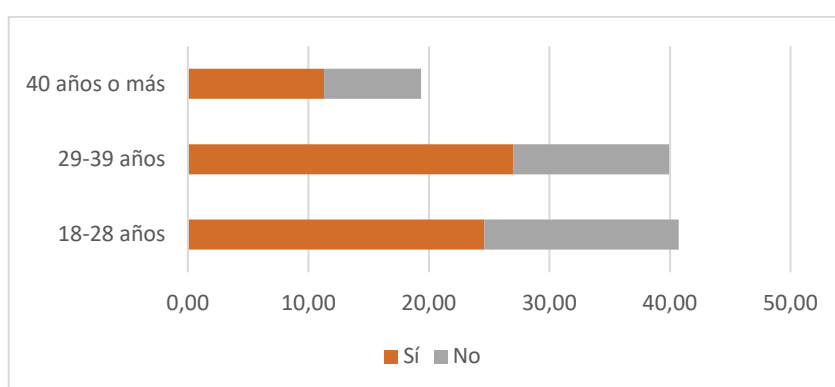
Ilustración 18. Consumo de SPA¹¹.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A las preguntas sobre si ha consumido alguna Sustancia Psicoactiva y a qué edad lo hizo, el (61%) de las mujeres que participaron en el estudio han probado alguna sustancia psicoactiva. De estas, el consumo por primera vez se dio a los 15 años (12%), a los 16 años (12%), a los 17 años (7%), a los 18 años (7%), entre los 19 y los 24 años (27%), a los 25 años (4%).

Ilustración 19. Consumo de SPA por rango de edad.

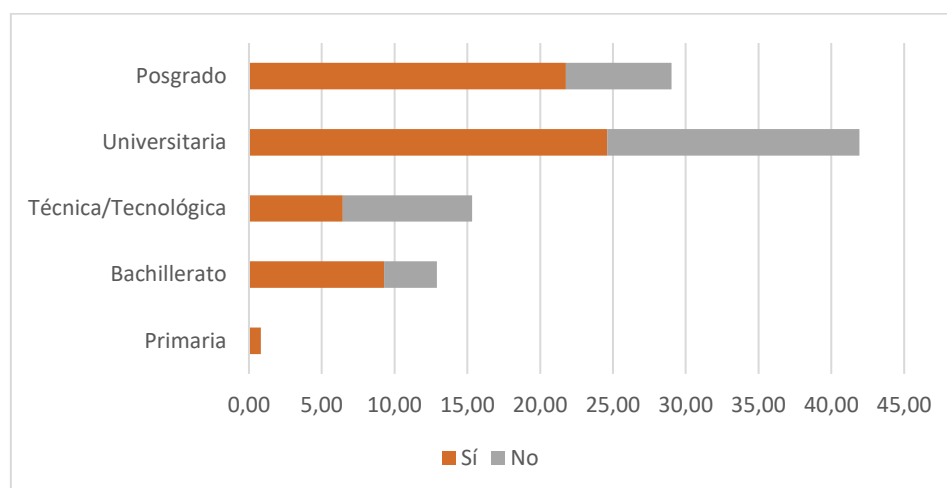


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

¹¹ Tasa de respuesta: 95.75%.

Con respecto a los grupos etarios definidos no hay una mucha diferencia en el reporte de consumo de alguna sustancia psicoactiva según las edades, aunque se privilegia el consumo antes de los 40 años.

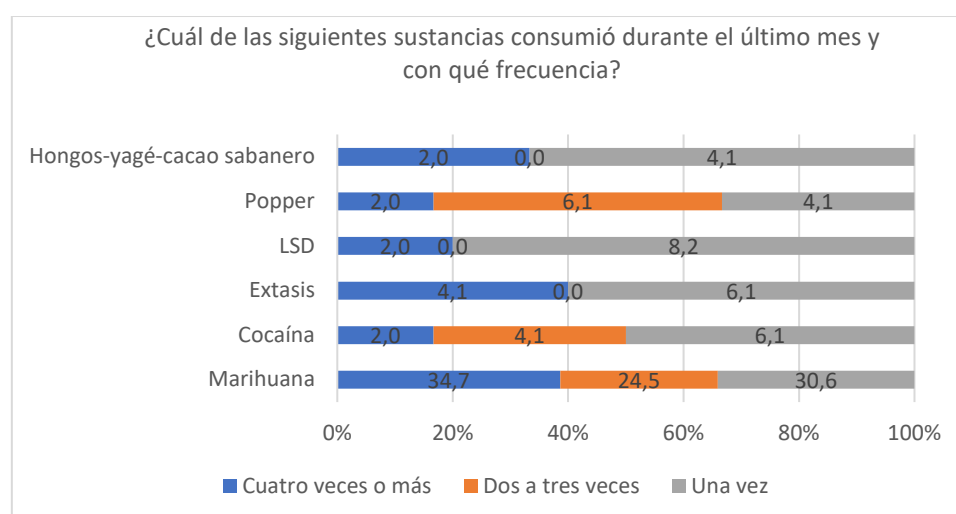
Ilustración 20. Consumo de Sustancias Psicoactivas según nivel de escolaridad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

No hay una clara diferencia entre consumo con respecto al nivel de educación alcanzado, aunque las razones presentes de haber consumido alguna sustancia alguna vez en los grupos Bachillerato y Universitaria es siempre mayor que los que no han consumido alguna sustancia psicoactiva.

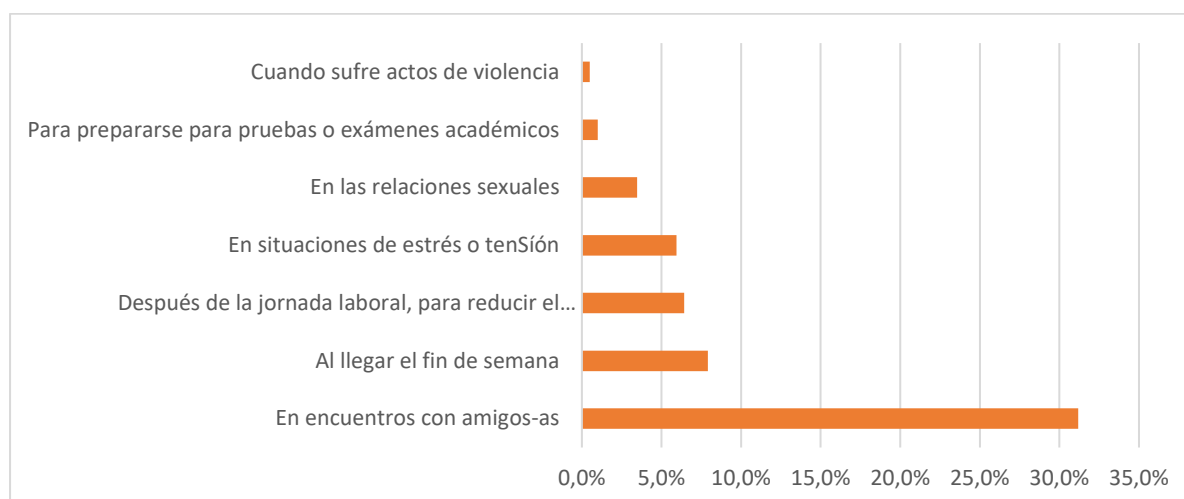
Ilustración 21. Consumo de SPA en el último mes.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Respecto al consumo en el último mes, el (19%) refiere algún tipo de consumo. En este grupo, como lo muestra la gráfica anterior, el consumo en el último mes fue principalmente de marihuana, en donde el (34.7%) consumieron cuatro veces o más, el (24.5%) dos a tres veces y el (30.6 %) al menos una vez. Seguido en orden de cocaína y Popper en los cuales se registra un consumo de aproximadamente el (12%) en cada sustancia, y de LSD y éxtasis con cerca del (10%) en cada una; se registra consumo de hongos, yagé y cacao sabanero en un (6%).

Ilustración 22. Situaciones en las que se consume SPA.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Es importante señalar que los estudios indican que estas sustancias se consumen en distintos contextos y con diferentes fines, por ejemplo los hongos y el yagé se consumen en espacios de índole más reflexivo con intenciones terapéuticas o espirituales, mientras que el LSD y la cocaína, se asocian a espacios de rumba y excitación, y la marihuana a espacios de relajación que pueden darse o no en compañía, datos que pueden asociarse a la pregunta sobre las situaciones en las que se realiza el consumo, en donde el (31%) indicó que en encuentros con amigos/as, seguido ampliamente de la opción al llegar el fin de semana (7.9%) y después de la jornada laboral para reducir el cansancio (6.4%), y en situaciones de estrés o tensión (5.9%). Estos datos permiten suponer que el consumo se da en contextos sociales, considerando que el

otro grupo de opciones refieren a situaciones de estrés y cansancio, en las que sustancias como la marihuana son altamente preferidas.

Consideraciones sobre la sección.

Como se indicó al inicio de la sección esta información permite establecer otras asociaciones respecto a los hábitos de autocuidado de las mujeres. Los datos obtenidos sugieren, como lo indican Youatt (2015) y otros estudios relacionados, que el consumo de alcohol se da en contextos sociales, actuando como un mediador de las relaciones. Siguiendo estas investigaciones, es preciso preguntarse por la relación de este consumo y las condiciones psicoemocionales que intervienen en las interacciones. Como lo indican algunos estudios los contextos de homosocialización promueven consumos altos de alcohol frente a entornos de interacción heterosexual, por lo que vale la pena cuestionarse sobre los roles de género y la aceptación de la OS.

Por su parte el consumo de marihuana está asociado a un cambio de hábitos generacionales, a una mayor aceptación social de este consumo y al reconocimiento de esta sustancia como agente reductora de estrés, análisis distinto al consumo de sustancias como cocaína, LSD o éxtasis, los cuales se presentan principalmente en espacios de socialización y diversión.

Llama la atención el porcentaje de mujeres que alguna vez han fumado frente a las que alguna vez han consumido alcohol, lo que da indicios de mayor aceptabilidad social de este consumo y su papel en los contextos de homosocialización. Mientras que se percibe el cambio en los hábitos que se han dado frente al cigarrillo.

Finalmente, es de considerar la edad como un factor asociado a estos consumos, siendo los consumos de las tres sustancias más frecuentes en el grupo de mujeres jóvenes y desde allí más exposiciones a situaciones de riesgo para la adquisición de ITS, pero también más factores de riesgo para enfermedades asociadas. Es preciso anotar que el consumo de estas sustancias

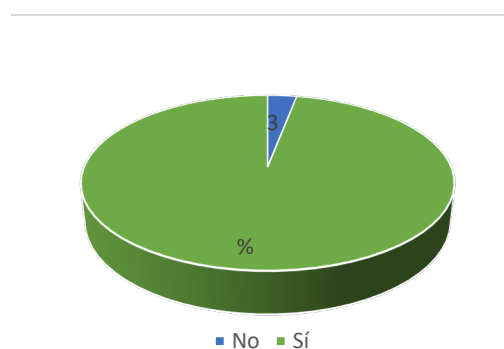
incrementa, por ejemplo, la exposición a encuentros sexuales no protegidos, a encuentros sexuales con mayor número de personas y a situaciones de exposición a actos de violencia y agresión. Así como lo muestra el estudio realizado por la organización civil El Clóset de Sor Juana, en el que se muestra que, en relación con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el (45%) de las mujeres reportó haber tenido relaciones sexuales no esperadas bajo el efecto de alguna de estas sustancias. Estas conclusiones, pueden enfocar algunas acciones a priorizar en términos de información y prevención del consumo, sin que se pierda la lectura desde los determinantes sociales en salud.

Prácticas en salud y consultas médicas.

Este apartado indaga asuntos relacionados directamente con la salud, el autocuidado y la atención a situaciones de la salud sexual de las mujeres, centrándose en algunos exámenes clínicos de carácter preventivo y atención especializada.

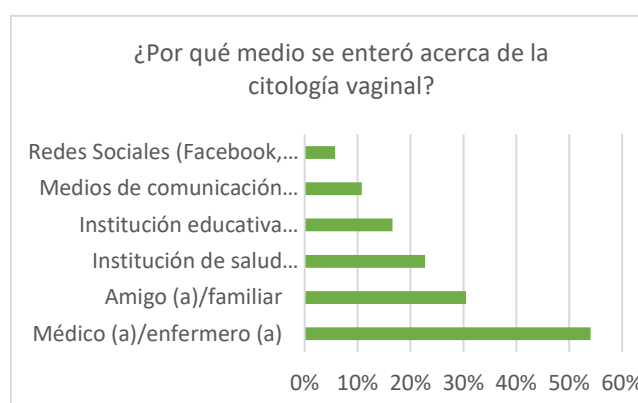
Citología vaginal.

Ilustración 24. Ha oído de la citología vaginal.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

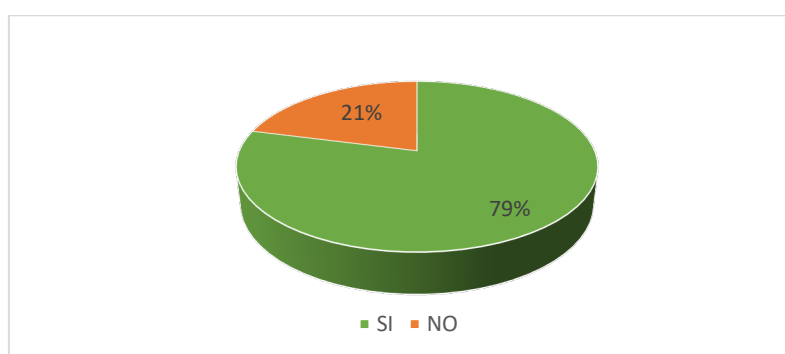
Ilustración 23. Fuente de información.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

El (97%) de las mujeres encuestadas dicen haber escuchado sobre la citología vaginal, mientras que el (3%) dicen que no han oído hablar o no responden. Lo que demuestra que existe información disponible sobre esta práctica clínica y que llega efectivamente a las mujeres. Esto en consonancia con el medio por el que reportan haberse informado, en donde de manera prioritaria se encuentran los y las profesionales de la salud (54%), seguido de amigos/as y familiares con el (31%), lo que muestra la efectividad de la información directa y en viva voz, pues medios como los impresos o los mensajes a través de medios de comunicación masiva (televisión, radio, internet o redes sociales) reciben menos atención.

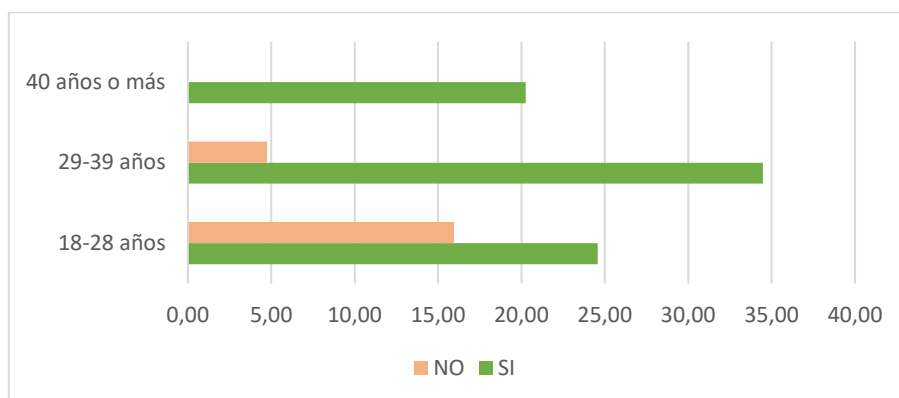
Ilustración 25. Realización de citología.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

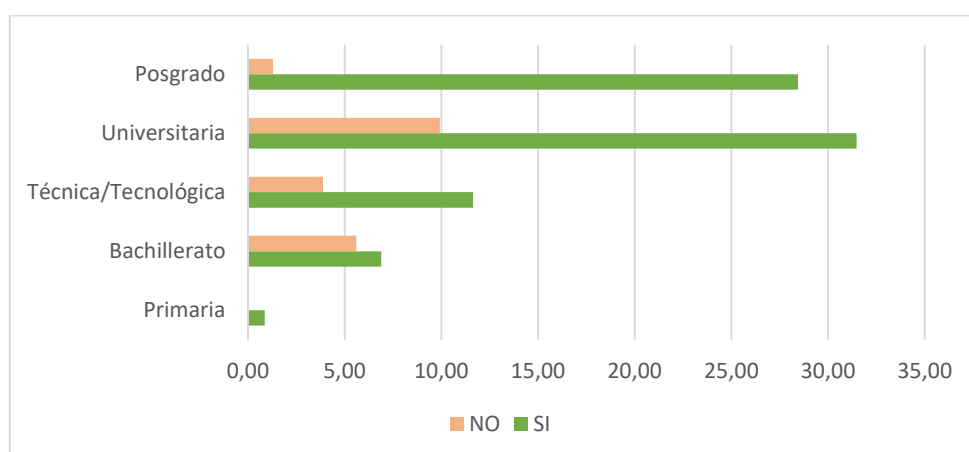
A la pregunta, *¿Se ha realizado la citología vaginal?*¹² el (79%) de las mujeres encuestadas se ha realizado la citología vaginal. Si bien este es un porcentaje considerable, es de anotar como resulta menor al porcentaje de mujeres que están informadas sobre la citología, lo que evidencia una brecha entre la información y el cambio de comportamiento frente al examen.

¹² Tasa de respuesta (89.57%).

Ilustración 26. Citología vaginal según rango de edad.

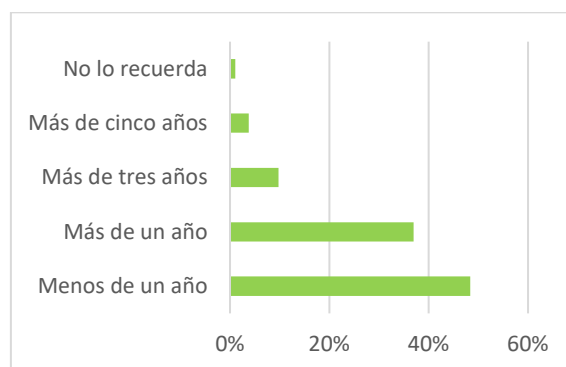
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La edad parece afirmar la idea sobre la importancia de realizarse la citología vaginal, pues el número de mujeres que no se ha realizado este procedimiento disminuye con la edad, observando en que en el rango de 40 años o más, todas las mujeres se han practicado el examen al menos una vez.

Ilustración 27. Citología vaginal según nivel de escolaridad.

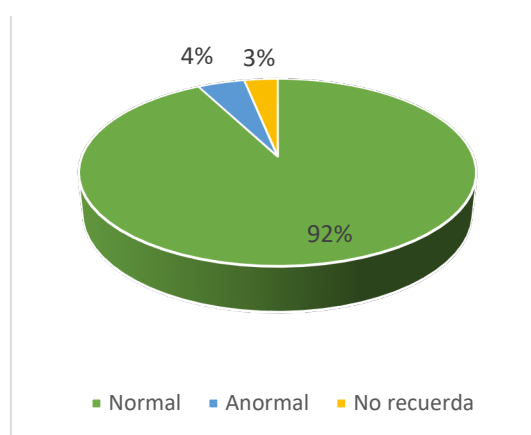
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La realización de la citología por nivel de escolaridad permite observar que son las mujeres en los niveles de bachillerato y universitario, quienes tienen mayores registros sobre el no practicarse el examen. Esta información es relevante en la medida en que permite enfocar acciones de información y prevención.

Ilustración 28. Última citología.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

También resulta positivo el tiempo en que reportan la realización de última citología, siendo el (48%) menor a un año, el (37%) mayor a un año y el (10%) mayor a tres años, es decir que el (85%) de las mujeres que participaron en el estudio y que se han realizado la citología tienen resultados vigentes y conforme a las recomendaciones clínicas.

Ilustración 29. ¿Cuál fue el resultado de la última citología vaginal?

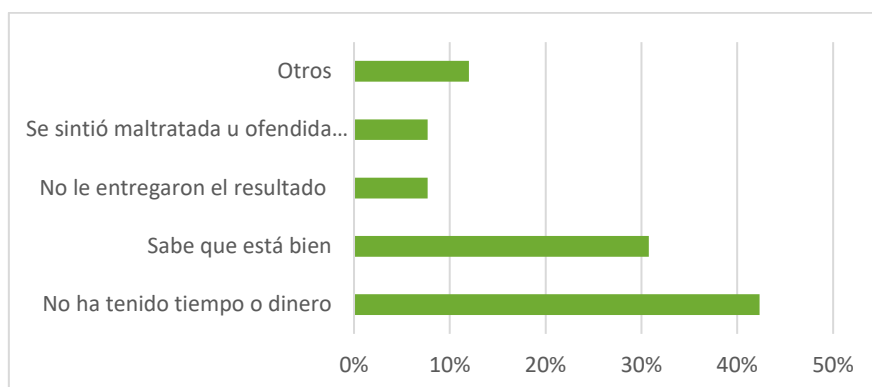
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Frente a la pregunta si reclamó los resultados de la citología, el (85%) de las mujeres lo hicieron, frente a un (15%) que no lo hicieron. A esta pregunta, surge una complementaria para cada caso, así, a quienes si reclamaron el resultado del examen¹³ se les preguntó por el mismo,

¹³ Tasa de respuesta (60.23%). Solo se tiene en cuenta aquellas mujeres que afirman haberse realizado la citología.

encontrando que el (92%) de este grupo obtuvo un resultado normal y el (4%) fue anormal. Este resultado se puede contrastar con los datos de la LB-PPLGBTI2018, según los cuales al 1,4% de las mujeres lesbianas les han diagnosticado tumores malignos o cáncer.

Ilustración 30. Razón para NO reclamar los resultados de la citología.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al (15%) de las mujeres que se realizaron la citología, pero no recogieron los resultados, se les interrogó por la razón para no hacerlo, encontrando como principal motivo la falta de tiempo o dinero (42%), seguido del saber que está bien (31%), de sentirse maltratada u ofendida cuando le hicieron el examen (8%), junto con que no le entregaron el resultado (8%). El (12%) que reporta otros respecto a esta pregunta, refiere asuntos como que los resultados lo envían al correo electrónico (4%) lo que permite ubicarlas en el grupo de mujeres que reciben el resultado; respuestas como que no le interesa el resultado o le da temor este, hacen parte de la categoría de otros.

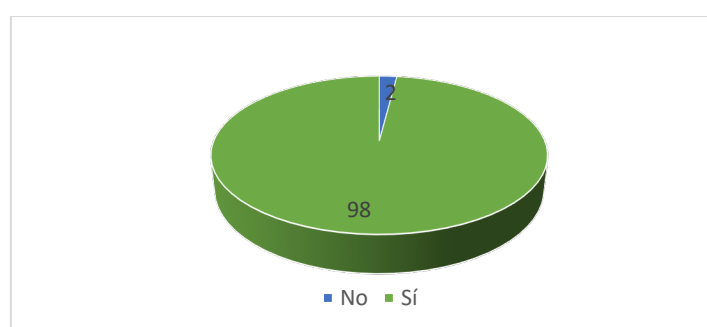
Finalmente, dentro de las razones para no hacerse la citología se observó que el (71%) indica razones asociadas a la percepción sobre el examen, y principalmente por información equivocada, como el no tener relaciones sexuales con hombres, porque cree que le va a doler o le da miedo, o cree que no es necesario. Mientras que el (27%) reportan razones asociadas a los servicios de salud y la accesibilidad a éstos.

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por la Secretaría Distrital de la Mujer (2017)¹⁴ en donde el (75%) de mujeres encuestadas se han realizado la citología, con un (95%) que ha reclamado los resultados. Respecto a quienes no se han realizado el examen se reporta como razón principal la falta de tiempo, al igual que sucede en este estudio. De esta forma se puede suponer que existen algunas barreras institucionales que dificultan el acceso fácil y oportuno para la toma del examen, como puede ser la necesidad de desplazarse a centros de atención distantes, tiempo de espera u horarios de atención.

Autoexamen de Seno.

Al indagar sobre exámenes referentes al cuidado de los senos y prevención del cáncer de mama, se encontró lo siguiente:

Ilustración 31. Ha oído hablar del autoexamen de seno.



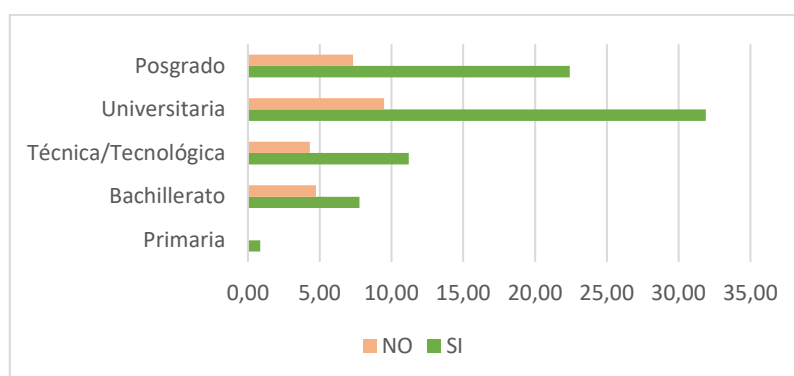
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta sobre si *ha oído hablar del autoexamen de seno*, el (98%) responde que sí, frente a un (2%) que no. Al igual que con la citología esto permite suponer que la información disponible sobre esta práctica clínica está llegando efectivamente a las mujeres. Sin embargo, al

¹⁴ Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de la Mujer. Caracterización de personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en contextos de prostitución en Bogotá, 2017.

preguntar si *¿Se ha realizado el autoexamen de seno?*¹⁵, el porcentaje decae, siendo que el (76%) de las mujeres encuestadas indican haberse realizado este, mientras que el (24%) reportan no haberlo hecho. La diferencia entre el porcentaje de mujeres informadas y las que siguen esta práctica de autocuidado, permite suponer que se requieren acciones que apoyen la transformación del comportamiento y no solo brinden información.

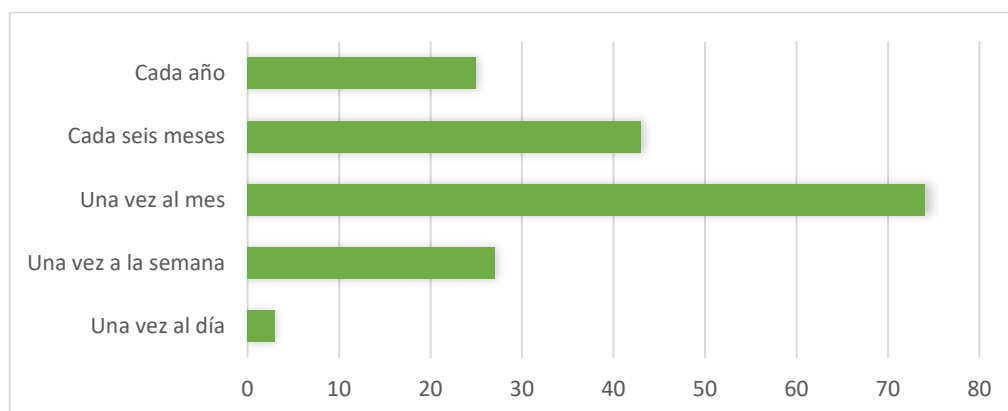
Ilustración 32. Realización del autoexamen de seno por nivel de escolaridad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Por rango de edad no se observan diferencias importantes, mientras que parece existir una relación directa entre el nivel de escolaridad y la realización del autoexamen de seno, observando mayores porcentajes en los niveles superiores de educación (universitaria 31.9%, posgrado 22,4%).

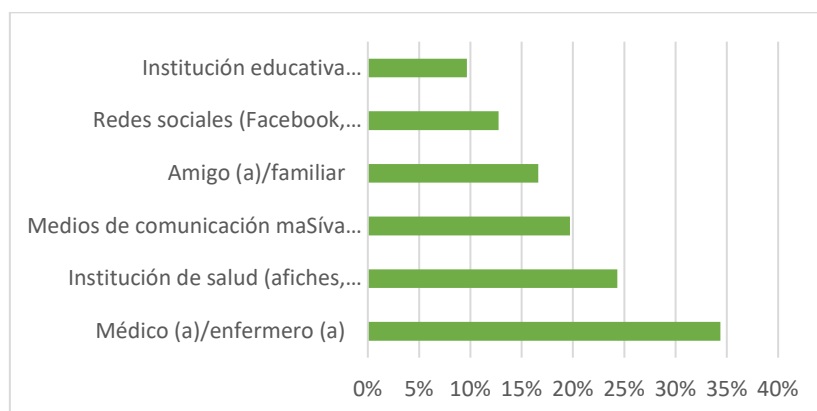
¹⁵ Tasa de respuesta (89.57%).

Ilustración 33. Frecuencia con que se realiza el autoexamen de seno.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

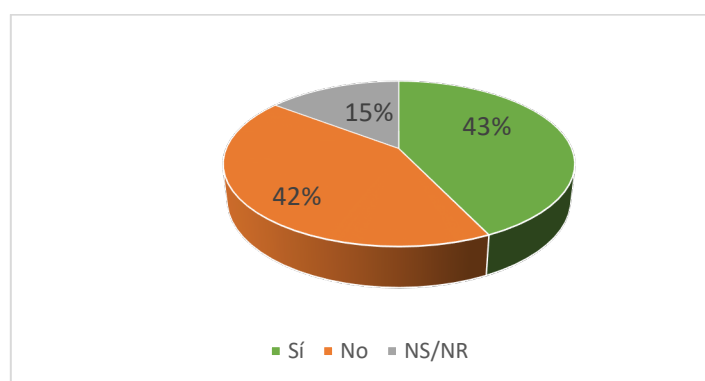
En esta pregunta el (43%) de las mujeres indican que se realizan el examen de seno una vez al mes las cuales predominan, el (25%) se lo realizan cada seis meses, el (16%) se lo realizan una vez a la semana, el (14%) cada año, y el (2%) se lo realizan una vez al día. Aunque estas frecuencias son importantes, se debe precisar que las recomendaciones indican la importancia de la periodicidad, el momento en el mes en que se realiza (asociado al ciclo menstrual) y la forma de hacerlo como aspectos primordiales para asegurar que esta auto revisión cumpla su propósito. En este sentido, si bien un (61%) es un porcentaje importante que estaría ajustado a los tiempos sugeridos (cada día, cada semana, cada mes), no está de más revisar la forma en que se hacen las palpaciones y se siguen los controles.

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

Ilustración 34. Medio por el que aprendió a hacerse el autoexamen de seno.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Como principal medio de información al igual que en la citología se reconocen a los y las profesionales de la salud (34%), sin embargo, en este caso, los medios impresos como afiches y folletos si resultan efectivos y un (24%) aceptan que estos les han brindado información, seguido por los medios de comunicación masiva (20%), posiblemente por el detalle que se requiere para ofrecer las instrucciones sobre los pasos a seguir para hacerse el examen.

Ilustración 35. Realización examen clínico de seno.

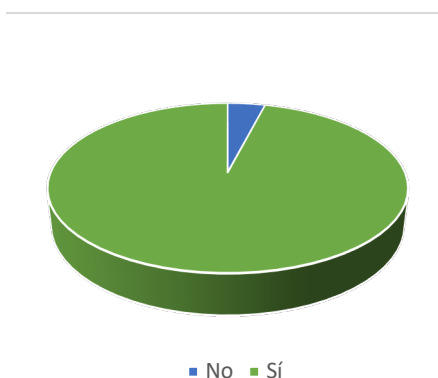
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta si *¿En alguna consulta médica le han hecho un examen clínico de seno?* el (43%) indican que sí, frente a un (42%) que señalan que no les han realizado el examen de seno en una consulta médica. La realización de esta revisión está asociada al motivo de consulta, a

la edad y al reconocimiento de factores de riesgo por parte del/a profesional, por lo que este porcentaje es significativo. En este sentido, también es de anotar que el (15%) que no sabe o no responde, no necesariamente es que no le hayan practicado este examen, sino que en la revisión médica no se le informó este nombre.

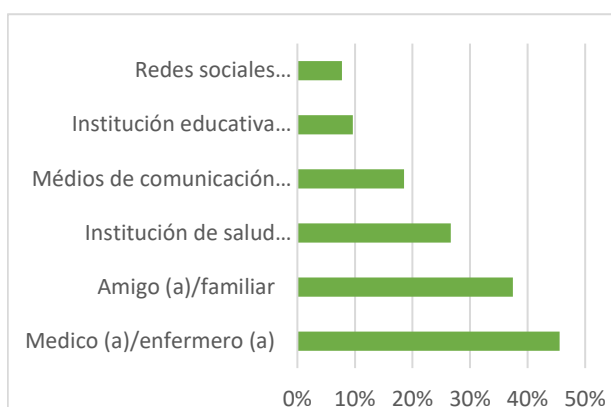
Mamografía.

Ilustración 38. Ha oído hablar de la mamografía.



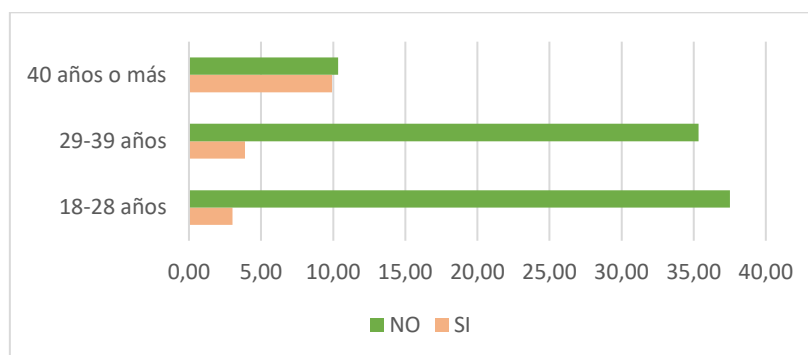
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Ilustración 39. Medio por el que se enteró de la mamografía.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al indagar sobre las prácticas relacionadas con el examen de mamografía, recomendado para detectar anomalías asociadas al cáncer de seno, se encontró que el (96%) de las mujeres encuestadas han oído de este examen, mientras que el (4%) indican no haber escuchado sobre este. Así mismo, como medio de información principal señalan a los y las profesionales de la salud (46%), seguido de amigos/as y familiares (37%), medios impresos facilitados por las instituciones de salud (27%), medios de comunicación masiva (19%).

Ilustración 36. Realización de la mamografía por rango de edad.

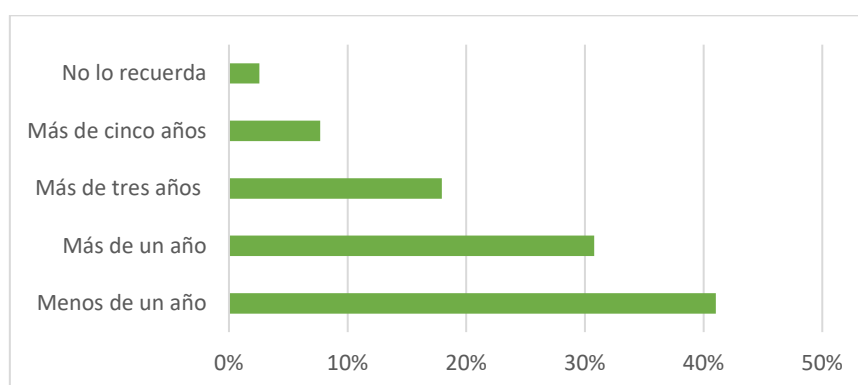
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Respecto a la pregunta *¿Se ha realizado la mamografía?*¹⁶, se encontró que sólo el (17%) de las mujeres encuestadas se lo han practicado. Quienes más se realizan el examen son las mujeres mayores de 40 años, resultado que está asociado a la edad en que se recomienda y coincidente con el resultado a la pregunta sobre las razones por las que no se ha practicado este examen, siendo el principal motivo que no la han remitido (66%).

Estos resultados por estrato socioeconómico indican en general una baja frecuencia en la realización de este examen, mientras que, por niveles de educación, parece indicar que son las mujeres con estudios universitarios y de posgrado son quienes más se realizan la prueba.

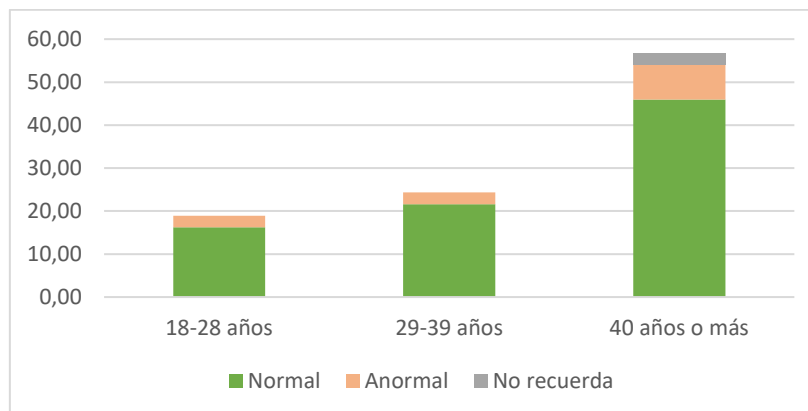
Para esta pregunta, se encuentra cierta aproximación con lo arrojado por la LB-PPLGBTI2018, según la cual el (66,7%) de las mujeres lesbianas no se han hecho una mamografía. Ahora bien, contrastado con las mujeres heterosexuales, las mujeres lesbianas de 40 años y más, según esta línea de base, se realizan menos este examen en un (7.3%).

¹⁶ Tasa de respuesta (89.57%).

Ilustración 37. Última mamografía realizada.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Es de resaltar que el (41%) de las mujeres que se han realizado la mamografía, lo han hecho en menos de un año, el (31%) más de un año y el (26%) más de tres años; dando como resultado un alto porcentaje de mujeres con examen vigente según las recomendaciones médicas.

Tabla 42. Resultado última Mamografía según rango de edad.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al igual que en lo referente a otros exámenes, al grupo de mujeres que se han realizado la mamografía se les preguntó si han reclamado los resultados, observando que el (95%) de las encuestadas lo han hecho y solo el (5%) no han reclamado el resultado de la mamografía. A

este grupo se les indaga por *¿Cuál fue el resultado de la última mamografía?*¹⁷, encontrando que el (84%) ha sido normal y el (14%) anormal, es decir, que han identificado alguna alteración o malformación en el tejido mamario. Como se observa en la gráfica anterior, estos resultados anormales se encontraron en todos los rangos de edad, siendo más altos en el grupo de 40 años o más, grupo donde mayormente se realizan la prueba.

Finalmente, sobre este tema es de anotar que frente a la pregunta por el motivo por el que se realizó la mamografía, en la que tiene como opciones *por chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma* y *porque tenía algún síntoma en los senos*, no se encontró una diferencia significativa.

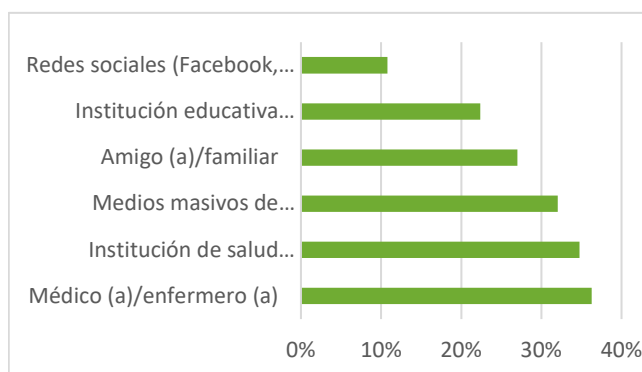
Virus de Papiloma Humano- VPH.

Ilustración 39. Ha oído hablar del VPH.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-

Ilustración 38. Medio por el que recibió información sobre el VPH.



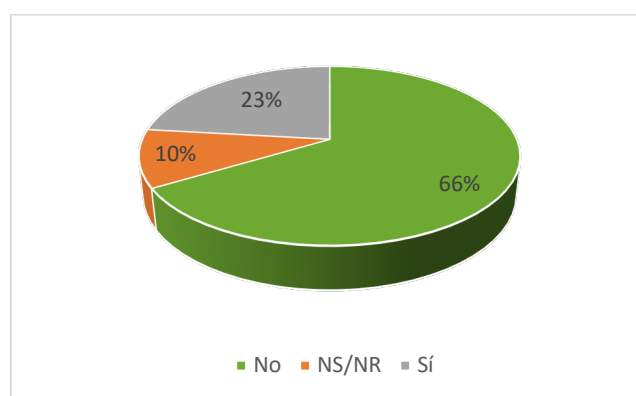
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019

Estas preguntas ponen en evidencia lo que ya se ha reconocido anteriormente y es el porcentaje de mujeres que cuentan con información sobre exámenes importantes para su salud sexual, sin que por ello se realicen el examen. Así, el (97%) de las mujeres indican haber oído sobre el Virus. Respecto al medio por el cual se informó sobre la prueba para VPH, llama la

¹⁷ Tasa de respuesta (57.81%). Solo se tiene en cuenta aquellas mujeres que afirman haberse realizado la mamografía y haber reclamado sus resultados.

atención que es a través de profesionales e instituciones de salud que principalmente reciben información sobre el Virus, lo que permite suponer que la calidad de esta, sin poder con ello determinar la oportunidad o disponibilidad.

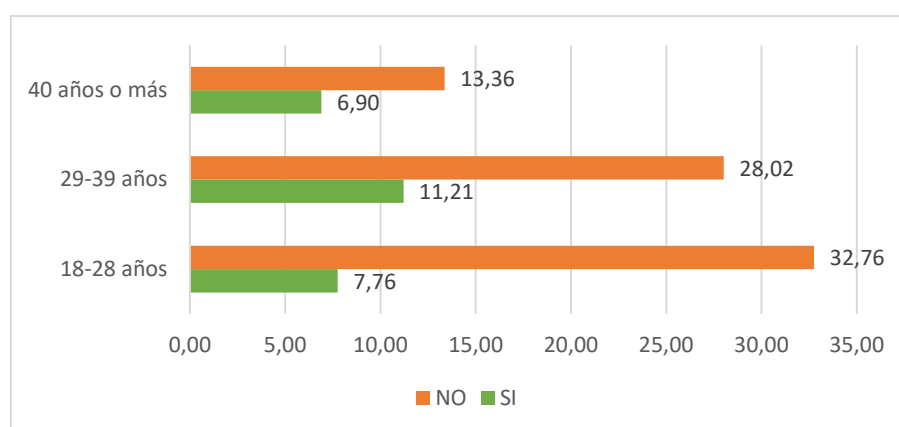
Ilustración 40. Realización de la prueba para VPH.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al preguntar si *¿Alguna vez se ha realizado la prueba para detectar el Virus del Papiloma Humano?*¹⁸, se observa que del (97%) de las mujeres que indican haber oído sobre el Virus, es el (23%) quien se ha realizado la prueba.

Ilustración 41. Prueba de VPH según rango de edad.



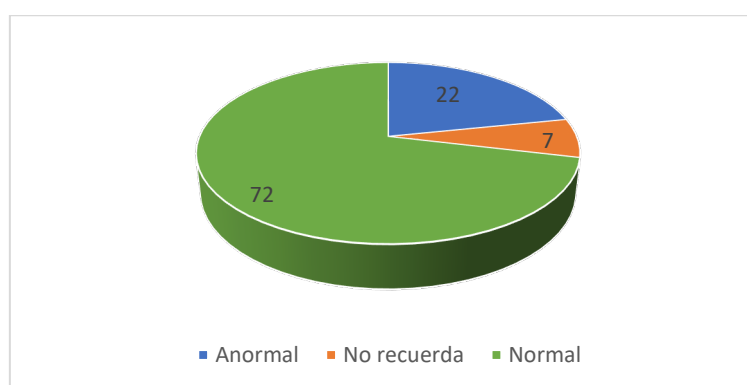
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

¹⁸ Tasa de respuesta (89.57%).

Al igual que en otras pruebas, existe una relación con la edad que tienen las mujeres encuestadas y la realización de la prueba. En este caso, como indica la gráfica, es en el rango de edad de 40 años o más, en el que se reduce la relación entre quienes si se han realizado la prueba y quienes no lo han hecho.

La realización de la prueba para detectar el VPH se encuentra alrededor del (25%) para todos los estratos por lo que la realización o no de la prueba no parece depender de la condición socioeconómico de la persona, mientras que el nivel de educación si parece ser un factor diferenciador, siendo que el porcentaje de mujeres que se hacen la prueba se incrementa con el nivel educativo: Primaria (0%), Bachillerato (2,59%), Técnica/Tecnológica (3,88%), Universitaria (10,34%), Posgrado (9,05%).

Ilustración 42. Resultado de la prueba de VPH¹⁹.



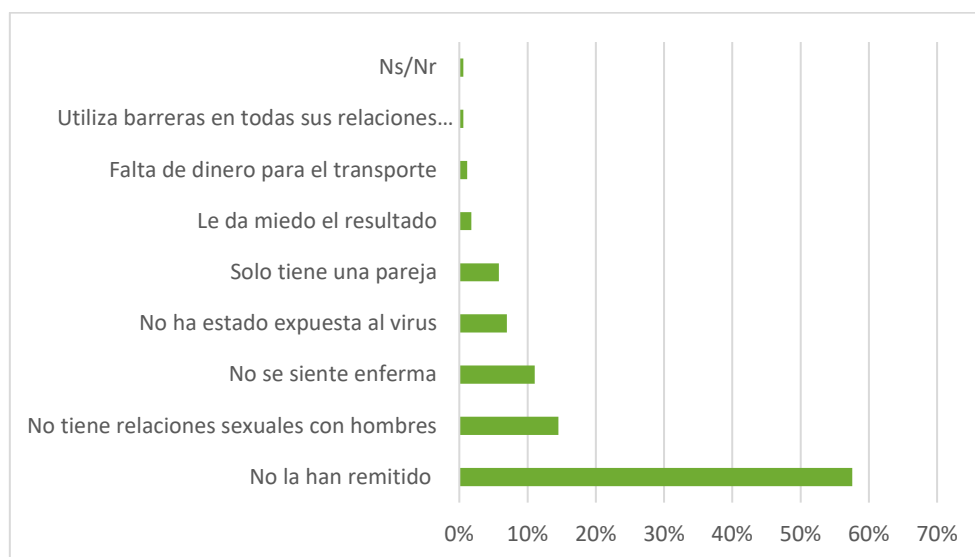
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Frente al resultado de la prueba es de anotar que el (72%) de las mujeres indican un resultado normal, mientras que el (29%) señalan que este fue anormal o no recuerdan el resultado. Teniendo un resultado consonante en la pregunta si *recibió tratamiento como resultado de este examen*.

¹⁹ Tasa de respuesta (68.96%). Solo se tiene en cuenta aquellas mujeres que se realizaron el examen para detectar el virus del papiloma humano.

También es mencionar que si aunque estos no son resultados estadísticamente relevantes, llama la atención que 2 de las mujeres que manifiestan recibir resultados anormales tienen una infección de transmisión sexual y 1 está en una o varias relaciones erótico-afectivas al momento de realizar la encuesta. También todas las que recibieron un diagnóstico anormal dicen haber tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses y aunque de ello no se infiere el resultado anormal en el examen, si se representa exposición al virus.

Ilustración 43. Principal razón para NO realizarse la prueba.

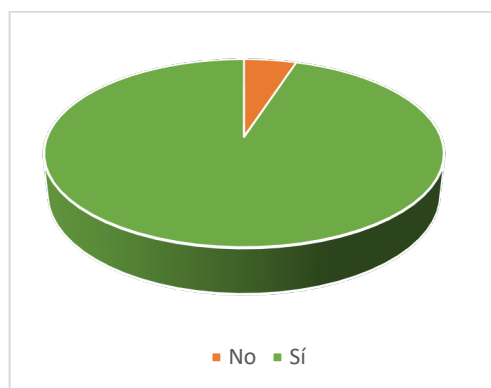


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

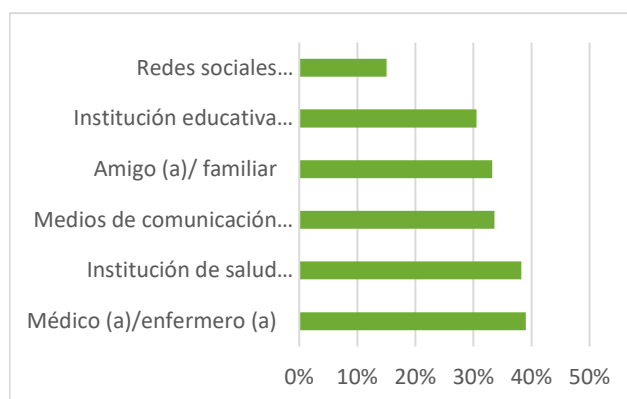
Al indagar sobre las razones para no hacerse el examen del VPH, el (58%) de las mujeres indicaron que no las han remitido, lo que puede asociarse al alto porcentaje de mujeres en la prueba de citología vaginal han tenido un resultado normal. Sin embargo, el (40%) manifiestan razones que responden a mala información sobre la prueba o creencias erróneas sobre la misma.

Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH.

Ilustración 44. Ha oído hablar del VIH. *Ilustración 45. Medio por el que se enteró del VIH.*



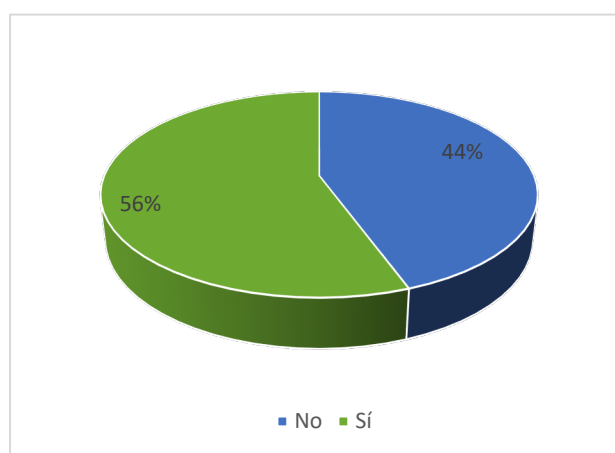
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Si bien el (95%) de las mujeres manifiestan haber oído sobre la prueba para detectar el VIH, el (5%) indican no haber oído sobre el tema. Respecto al medio por el cual recibió información, es a través principalmente de profesionales de la salud (39%) y de materiales entregados o expuestos en las instituciones de salud (39%), sin que sea grande la diferencia con los medios de comunicación masiva (34%), con los amigos/as o familiares (33%), o con las instituciones educativas (31%), lo que pone en evidencia la relevancia que en los últimos años ha tenido este tema.

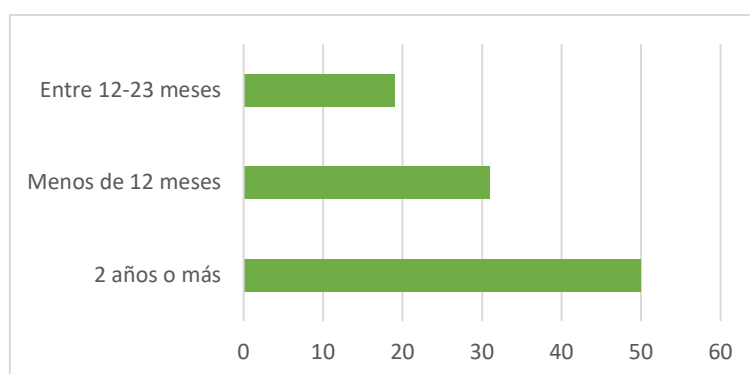
Ilustración 46. Realización de la prueba de VIH.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta, *¿Alguna vez se ha realizado la prueba para detectar el VIH?*²⁰ el (56%) respondieron que sí, lo que se considera un alto porcentaje si se revisan las cifras respecto a la población general. De este porcentaje de mujeres el (98%) han reclamado el resultado y de estas, el (46%) recibieron consejería durante la entrega de resultado, porcentaje que de acuerdo a la normatividad y estrategias de prevención que se implementan debería ser más alto, considerando que esta entrega de resultado es en sí misma una estrategia para la prevención. En general, estas respuestas favorables se encuentran en mujeres con nivel educativo Universitario y Posgrado, de estratos 3 y 4, menores de 40 años.

Ilustración 47. Hace cuánto se realizó la prueba.



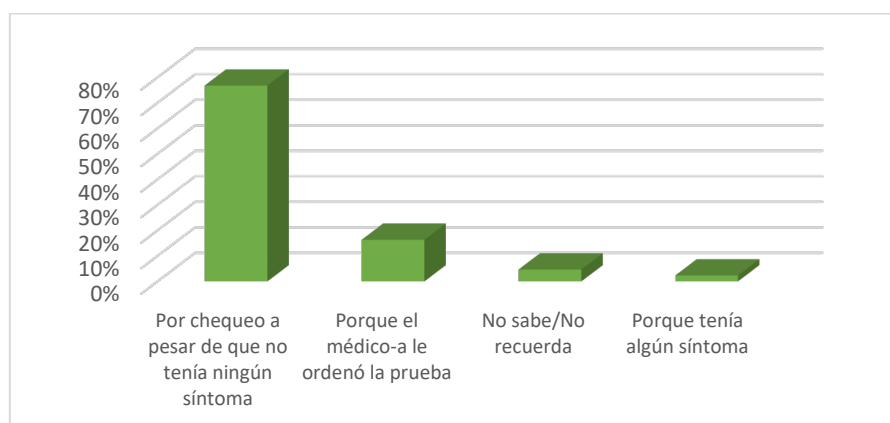
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A este grupo de mujeres se les interrogó sobre la vigencia de la prueba, encontrando que el (31%) se la practicó en el último año, el (19%) entre 12 y 23 meses y el (50%) hace dos años o más, lo que puede relacionarse con la implementación de proyectos en la ciudad motivando la realización de la prueba y facilitando el acceso a la misma, resultado que puede estar en concordancia con el motivo por el cual se hizo la prueba. Sin embargo, es de recordar que este resultado no significa nada distinto a que en algún momento conoció su estado al respecto, y de ninguna manera indica que está protegida o que actualmente no vive con el virus, a lo que

²⁰ Tasa de respuesta (89.06%). Solo se tiene en cuenta aquellas mujeres que han oído hablar de la prueba para detectar el VIH.

se le suma que más de la mitad de las mujeres que se practicaron la prueba no recibieron consejería.

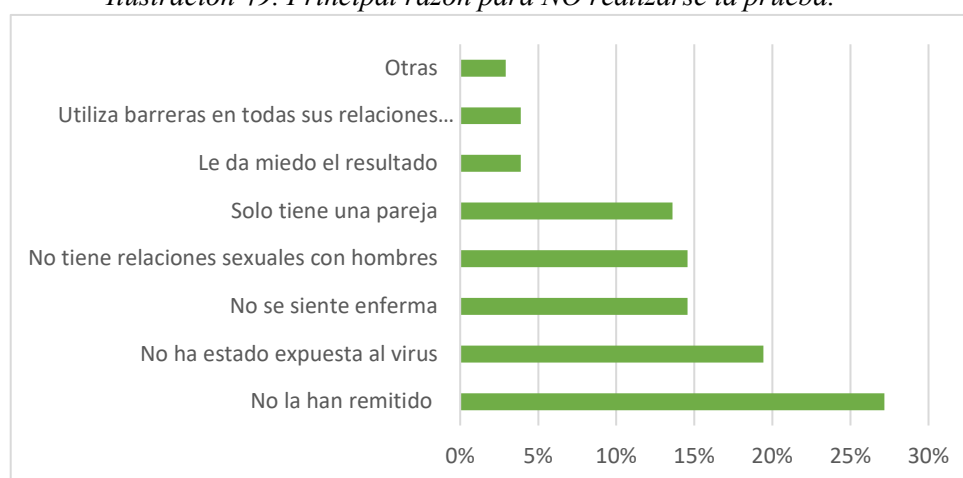
Ilustración 48. Razones para realizarse la prueba.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Respecto a la información que se presenta en la gráfica anterior, se puede llegar a suponer que al menos el (23%) acudió al servicio de salud para la realización de la prueba, pero queda el interrogante sobre el lugar en que se la realizó el (77%) que reporta haberla hecho por chequeo, lo que nuevamente lleva a considerar la importancia de los proyectos que en el tema se han implementado en los últimos años, que aunque no establecen como población objetivo o priorizada a las mujeres, facilitaron condiciones para movilizar pruebas rápidas.

Ilustración 49. Principal razón para NO realizarse la prueba.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A quienes no se han realizado la prueba para la detección del VIH, se indagó el motivo y llama la atención que más del (25%) de las respuestas se refieren a que *no la han remitido*, pues esta prueba a diferencia de la mamografía, en la que media un diagnóstico médico o unas condiciones clínicas específicas, está a disposición de quien desee solicitarla, así como el prestador del servicio está en el deber de remitirla, sin que sea necesario identificar condiciones particulares. Sin ser concluyente, lo anterior podría indicar un desconocimiento frente a derechos en el acceso a servicios de salud. El otro grupo de opciones en esta pregunta se refieren, en su orden, a *no ha estado expuesta al virus*, *no se siente enferma* y *no ha tenido relaciones sexuales con hombres*, lo que da cuenta de los prejuicios e imaginarios que persisten al rededor del tema, como que es posible identificar a quien vive con el virus, que este es un asunto de hombres o que se está enfermo, sin considerar que se puede vivir con el virus por muchos años y transmitirlo sin tener conocimiento de ello.

Otras Infecciones de Transmisión Sexual- ITS.

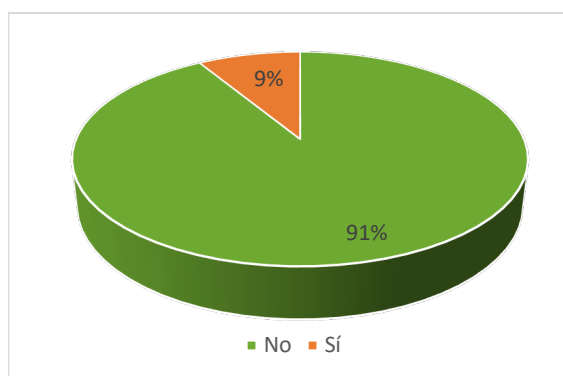
Al indagar sobre otras ITS distintas al VIH y al VPH, se observó una información similar a la registrada para estas infecciones, de manera que el (96%) indican haber oído sobre las ITS²¹. Las mujeres lesbianas de estrato 3, seguidas de las de estrato 2 y 4, de nivel educativo superior (universitario y posgrado) y menores de 40 años son las que tienen más información sobre las infecciones de transmisión sexual.

La principal fuente de información son profesionales de la salud (39%). En esta pregunta se presenta una modificación respecto a las anteriores y es que aparece las instituciones educativas

²¹ Tasa de respuesta (89.57%).

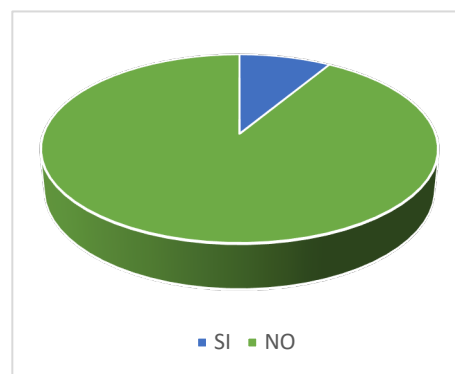
como un lugar para obtener información con un (39%) por encima de las instituciones de salud (36%).

Ilustración 51. Alguna vez ha recibido un diagnóstico de ITS.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

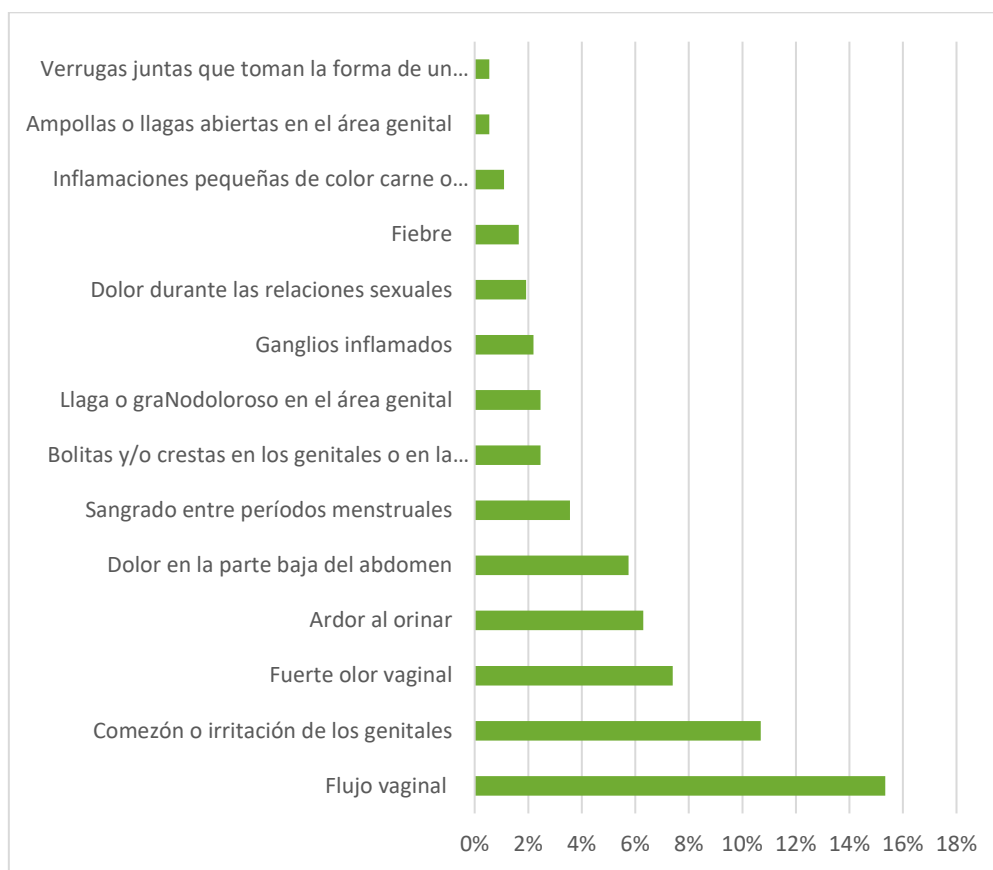
Ilustración 50. Ha tenido una ITS en los últimos 12 meses.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta *¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico médico de alguna Infección de Transmisión Sexual- ITS?*²² el (91%) de las mujeres que contestaron, indican que no lo han recibido. Debido a que estos datos no son decisivos respecto al haber tenido en algún momento una ITS, dado que, como lo indica la literatura, muchos de estos casos no se consultan, razón por la que se indaga por los síntomas asociados y no solo por el diagnóstico.

²² Tasa de respuesta (89.57%).

Ilustración 52. Presencia de síntomas en los últimos 12 meses.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al considerar que algunas ITS tienen síntomas que se asocian a malestares o alteraciones frecuentes para las mujeres y que no siempre motivan una consulta para recibir un diagnóstico, se preguntó por estos. Se observa que el síntoma más frecuente es el flujo vaginal con un (22%), el cual hace parte característica de ITS como la Tricomoniasis, Clamidia o Gonorrea, y si bien, este síntoma puede ser manifestación de una vaginosis bacteriana, es importante que no se normalice, y que se reciba el tratamiento adecuado.

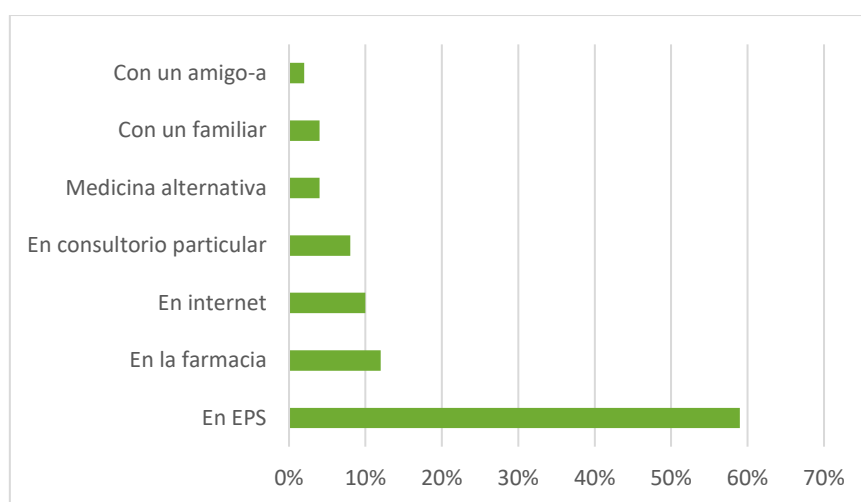
Lo anterior puede extenderse a síntomas comezón o irritación de los genitales, olor vaginal o ardor al orinar, los cuales pueden desaparecer solos después de unos días, sin que por ello se atienda la causa del síntoma y en este sentido puede ser indicador de una ITS o de otras alteraciones en la salud de la mujer.

Otros síntomas como sangrado intermenstrual, ganglios inflamados, dolor durante las relaciones sexuales o fiebre, no solo pueden ser indicadores una ITS sino de otro tipo de afectaciones en salud sexual más complejos, relacionados con la presencia de miomas, o pólipos, alteraciones del equilibrio hormonal, inflamación del cuello uterino o lesiones vaginales, que requieren ser atendidos directamente por un servicio especializado.

Síntomas como llagas, ampollas o verrugas (5%) refieren directamente a una ITS, como puede ser herpes o condilomas, por lo que se esperaría hubiesen sido atendidos como tal para no presentar posteriormente repetición.

A la pregunta sobre si los *¿síntomas descritos fueron tratados?* el (51%) indican que no, mientras un (49%) indican que sí, es decir que no hay información diferencial y pareciera que el interés en recibir un diagnóstico o tratamiento está dado por otros asuntos, lo que puede ser preocupante si se tiene en cuenta la información anterior, en la que los síntomas de la tabla todos son indicativos de alguna afectación en la salud de la mujer.

Ilustración 53. Lugar de consulta.

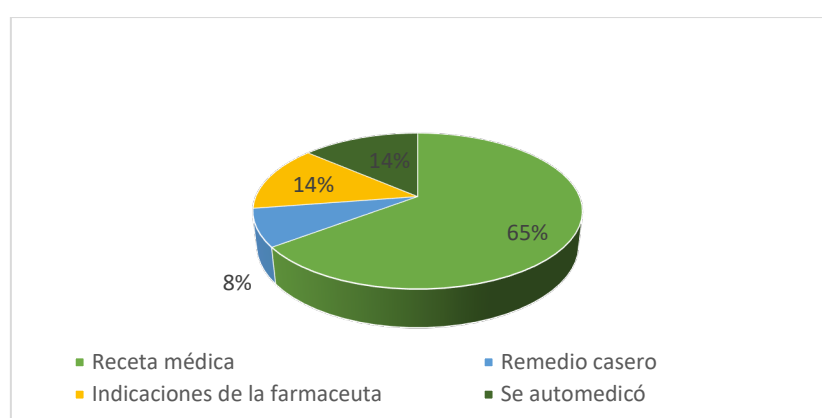


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta sobre *¿dónde consultó?*, el (59%) de quienes expresaron haber tenido algún síntoma en los últimos 12 meses, señaló que, en la EPS, frente a un (28%) que lo hizo en lugares

no calificados para hacer la consulta, como la farmacia (12%), internet (10%), o con un familiar o amigo/a (6%). Estas respuestas sugieren que aún existen obstáculos para consultar los servicios de salud en estos temas, los cuales pueden ser de orden personal, asociados a la vergüenza, a la desconfianza en los servicios profesionales o a la facilidad de obtener información de manera inmediata como sucede en la farmacia.

Ilustración 54. Tipo de tratamiento empleado.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

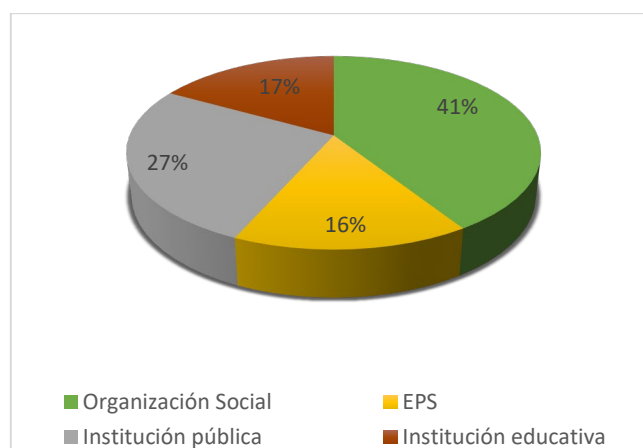
De manera complementaria se indagó por el tipo de tratamiento que utilizó, encontrando que el (35%) siguió un remedio casero, las indicaciones de farmaceuta o se automedico; mientras que, quienes asisten a la EPS o a un consultorio particular a consultar, siguen la receta del/a profesional.

Para finalizar esta sección se preguntó por la asistencia o participación a actividades relacionadas con salud sexual. Así a la pregunta si en *los últimos 3 años ¿ha participado en algún tipo de actividad (talleres, charlas, consultas) en la que recibió información relacionada con la salud sexual o reproductiva?*²³ se observó que el (36%) de las mujeres han participado

²³ Tasa de respuesta (89.57%).

en actividades, mientras que un (54%) no lo ha hecho, porcentaje al que es posible sumar el (10%) de quienes no recuerdan o no saben si han participado.

Ilustración 55. Quien realiza la actividad a la que ha asistido.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A quienes si lo han hecho se les preguntó quién realizó esta actividad, encontrando que en el (41%) de los casos esta fue coordinada por una organización social y en el (27%) por instituciones públicas, como la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de la Mujer o la Secretaría de Planeación.

Consideraciones sobre la sección.

Algunos de los resultados relevantes son coincidentes con lo presentado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS (2015)²², lo que permite sugerir que en lo general de las temáticas abordadas en esta sección, son asociadas principalmente al hecho de ser mujer y no necesariamente a la OS.

En general las mujeres reciben información directa y personalizada a través de los y las profesionales de salud, siendo las fuentes más importantes, como también se reconoció en la ENDS (2015)²². Mientras que, como se observa en esta misma encuesta “los medios de

comunicación masiva han perdido fuerza como mecanismo de información frente a la citología”, y en este caso, en todos los temas referentes a la salud sexual de la mujer.

Estas respuestas en la encuesta son coincidentes con la información brindada por los y las profesionales de la salud, quienes expresan que en la consulta brindan información relacionada con prácticas de autocuidado como exámenes preventivos, como también referida a las prácticas sexuales, cuidado de juguetes y mecanismos de protección.

Lo anterior permite suponer un cambio en la relación con los equipos de salud, que favorece la comunicación y la receptividad sobre la información que se brinda y conlleva la idea que en la consulta se realizan actividades de atención primaria²⁴.

Por otra parte, sorprende, respecto a otros estudios revisados en los que se mantiene la percepción negativa sobre los profesionales y las profesionales de la salud y que, aunque, se debe indagar en la sección correspondiente, si es de resaltar que de manera reiterada en las entrevistas se puso en evidencia una actitud de estos profesionales hacia la diversidad sexual más abierta y respetuosa.

Sobre esta contradicción, es importante indicar que los profesionales y las profesionales de la salud consideran que prima la salud sexual y la comprensión de la consultante como una mujer, es decir que el tener relaciones sexuales con otras mujeres no le cambia en el hecho de ser mujer, argumentado en ¿qué es lo diferente en este campo específico de la salud sexual? Desde el entendido, las afectaciones en la salud sexual no dependen de la OS y está dada en términos de prevención, la información respecto a los exámenes, los diagnósticos y los cuidados. Este planteamiento, puede analizarse como desconocimiento del enfoque diferencial, aspecto que se discutió en el análisis de los instrumentos cualitativos, entendiendo ésta como

²⁴ Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

una forma de invisibilizar las demandas particulares de las mujeres lesbianas y de reducir la sexualidad a las prácticas sexuales en lógicas de cuidado/riesgo.

Como lo indica Rivas (2012)⁵⁴ han sido olvidados los deseos y las necesidades de las mujeres reduciendo el tema de la sexualidad a la salud reproductiva, dejando de lado el resto de sus necesidades. Así, según la autora un gran número de políticas públicas y medidas de salud dirigidas a las mujeres se han centrado en campañas de educación sexual que se ocupan de la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual. La atención ginecológica se centra en el coito y desplaza otras prácticas alternativas.

Otro aspecto que llama la atención es que a las actividades de carácter grupal o colectivo que son organizadas por entidades que no son del sector de la salud, acuden la tercera parte de las mujeres encuestadas, accediendo a distintas fuentes de información.

También se debe considerar es que, aunque se identifica un bajo porcentaje de mujeres, de las encuestadas, que dicen estar informadas en temas relacionados con la salud sexual, pero que registran comportamientos negativos hacia la realización de las pruebas sustentados en mala información o creencias erróneas, deben ser abordadas por las estrategias de prevención.

Respecto a la realización de las pruebas, resultan alentadores los resultados de esta sección en la que comparativamente se observan porcentajes altos de mujeres que se realizan los exámenes, y que estos están vigentes según las recomendaciones clínicas. Resultados consistentes con lo hallado por Brown y otros (2014) quienes retoman la encuesta realizada en el año 2005 a asistentes a la Marcha del Orgullo Gay en la ciudad de Buenos Aires en el que el (70,3%) de las lesbianas dijo asistir por lo menos una vez por año al ginecólogo/a, porcentaje similar al de las mujeres heterosexuales. Por su parte también identificaron que “no tengo relaciones”, “no estoy enferma”, “me da vagancia”, “vergüenza” o sencillamente ausencia de interés como argumentos más frecuentemente mencionados para no atender a la consulta, tal

como lo hallaron posteriormente en la investigación de corte cualitativo para mujeres heterosexuales en 2007.

En este estudio, al igual que en el ENDS (2015)²², las mujeres que no reclamaron el resultado de la última citología refieren como principal causa el descuido o la falta de tiempo y aquellas que nunca se han realizado la citología, en su mayoría refieren como principal causa, razones de tipo personal, más no razones debidas a los servicios de salud. De esta forma, tanto los resultados presentados por Brown (2014) como los encontrados en este estudio reiteran la necesidad de generar acciones que contribuyan a modificar la situación respecto al motivo por el que no se reclaman los resultados.

También es importante considerar los resultados presentados por Brown y otros, quienes plantean que existe una distancia entre lo que lesbianas y bisexuales hacen, lo que los estudios cuantitativos describen y la percepción que ellas tienen en relación con las prácticas de cuidado y de atención gineco mamaria de sus pares. Es decir, que la idea persistente de que las lesbianas no van al ginecólogo o van menos que las heterosexuales disuade la intención de la consulta y reafirma la discriminación anticipada; algo similar a lo que sucede con las fuentes de información, que se percibe en supuesto que son las parejas, amigas, o charlas en foros de Internet, sin embargo, en las prácticas se aceptan como fuentes de información a los y las profesionales.

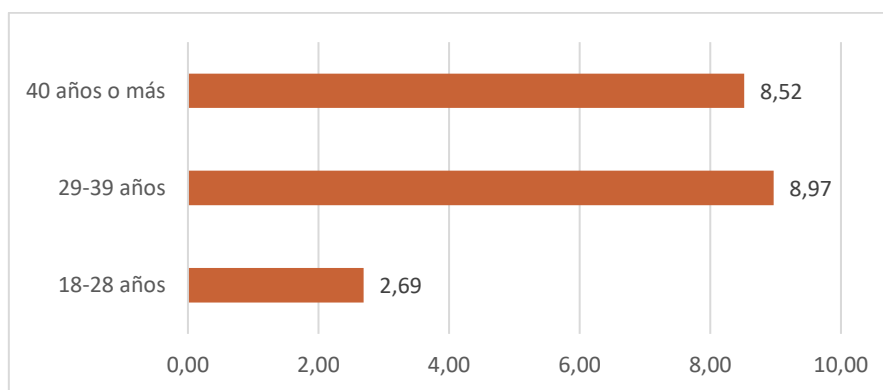
Es así, que al ser la discriminación anticipada (cuando la persona, presuponiendo a un rechazo, se auto discrimina) y al reiterarse en el tiempo, se naturaliza, de tal manera que se convierte en la respuesta más común.

Finalmente, no se debe pasar por alto la necesidad de realizar estrategias de información y transformación de prejuicios más efectivas y directas sobre los temas en cuestión.

Vida reproductiva y ejercicio de derechos reproductivos.

En este apartado se indagó sobre la maternidad y las formas en que las mujeres hacen ejercicio de los derechos reproductivos.

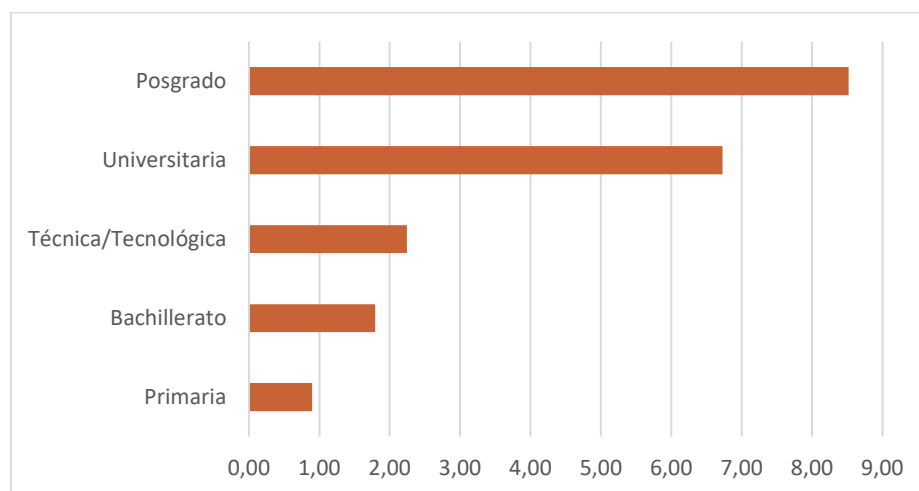
Ilustración 56. Si ha tenido embarazos por rango de edad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

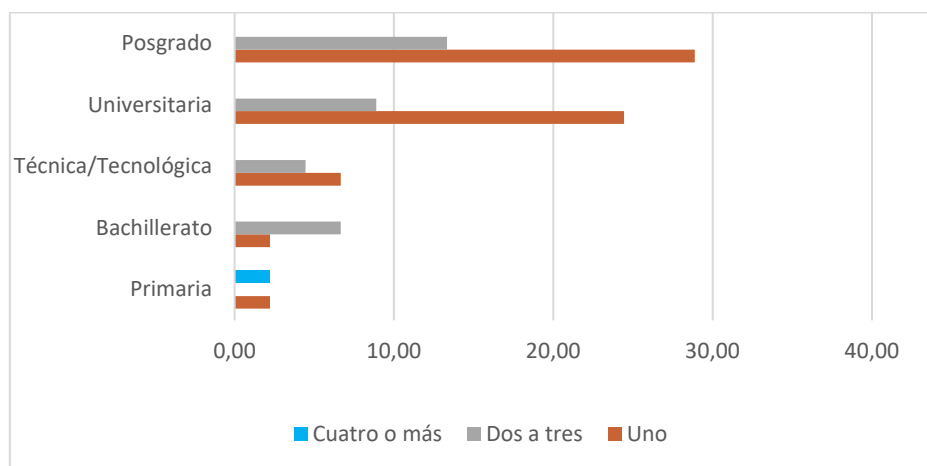
A la pregunta *¿Ha tenido embarazos?*²⁵ el (20%) de las mujeres que responden indican que sí. De las cuales se observa una relación con la edad, de manera que las mujeres en rango entre 18 y 28 años son quienes registran menos haber tenido embarazos. Sin embargo, esta pregunta se contrasta con la edad del primer embarazo, en la que se observa un porcentaje mayor entre los 18 y los 28 años, lo que sugiere un asunto generacional, es decir, que son las mujeres que actualmente tienen más de 28 años quienes han estado en embarazo en ese rango de edad y quienes en la actualidad tienen entre los 18 y 28 años han estado en embarazo en menos porcentaje.

²⁵ Tasa de respuesta (86.1%).

Ilustración 57. Ha tenido embarazos por nivel educativo.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

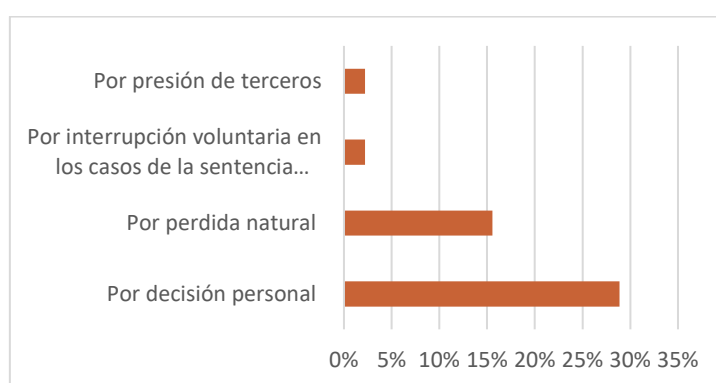
Como se presenta en la gráfica, hay una relación entre el nivel educativo y el haber tenido un embarazo, que puede estar asociado al acceso a la información, garantía y ejercicio de derechos y condiciones del entorno que favorecen la decisión.

Ilustración 58. Número de embarazos por nivel educativo.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Frente a la pregunta *¿Cuántos embarazos ha tenido?*²⁶, se observa que reportan haber tenido un embarazo principalmente las mujeres lesbianas con alto nivel educativo (universitario: 24.44% y posgrado 28.89%); de estrato 3 (33.33%), y aquellas ubicados en un rango de edad entre 29 y 39 años (28.89%). En esta línea, quienes indican haber tenido entre dos o tres embarazos son mujeres con alto nivel educativo (posgrado 13.33%), seguidas de aquellas con estudio universitario (8.89%); de estrato 2 (13.33%) seguidas del estrato 3 (11.11%) y aquellas con 40 años o más (17.78%). Por último, aquellas que reportan cuatro embarazos o más, con el (2,22%) en todos los casos se ubican en el nivel de primaria, estrato 2 con edad comprendida entre los 18 y los 28 años.

Ilustración 59. Motivo de la pérdida.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

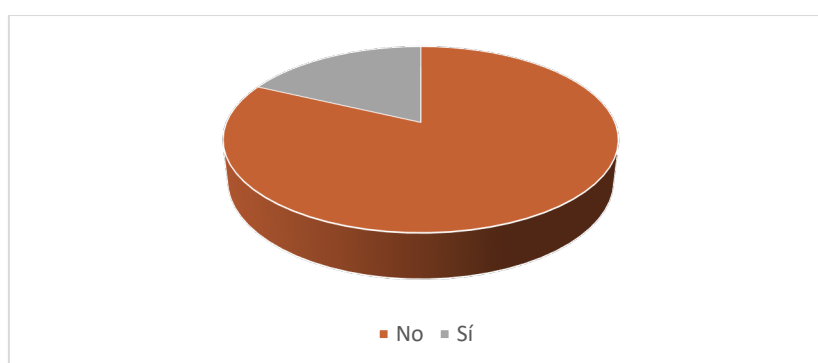
A pesar del porcentaje bajo que representa estos datos, se consideró importante indagar aspectos asociados que dieran un acercamiento a lo correspondiente a estos derechos. Así, de estos embarazos, el (51%) han sido nacimientos vivos y el (49%) ha tenido pérdidas. Al grupo de mujeres que respondió afirmativamente haber tenido pérdidas se les indagó por el motivo por el cual el embarazo terminó en pérdida, encontrando que el (29%) registra que, por decisión

²⁶ Tasa de respuesta (86.1%).

personal, el (16%) por pérdida natural, el (2%) por interrupción voluntaria en los casos de la sentencia y el otro (2%) por presión de un tercero. El (51%) de las mujeres que respondieron afirmativamente haber tenido embarazos que han terminado en pérdida, no respondió a la pregunta sobre el motivo de la ésta.

Los resultados anteriores resultan llamativos respecto al porcentaje de mujeres que indican la terminación voluntaria y por decisión personal del embarazo, la cual no hay forma de asociar, en este estudio, con la OS de las mujeres, sino que más bien puede ser una experiencia que viven las mujeres en general. Por ejemplo, la caracterización de personas vinculadas a actividades pagadas realizada por la Secretaría de la Mujer²⁷, señala que el (43%) de las mujeres participantes en ese estudio han tenido un aborto, con un (31%) que señalan que fue voluntario. Se infiere que el número de abortos en la ciudad podría ser alto, lo que plantea la necesidad de que éstos se presenten en condiciones en los que se asegure la vida y la salud de las mujeres como lo indica la OMS.

Ilustración 60. Tiene hijos/as.



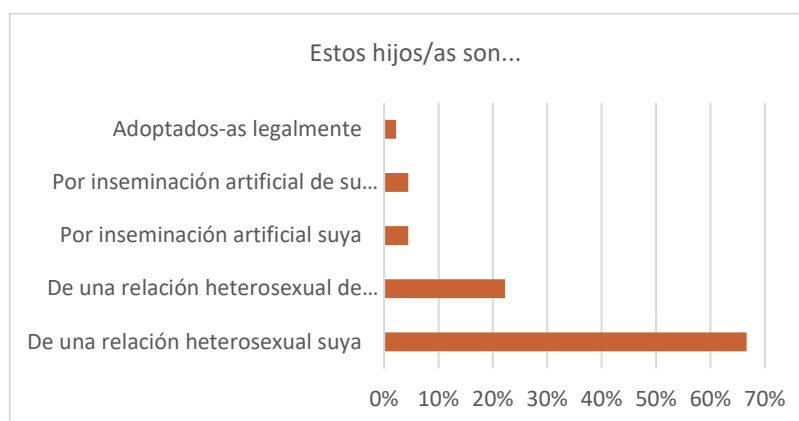
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

De igual manera se preguntó por la presencia de hijos/as, sobre lo cual se observó que el (82.06%) de las mujeres participantes no tiene hijos/as ni propios ni de la pareja, mientras que

²⁷ Ibidem, Pág. 61.

el (17.94%) si tiene. Este grupo indica que el (45%) tiene un hijo/a, el (43%) dos hijos/as y el (13%) tres o más.

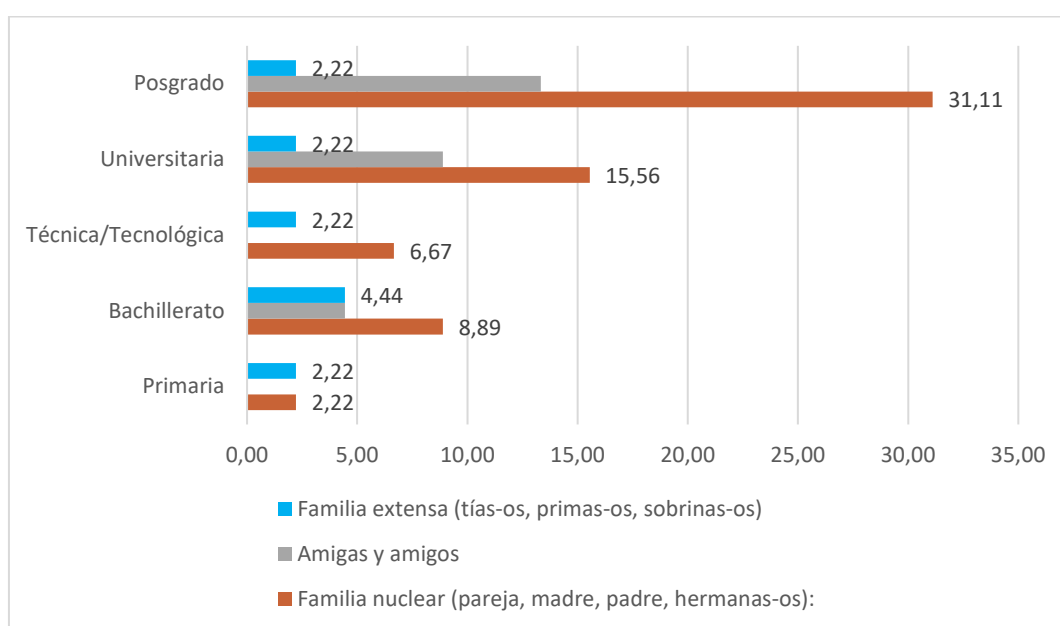
Ilustración 61. Formas en que se han concebido los/as hijos/as.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En el grupo de mujeres que reportaron tener hijos/as, se indagó por la forma en que estos fueron concebidos, encontrando que el (67%) provenían de una relación heterosexual propia, mientras que el (22%) de una relación heterosexual de la pareja. El (8%) fueron concebidos a través de procesos de inseminación artificial de alguna de las dos y el (2%) fueron adoptados.

Ilustración 62. Fuente de acompañamiento en la maternidad por nivel de educación.

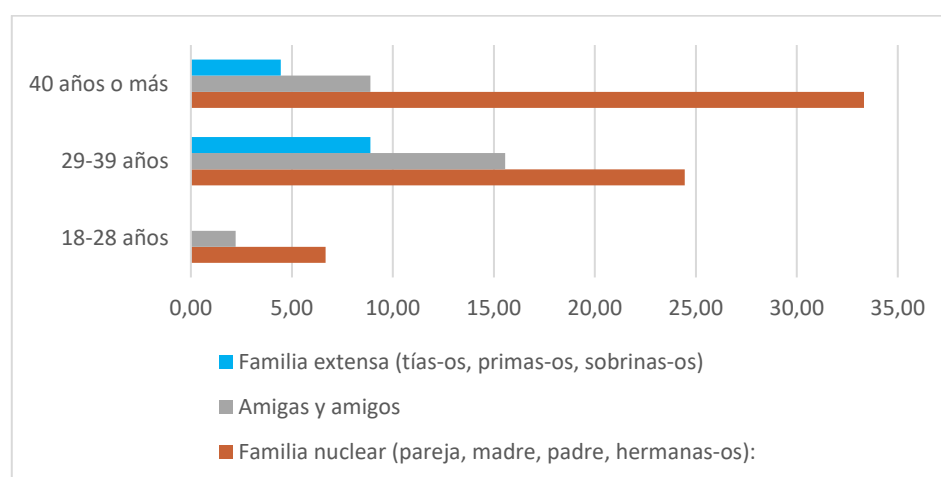


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Frente al ejercicio de la maternidad, se pregunta por el apoyo o acompañamiento recibido, encontrando que el (95%) de las mujeres que son madres han recibido algún tipo de apoyo y el (5%) no lo han tenido.

Como se observa en el gráfico anterior, la principal fuente de apoyo es la familia nuclear, indistintamente del nivel educativo de la mujer, siendo los amigos y amigas los referentes que aparecen en segundo lugar.

Ilustración 63. Fuente de acompañamiento en la maternidad por rango de edad²⁸.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

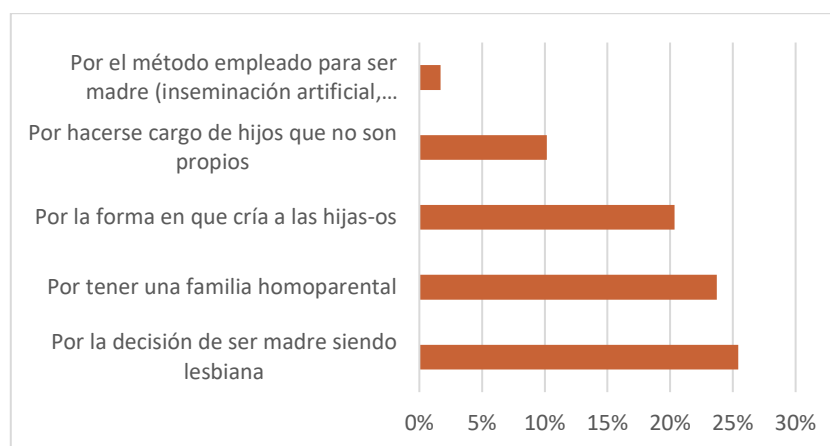
La observación anterior es aplicable a esta gráfica, en la que se presentan los referentes de apoyo respecto a los rangos de edad, encontrando que la familia nuclear es la fuente más fuerte de la reciben apoyo las mujeres en durante la maternidad.

También se indagó por el apoyo que pueden prestar otros referentes de la red de soporte social, encontrando que instituciones de orden estatal, iglesia y organizaciones sociales parece que no se hacen partícipes de estos procesos o las mujeres no acuden a estos en busca de apoyo

²⁸ Tasa de respuesta (100%). Solo se tienen en cuenta aquellas mujeres que hayan tenido embarazos.

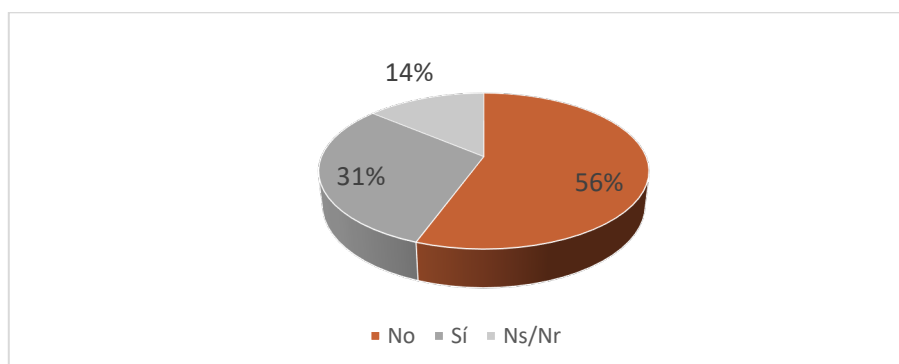
para el ejercicio de la maternidad, lo que permite suponer que esta se reserva al ámbito de lo privado y que es la red inmediata la que actúa.

Ilustración 64. Razones por las que se ha sentido cuestionada en el ejercicio de la maternidad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Por su parte, a la pregunta sobre si se ha sentido cuestionada en ese ejercicio de maternidad, el (81%) indican haberse sentido cuestionadas, de las cuales casi el (50%) por su OS en donde se ubican motivos como: por ser madre siendo lesbiana (25%), y por tener una familia homoparental (24%). Otro porcentaje se asocia a razones como la forma en que cría a los hijos/as (20%) y el hacerse cargo de hijos/as que no son propios (10%). El motivo que genera menos cuestionamientos, quizás también por no ser aún tan frecuentado es por el método alternativo de procreación, haciendo referencia a la inseminación artificial y a la adopción (2%).

Ilustración 65. Planea tener hijos/as.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al indagar sobre el planear tener hijos/as, el (56%) de las participantes no planean tener hijos/as en el futuro, frente a un (31%) que sí. El (14%) restante no responde o no ha tomado una decisión al respecto.

Finalmente es de anotar que tan sólo el (1%) de las mujeres que planean tener hijos/as han iniciado un proceso de adopción, lo que hace difícil tener información sobre las condiciones en que se presentan estos procesos, las barreras o transformaciones que se han logrado en la garantía de este derecho.

Consideraciones sobre la sección.

“generalmente la mujer lesbiana como que omite la parte de la planificación porque no lo considera necesario (...) pero por el concepto de ser mujer, si es su deseo y voluntad de estar en gestación y tener su hijo, teniendo una relación de pareja homosexual puede, (...) olvida que puede tomar su propia decisión” (Grupo focal).

Las movilizaciones sociales a favor de los derechos de las personas de los sectores LGBTI, así como las distintas manifestaciones de la Corte Constitucional al respecto, apuntan al reconocimiento de las acciones que permitan la realización de la paternidad y la maternidad

como un derecho no dependiente de la biología, de la estructura familiar o de los roles de género asignados.

En tal sentido estas acciones son importantes para lograr la transformación social deseada, sin que ello sea una expresión directa de la situación de las mujeres lesbianas, es decir, que la maternidad no parece estar en el escenario de su vida, con un alto porcentaje de mujeres que nunca han estado en embarazo y no planean tener hijos/as, respuestas acordes con las dinámicas sociales y las proyecciones de nacimientos que se hacen en poblaciones general.

Dentro de aquellas que expresan que sí han estado en embarazo, se reconoce un grupo representativo en que señalan haberlo interrumpido voluntariamente. Sobre este aspecto se llama especialmente la atención, pues el porcentaje de mujeres que indican haber tenido un embarazo frente a las que tienen hijos/as es superior, lo que no solo indica la interrupción del embarazo, sino que esta práctica pudo incluso presentarse más de una vez.

En este sentido, es pertinente hacer varias reflexiones, una frente a las discusiones sobre el derecho al aborto como una forma de decisión personal, dado que este se realiza a pesar de las restricciones legales, y entonces genera barreras de acceso para que las mujeres lo puedan efectuar de manera segura para su salud, sin que se generen daños en sus órganos o infecciones posteriores que pongan en riesgo su vida. La segunda reflexión nuevamente invita a revisar las categorías sobre las que se construyen acciones de política, pues en temas de sexualidad éstas no dan cuenta suficiente de las experiencias de vida de las personas; como en este caso, que mujeres que se definen como lesbianas tienen o han tenido relaciones sexuales con hombres, lo que no refiere a dimensiones distintas de la sexualidad.

También, esta información pone en evidencia la necesidad que los temas de métodos anticonceptivos, protección y uso de barreras sean tratados en las consultas médicas y revisar el acceso en el Sistema de Salud a métodos como la píldora del día después.

Finalmente se observa que a la pregunta sobre el proyecto de tener hijos/as son más quienes expresan que no. Nuevamente es posible que estos resultados estén asociados a las características socioeconómicas de las participantes dadas por la edad y el nivel educativo, las cuales influyen en el mismo sentido en el que se presenta en población general, donde mujeres jóvenes y con nivel educativo alto aplazan la maternidad o reconsideran este rol en sus vidas, de manera, que la maternidad o el proyecto de ser mamá, no es un asunto dado por la OS.

Sin embargo, frente a este aspecto desde las entrevistas los y las profesionales señalan que el acceso a tecnología para la reproducción asistida está disponible en instituciones privadas, pero tiene un costo alto que es igual para todas las personas independientemente de su orientación y que desde el Sistema de Salud, aunque contemplado como parte de los derechos, requiere superar una serie de constantes obstáculos jurídicos.

Por lo anterior, tanto en los grupos focales como en las entrevistas, refieren que si la mujer desea ser madre tiene muchas “opciones para embarazarse”, como acudir a un bar, o a un amigo, lo cual, aunque es similar a lo expuesto por la organización civil El Clóset de Sor Juana, quienes respecto a los deseos reproductivos de las mujeres lesbianas, encontraron que el (40%) de las mujeres que desean tener un embarazo tienen como primera opción para la inseminación acudir a un amigo homosexual, deja también un planteamiento en el que los deseos personales, sexuales y políticos de la mujer son desconocidos en función de lograr la maternidad o lo que en lecturas amplias puede leerse como una forma de violencia, dado que limita las acciones de transformación y debilita el sentido de la identidad.

Finalmente, se cuestiona lo referido por los profesionales, en donde indican que es necesario considerar las posibles situaciones de discriminación social a la que se van a ver sometidas como madres y a las que pueden exponer a sus hijos/as. Reflexión que si se da en espacio de la consulta médica puede influenciar las decisiones de las mujeres, de manera que los y las profesionales de la salud, siguen teniendo poder sobre la salud y las vidas de las mujeres. Esto

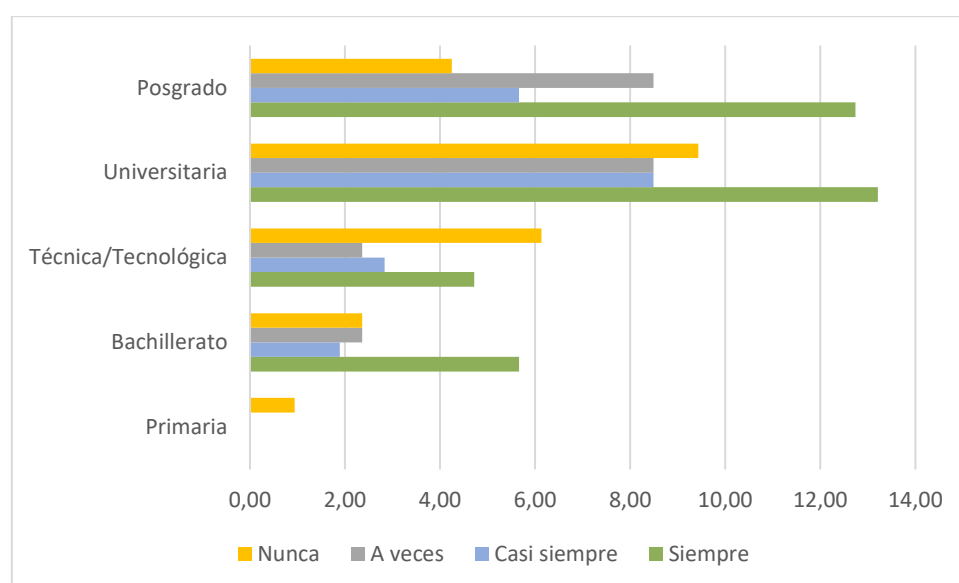
en el sentido en que lo plantea Domínguez respecto a la discriminación que encuentran las mujeres en el ámbito sanitario, el cual trae vulneración de los derechos de salud sexual y la salud reproductiva.

A pesar de lo anterior, es interesante que quienes ya son madres registran unos niveles de aceptación y apoyo por parte del entorno inmediato, en el que nuevamente se sobrepone sobre la OS o la forma de concepción.

Relación con los servicios de salud.

Este apartado indaga sobre la confianza en los y las profesionales de la salud, y la percepción sobre la atención respecto a la OS.

Ilustración 66. Frecuencia con la que se comunica la OS en el servicio médico por nivel educativo.

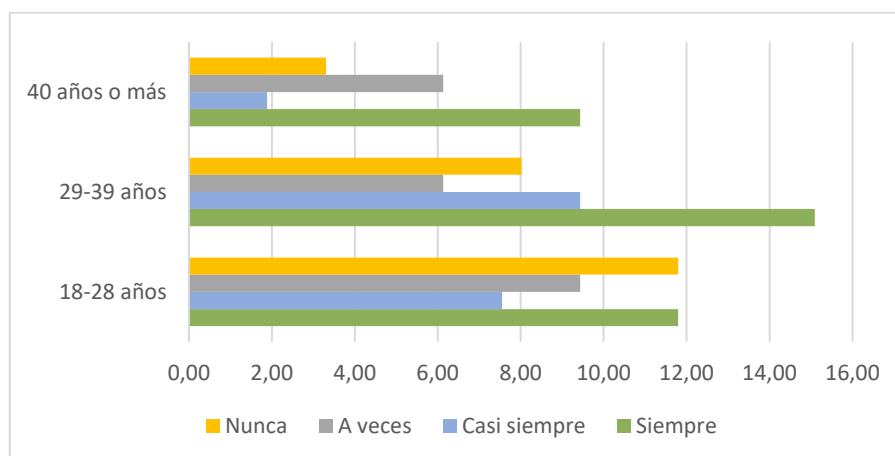


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta, *¿Cuándo acude a medicina general, le cuenta al/la profesional de salud su OS?*²⁹, el (29.7%) de las mujeres encuestadas siempre le cuentan al/la profesional de la salud acerca de su orientación sexual, frente a un (23.11%) que nunca lo hace.

El grupo de mujeres que siempre cuentan su OS, mayoritariamente, tienen nivel educativo alto. Las que casi siempre le cuentan al/la profesional de salud sobre su OS, corresponden al (32.2%) y también se encuentran en el grupo de escolaridad alta principalmente.

Ilustración 67. Frecuencia con que se comunica la OS según rango de edad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Por rangos de edad, se observa que es en el grupo de mujeres de 40 años o más, en donde se presenta el porcentaje más bajo de quienes nunca cuentan su OS y es en el grupo de 29 a 39 años en donde se ubican los porcentajes más altos de mujeres que siempre o casi siempre cuentan su OS.

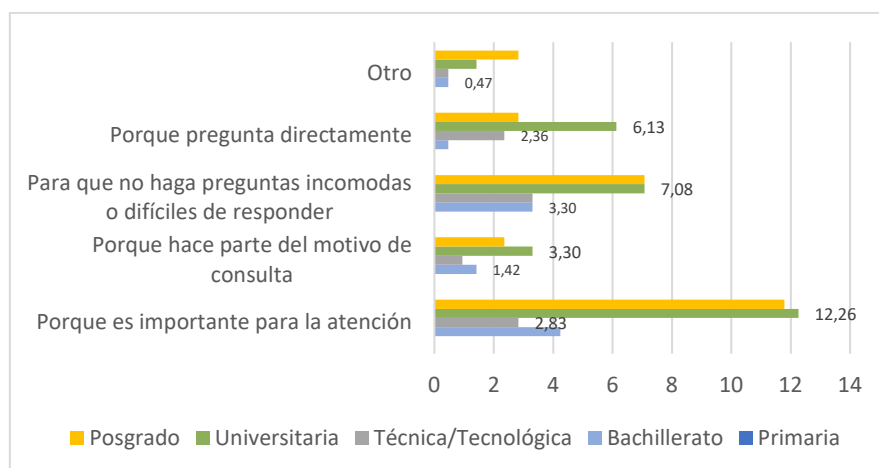
Al indagar por *¿Cuál es la principal razón para contar al/la profesional de la salud su orientación sexual? (medicina general)*³⁰, se observa que el principal motivo es que, *se considera que es importante para la atención (40%), para evitar que se hagan preguntas*

²⁹ Tasa de respuesta (81.85%)

³⁰ Tasa de respuesta (76.88%). Solo se tienen en cuenta las mujeres que responde contar al/la profesional su orientación sexual siempre, casi siempre o a veces.

incomodas (27%), para responder a una pregunta directa del/a profesional (15%), porque se consulta por un motivo relacionado (10%) y finalmente por otras razones (7%) como que se pregunta sobre los métodos de planificación y los cuidados en la vida sexual.

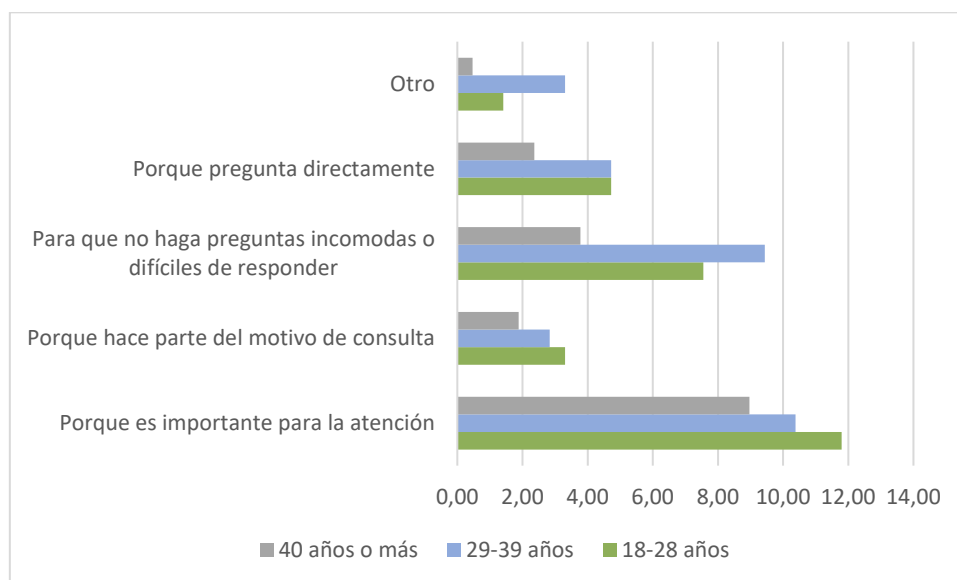
Ilustración 68. Razones para comunicar la OS por nivel de educación.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La gráfica anterior presenta los motivos para contar la OS según los niveles de escolaridad, observando que: se considera importante para la atención es un motivo relevante para las mujeres con formación superior (universitaria y posgrado). El motivo que se ubica en segundo lugar para este mismo grupo es, para que no se hagan preguntas incómodas o difíciles de responder, siendo este último un motivo importante para las mujeres con formación intermedia (técnico/tecnológico).

Ilustración 69. Razones para comunicar la OS por rango de edad.



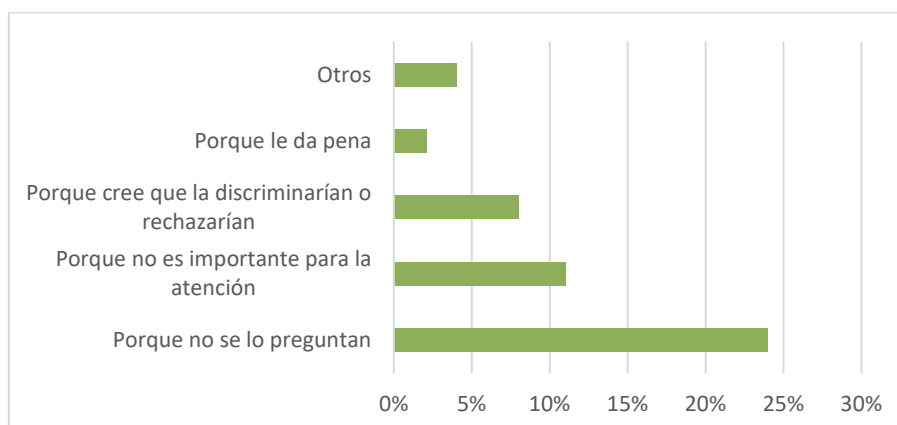
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La mayoría de las mujeres cuenta su OS a su profesional en medicina general, bien sea porque considera esto importante para la atención o para que las posteriores preguntas no sean incómodas.

Frente a la pregunta, *¿Cuál es la principal razón para NO contar al/la profesional de la salud su orientación sexual? (medicina general)*³¹.

³¹ Tasa de respuesta (23.11%). Solo se tienen en cuenta las mujeres que responde no siempre contar al/la profesional su orientación sexual.

Ilustración 70. Razones para NO comunicar la OS.

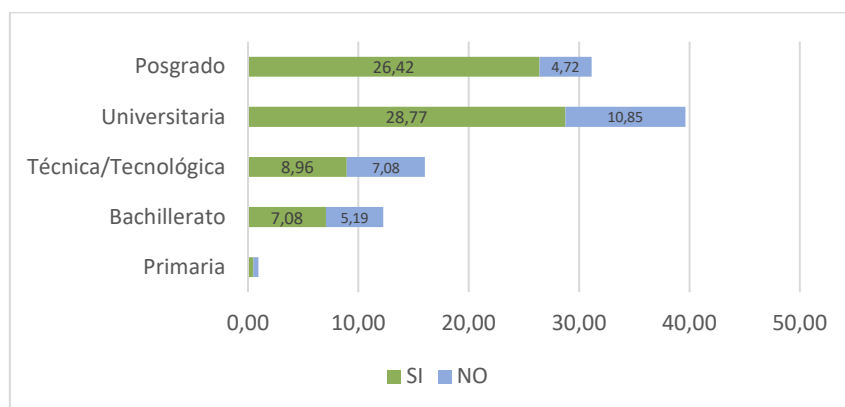


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

La razón principal por la que las mujeres no cuentan al/la profesional su OS es “*Porque no se lo preguntan*” (24%), seguido de la razón “*Porque no es importante para la atención*” (11%), “*cree que la discriminaría o rechazarían*” (8%), “*le da pena*” (2%) y otras razones entre las que se incluye que le da miedo que se registre en la historia clínica, y en menor porcentaje porque la actitud del/a profesional no lo permite. Estas respuestas se ubican todas en un aspecto de índole personal sustentadas en miedos asociados a discriminación.

Respecto a si *¿Alguna vez ha asistido a consulta ginecológica?*³², el (59%) de las participantes ha asistido a una consulta ginecológica, el (23%) no lo han hecho.

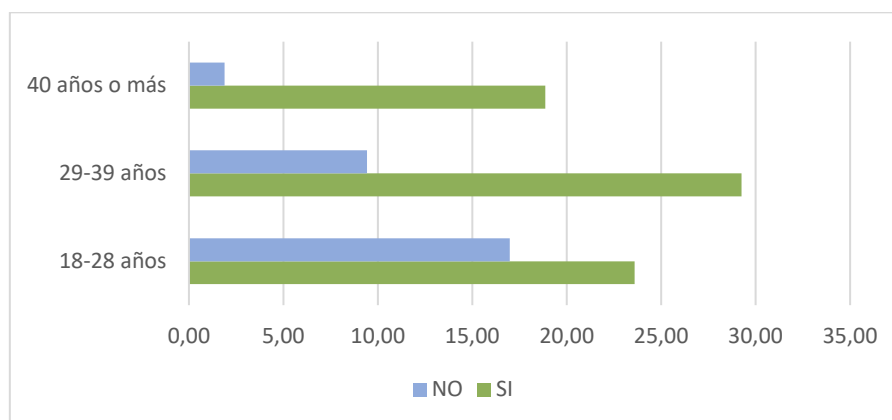
³² Tasa de respuesta ((81.85%).

Ilustración 71. Ha asistido a consulta ginecológica por nivel de educación.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

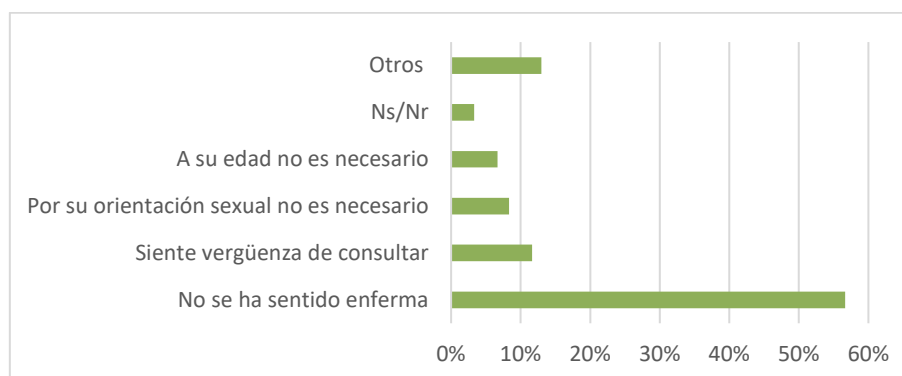
Las que con mayor frecuencia responden afirmativamente a la pregunta de si ha asistido a consulta ginecológica, tienen nivel educativo alto, pertenecen al estrato socioeconómico 2 y 3 y están en los grupos de edad menor a 40 años, aunque no es significativamente mayor al comportamiento de los otros grupos.

Sobre este punto vale retomar el estudio realizado por Brown, en el que identifica dos grupos: mujeres que asisten regularmente al ginecólogo/a y mujeres que fueron muy pocas veces o nunca, siendo estas últimas un menos porcentaje. Estos resultados están acordes con lo presentado por la encuesta realizada en el año 2005 a asistentes a la Marcha del Orgullo Gay en la ciudad de Buenos Aires, en la que el (70.3%) de las lesbianas dijeron asistir por lo menos una vez por año al ginecólogo/a, frente a un (75.3%) reportado por las mujeres heterosexuales. En esta misma encuesta se observa que “No tengo relaciones”, “no estoy enferma”, “me da vagancia”, “vergüenza” o sencillamente ausencia de interés fueron los argumentos más frecuentemente mencionados para justificar la no asistencia a consulta, similares a los observados en este estudio y que se presentan más adelante.

Ilustración 72. Ha asistido a consulta ginecológica por rango de edad.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

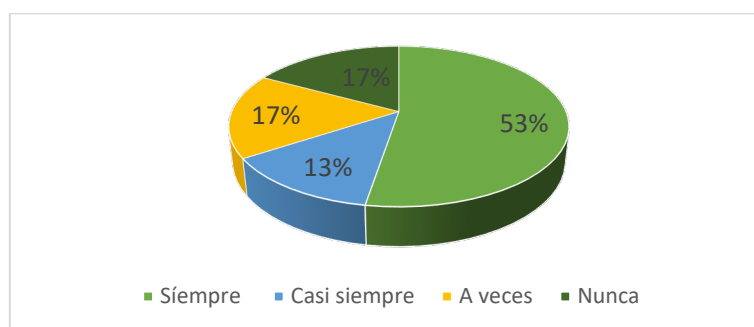
Como se presenta en la gráfica anterior, llama la atención la forma en que el NO asistir a consulta ginecológica disminuye con la edad, de tal manera que a medida que aumenta la edad, aumenta la posibilidad que la mujer acuda a consulta especializada. A quienes han asistido a esta consulta se les preguntó el motivo de su última consulta, en donde un (66%) indica que por prevención y control mientras que un (34%) lo hicieron por una afectación específica, como presentar alguna ITS o malestar asociado, en donde el (8%) por otros motivos o por consideraciones profesionales en las que es resultado de la remisión por parte de medicina general (22%).

Ilustración 73. principal razón por la que NO ha asistido a consulta ginecológica.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En este mismo sentido se indagó por la principal razón por la que no ha asistido a consulta ginecológica, observando que el (57%) refieren no haberse sentido enfermas, de tal manera que pareciese debe existir una dolencia asociada, sin considerar aspectos de prevención, control o seguimiento a la salud sexual y salud reproductiva. A este motivo se sigue que siente vergüenza al consultar (12%), que no es necesario por su OS (8%), no es necesario por su edad (7%). Otros motivos (13%) incluyen que no han recibido remisión de medicina general, no le interesa, o le da miedo que la discriminen.

Ilustración 74. Comunica la OS en ginecología.

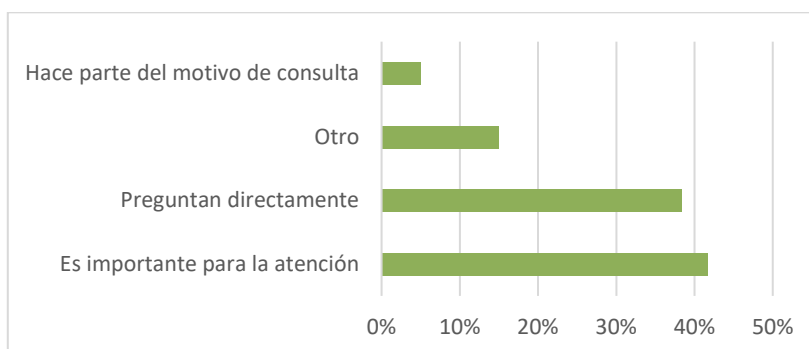


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al indagar por si en la consulta ginecológica *¿le cuenta al/la profesional de salud su orientación sexual?*³³, se observó que en el (53%) indica que en esta consulta siempre comunica su OS, en contraste con el (17%) que nunca lo informa.

³³ Tasa de respuesta (100%). Solo se tienen en cuenta las mujeres que han asistido a consulta ginecológica.

Ilustración 75. Razón para comunicar la OS en consulta ginecológica.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Dentro de las razones para contar al/la profesional de la salud *su orientación sexual?* (ginecología)³⁴ se encuentran: *que es importante para la atención* (42%), *le preguntan directamente* (38%), o *hace parte del motivo de consulta* (5%). Al igual que en medicina general, la mayoría cuenta su OS a su profesional en ginecología porque lo considera importante para la atención de la cita.

Ilustración 76. Razones para NO contar la OS (ginecología).



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

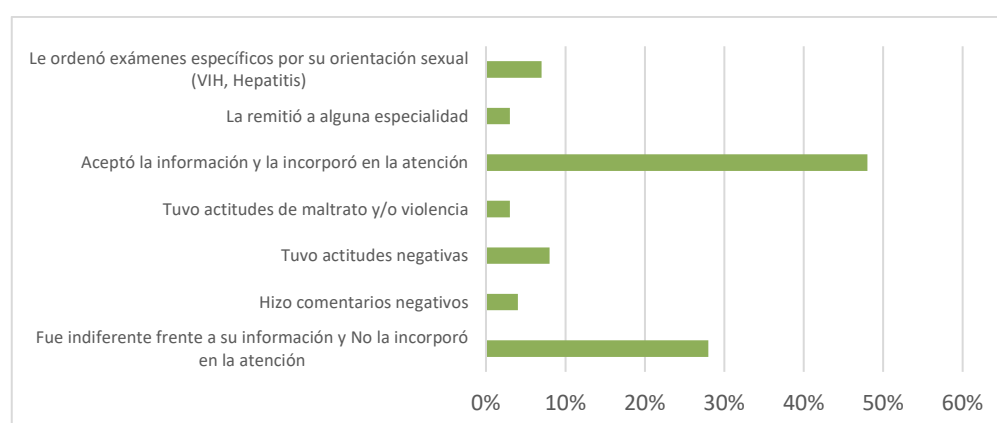
Por el contrario, dentro de las razones para NO contar al/la profesional de la salud *su orientación sexual* (ginecología)³⁵ se encuentran: “*Porque no se lo preguntan*” (50%), “*Porque*

³⁴ Tasa de respuesta (82.89%). Solo se tienen en cuenta las mujeres que han asistido a consulta ginecológica.

³⁵ Tasa de respuesta (17.10%). Solo se tienen en cuenta las mujeres que han asistido a consulta ginecológica.

no es importante para la atención” (19.23%) o porque *“cree que la discriminarían o rechazarían”* (11.54%) junto con *“porque le da pena”* (11.54%). Estos resultados evidencian lo hallado por Siberlman (2016), en donde muchas mujeres que tienen sexo con mujeres proveen que la revelación de su sexualidad puede provocar reacciones negativas, entonces terminan evitando la atención general de la salud como consecuencia de la desconfianza o el temor a las reacciones homofóbicas, lo que nuevo retorna a la importancia de la pregunta directa del/a profesional “porque si fuese realizada, casi el 100 por ciento contestaría la verdad, y si no la pregunta, más de la mitad no lo manifestará espontáneamente”.

Ilustración 77. Respuesta del/a profesional ante la OS.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al indagar sobre la respuesta del/a profesional al conocer la OS, se encontró que el (48%) aceptó la información y la incorporó a la atención, frente a un (28%) que fue indiferente y no incorporó esta información a la atención; un (10%) que generó acciones adicionales como remisión a especialistas o exámenes específicos, finalmente un (15%) que tuvo algún tipo de respuesta negativa.

Silberman, refiere que un informe en Estados Unidos, luego de la entrevista médica a las mujeres en las que ellas revelaron su OS, la mayoría consideró que la actitud del/a profesional

fue “natural”, sin embargo, no proporcionó orientación sobre el tema, explicando que la forma en que se llevó a cabo la cita simplemente continuó como se venía desarrollando.

Ilustración 78. Manifestaciones negativas del/a profesional.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En este último grupo se pidió especificar de qué manera se manifestaba esta situación, sobre lo que indicaron principalmente que la atención fue fría y lejana (30%), lo que puede relacionarse con el (11%) que no estableció contacto visual y el (8%) que no estableció contacto físico. En otra línea de respuesta es quienes expresamente hicieron comentarios desobligantes (17%), indagó más de la cuenta sobre asuntos relacionados con su vida íntima (10%).

Consideraciones sobre la sección.

La Medición de la Línea de Base de la Política Pública LGBTI (SDP, 2014), indica que el (2,7%) de las mujeres reportaron haber sufrido agresiones en el sistema de salud, y el (8%) que su derecho a la salud fue vulnerado en los últimos tres años (2011-2014). Así mismo, estudios plantean que las lesbianas a pesar de que preferirían revelar su orientación en el servicio médico, no lo hacen, porque la presuposición sobre su heterosexualidad afecta la confianza en

su médico/a (Silberman, P y otros, 2015). Así lo presenta la organización civil El Clóset de Sor Juana, quienes en su estudio en 2017 encontraron que el (60%) considera que es importante que el médico sepa la identidad sexual para que la atención sea adecuada. Sin embargo, dentro de las razones más mencionadas para no revelar su orientación se encuentran: por pena, discriminación, porque consideran que no es necesario o no es de incumbencia del personal de salud.

Sin embargo, llama la atención información como la presentada en el informe “Derecho a la salud, derecho de todas. Aproximaciones multidisciplinares” realizado en México en 2017, en el que señalan que la mayoría de las mujeres participantes reportan no haber experimentado discriminación (82%), malos tratos (68%) u omisión de su identidad sexual (76%) en los servicios de salud. El (85%) indican que se sienten con libertad para hablar sobre su sexualidad en los servicios privados y (78%) en los públicos. Así, el (79%) y (72%) han revelado su identidad sexual en estos mismos servicios. Estos hallazgos, en los que la mayoría de las mujeres refieren experiencias positivas en los servicios de salud a los que acuden, aunque contrastan con los reportados en otros estudios donde mujeres lesbianas y bisexuales experimentan más barreras en cuanto al trato en los servicios de salud, resultan similares a los obtenidos en este estudio, en el que se registra una apertura significativa frente a la OS por parte de los y las profesionales y una apertura en las consultantes.

En este sentido, la información que se presenta en esta sección es interesante en la medida que puede evidenciar cambios en la relación entre los y las profesionales con las consultantes, motivando que se comunique la OS con mayor frecuencia y con más claridad frente a la importancia de esta información para la atención. Lo que se observa a través de este estudio, es que cada vez más mujeres comunican su OS.

Por su parte, a través de los instrumentos cualitativos aplicados se encuentra una actitud consistente por parte de los y las profesionales de la salud, quienes expresan que las

consultantes deben “quitarle poder al médico” y “perder el temor” de manera que comuniquen la OS sin importar la reacción.

Esto último es consistente con los estudios en los que se indican cambios sutiles en la formación de estudiantes de medicina, que, junto con los cambios sociales, pueden influir en más apertura por parte de los y las profesionales para atender adecuadamente a las mujeres lesbianas. Así, se evidencia un cambio importante por parte de los y las profesionales de la salud, reconocido también por las mujeres, posiblemente dado por los cambios generacionales, los cambios en la formación y las estrategias que se realizan para la transformación de imaginarios sobre la diversidad sexual.

Sin que lo anterior lleve a pasar por alto los casos en los que se presenta violencia ginecológica, la información presentada indica que en la atención se genera más confianza para compartir la OS y que los y las profesionales están abiertos a esta información.

También es importante resaltar cómo en las entrevistas de manera reiterada indican la necesidad de que las mujeres sean más abiertas en la comunicación de la consulta para no tener que “descubrir” los motivos de ésta, situación que puede generar el hacer preguntas incómodas, demorar los tiempos en que se resuelve la situación a consultar y afectar la efectividad de la atención, aunque, como lo señala Siberlman (2016) los profesionales de la salud tienen dificultades en la manera de llevar la conversación en lo que respecta la vida sexual del paciente, y sobre todo brindar un espacio de diálogo para que sus pacientes se sientan seguras acerca de admitir su OS.

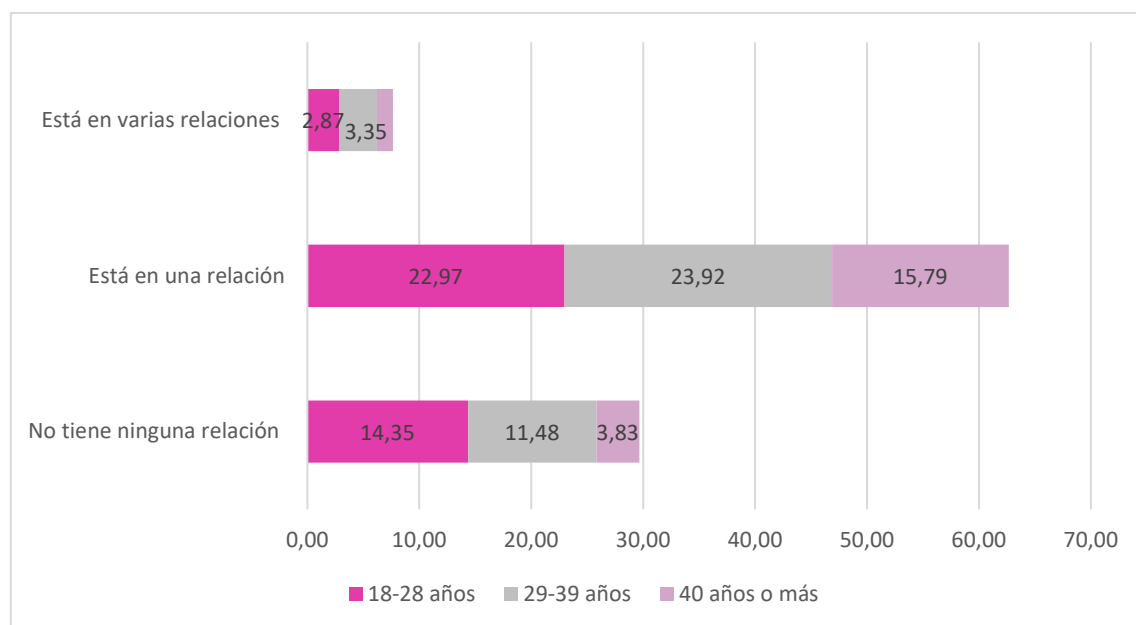
Finalmente vale la pena profundizar en los hallazgos del estudio y lo que algunos referentes conceptuales proponen para diseñar acciones al respecto, considerando que existe distancia entre lo que las mujeres lesbianas hacen, lo que los estudios cuantitativos describen y la percepción que ellas tienen en relación con las prácticas de cuidado y de atención ginecológica de sus pares. Es decir, que existe una idea generalizada de que las lesbianas no van al

ginecólogo o van menos que las heterosexuales, y ubica como fuentes de información a parejas, amigas, conversaciones con otras mujeres lesbianas o Internet, esta autopercepción de las mujeres sobre los niveles de atención se traduce en discriminación anticipada o sentida, y resulta primero en un obstáculo para el acceso a la atención de la salud y segundo fortalece las lógicas de la invisibilización (Brown, 2014).

Pareja y relaciones erótico-afectivas.

Este apartado indaga por las relaciones erótico-afectivas que establecen actualmente las mujeres que participaron en el estudio, considerando que éstas son un factor protector para algunas situaciones de salud, por ejemplo, los estudios indican que las personas que tienen pareja son más propensas a consultar oportunamente los servicios de salud.

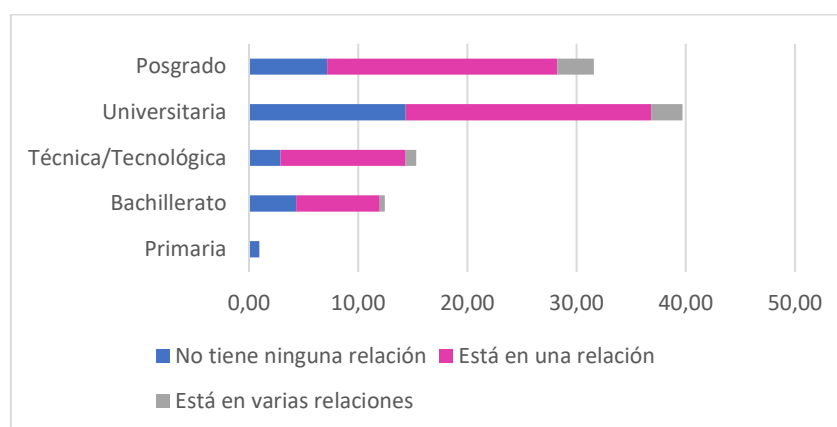
Ilustración 79. Actualmente está en una o varias relaciones erótico-afectivas por rango de edad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Al respecto se inició por preguntar si actualmente, *¿está en una o varias relaciones erótico-afectivas?*³⁶ el (70.34%) de las mujeres participantes en el estudio tiene vínculo erótico-afectivo con una o con varias mujeres, el (29,66%) señalaron no tener ningún vínculo erótico-afectivo.

Ilustración 80. Actualmente está en una o varias relaciones erótico-afectivas por nivel de educación.

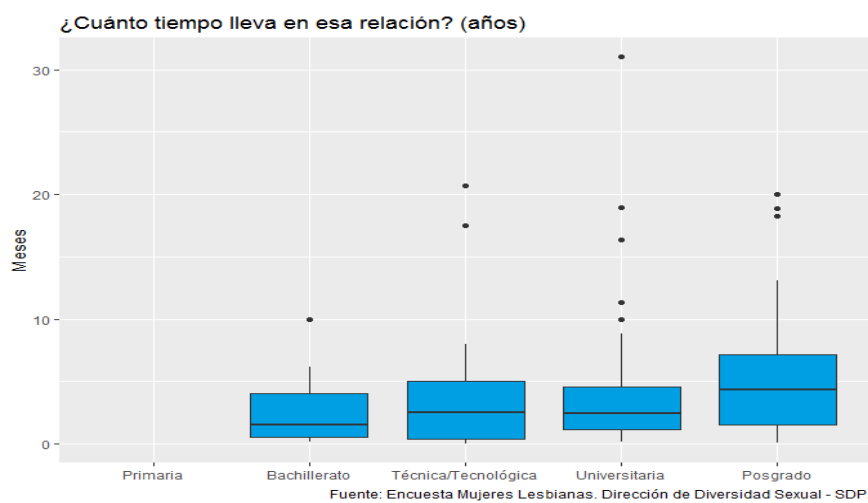


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En cada grupo, sea estrato, nivel educativo o por edad, sobresale que la mayoría de las mujeres están en al menos una relación (70%) de las cuales el (7%) se encuentran en más de una relación.

³⁶ Tasa de respuesta (80.69%).

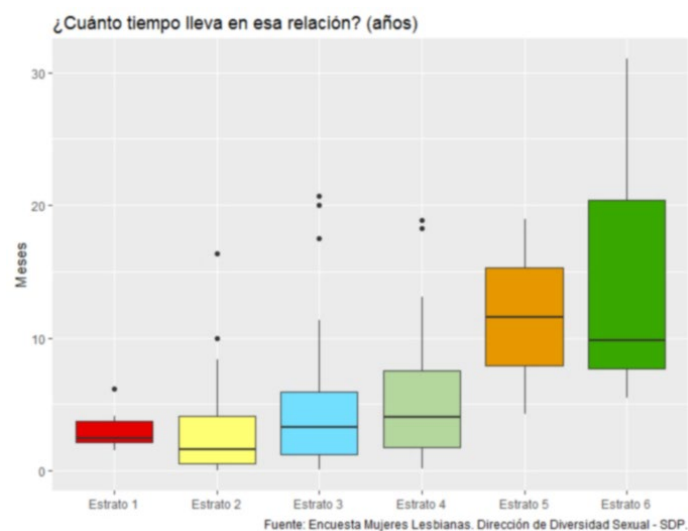
Ilustración 81. Tiempo de la relación por nivel educativo.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta *¿Cuánto tiempo lleva en esa relación?*³⁷, lo que se observa en la gráfica es que las mujeres con mayor nivel educativo (posgrado) son las que llevan más años en la relación. Es de indicar que las mujeres de estrato socioeconómico alto y de más de 40 años, también reportan relaciones de más tiempo.

Ilustración 82. Tiempo de la relación por estrato socioeconómico.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

³⁷ Tasa de respuesta (86.1%).

El tiempo promedio de relación en las mujeres de estrato 6 es de 15.4 años, seguido por las de estrato 5 con 11.6 años. Este promedio es más bajo en las mujeres de estrato 2 con 2.8 años y de estrato 1 con 3.1 años. Al observar el tiempo promedio de relación con los rangos de edad, se encuentra que entre los 18 y los 28 años es de 2.5 años, seguido por el grupo de 29 y 39 años con 3.9 años y por el grupo de 40 años o más con 8.2 años.

Respecto a la pregunta sobre cómo le dice a la pareja, se observa que el (38%) de las encuestadas se refiere como novia, el (26%) como esposa, el (20%) como compañera, el (14%) emplean expresiones como pareja casual, pareja abierta o amiga, indicando relaciones menos cercanas y con características menos tradicionales. Finalmente, el (4%) emplea expresiones como marida, compañera de vida, amantas y amadas, intentando al parecer dar cuenta de vínculos estrechos con un grado alto de afectividad.

Consideraciones sobre la sección.

La información de esta sección es concreta, se presentaron pocas preguntas sobre este aspecto, dado por consideraciones en las que se reconoce que el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos trasciende a la pareja, y que incluso la comprensión de esta forma de vinculación es compleja, variada y que requiere discusiones amplias respecto a las configuraciones que se dan y las múltiples experiencias que las constituyen.

Así, se indagaron algunos elementos con el fin de hacer un leve acercamiento a esta categoría, y contar con elementos adicionales que puedan ser asociados a la categoría de red de apoyo. En tal sentido, la existencia de este vínculo erótico-afectivo es un factor protector para la salud de las mujeres en varias formas: promueve prácticas de cuidado, como la cita médica, los chequeos frecuentes y la atención a alteraciones; prácticas de cuidado respecto a la vida saludable, cuidado emocional y soporte social.

Por otra parte, en términos de salud y de prácticas sexuales, esta información es importante dado que, por ejemplo, el tiempo de relación puede significar toma decisiones sobre el autocuidado y reducción en el uso de barreras en las relaciones sexuales. De esta forma, es interesante indagar sobre los vínculos afectivos, los cuidados y las prácticas sexuales, así como estereotipos de pareja, roles de género y configuraciones de pareja, desde donde se están estableciendo las relaciones entre las mujeres y que pueden estar dando cuenta del mantenimiento de patrones más tradicionales y normativos, desde donde, por ejemplo, se naturalizan algunas formas de violencia.

Prácticas Sexuales.

Esta sección indaga específicamente por comportamiento sexual, como tipo de expresiones eróticas y sexuales, uso de barreras de protección, características de la pareja sexual, entre otras. Esta información es de interés al considerar permiten conocer otros aspectos de la sexualidad de las mujeres lesbianas para, por una parte diseñar estrategias más efectivas para la atención, por otra, hacer visibles de primera mano las formas y tipos de relacionamientos, como recurso para desmitificar y cambiar estereotipos asociados y finalmente para identificar algunas actitudes que pueden traducirse en barreras para el cuidado y la salud.

Para empezar esta sección se preguntó si *¿Ha tenido relaciones sexuales?*³⁸, encontrando que

solo el (4%) señalan no haber tenido relaciones sexuales, siendo mayoritariamente (86%) mujeres entre los 18 y 28 años.

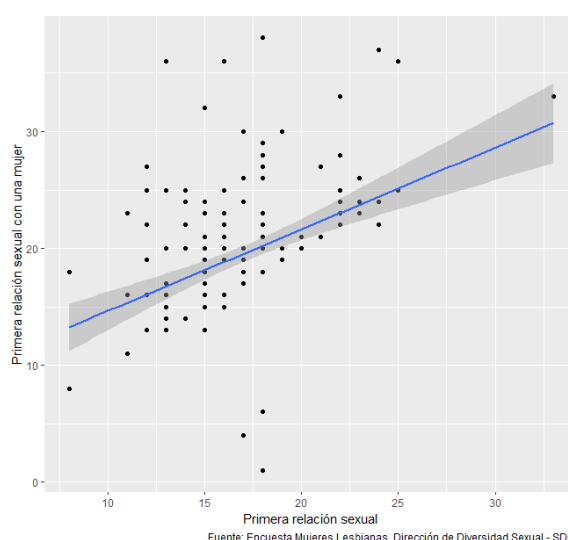
A la pregunta, *¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?*³⁹ se observó que se presenta en un rango de 8 a 33 años, con una mayor concentración entre los 15 y los 18 años. Por nivel

³⁸ Tasa de respuesta (78.37%).

³⁹ Tasa de respuesta (77.38%).

educativo son las mujeres con estudios de bachillerato las que tienen su primera relación a más temprana edad (16.6 años) y las que tienen estudios universitarios a mayor edad (17.4 años), lo que es concurrente con los datos presentados en la ENDS (2015) respecto a población general que indican como edad mediana a la primera relación sexual es de (17.7%) y a la presentada por la Secretaría Distrital de la Mujer (SD Mujer 2018) en la caracterización realizada sobre de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución en Bogotá-2017, en donde presentan que el (55%) de las personas participantes reportan su primera relación sexual entre los 14 y los 17 años, se ha de considerar que del total de participantes el (97%) son mujeres cisgénero, con un (2.3%) que se reconocen como lesbianas. La relación directa entre el nivel educativo y social con el inicio de la vida sexual es relevante, porque como en otras poblaciones, el inicio temprano de relaciones sexuales significa mayor número de parejas sexuales, y mayor exposición a ITS durante lo largo de la vida.

Ilustración 83. Relación primera relación sexual con primera relación sexual con mujer.



Al precisar sobre la primera relación sexual con una mujer⁴⁰, se observa un ligero incremento en el promedio, pues se presentan en un rango entre 8 a 38 años, con una mayor concentración entre los 16 y los 18 años. El (53.36%) de las mujeres encuestadas tuvo su primera relación sexual con una mujer, el (46.63%) restante tuvo antes una relación sexual con una persona de otro sexo.

Tabla 6. Edad promedio primera relación por nivel de educación.

Nivel educativo	Edad promedio de la primera relación sexual	Edad promedio de la primera relación sexual con una mujer
Primaria	17.0	22.0
Bachillerato	16.6	18.0
Técnica/Tecnológica	17.0	18.1
Universitaria	17.4	19.7
Posgrado	17.2	20.6

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Como se presenta en la tabla anterior, la edad promedio en la que las mujeres tienen su primera relación sexual con una mujer aumenta en respecto a la primera relación sexual, siendo una constante si se analiza por edad o estrato en donde se incrementa además de incrementar la edad promedio se modifica el orden, así como se presenta en la tabla 7.

Tabla 7. Edad promedio primera relación por estrato.

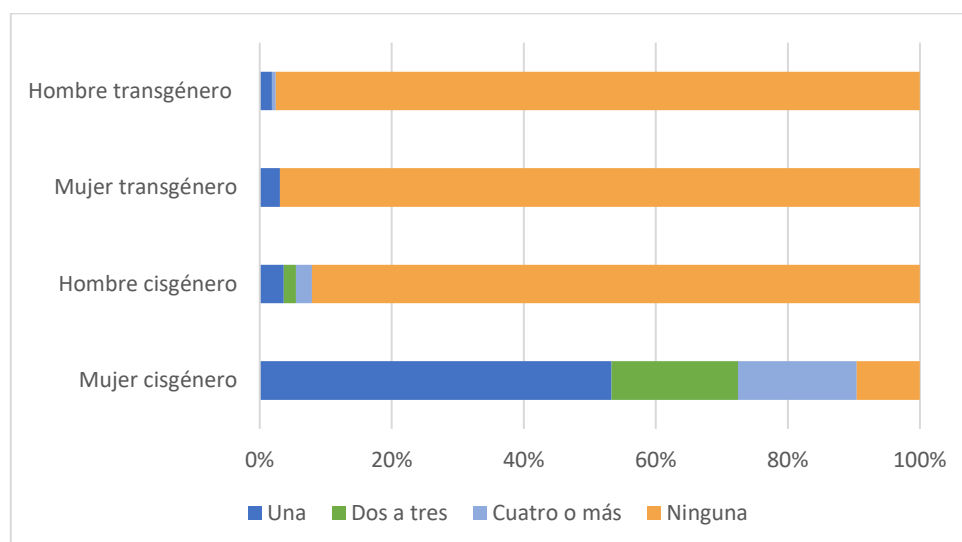
Estrato	Promedio edad primera relación sexual	Promedio edad primera relación sexual con una mujer
Estrato 1	16.8	17.9
Estrato 2	17.6	19.5
Estrato 3	17.0	19.3
Estrato 4	17.4	20.8
Estrato 5	15.0	18.2
Estrato 6	15.3	20.5

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

⁴⁰ Tasa de respuesta (76.98%).

De las mujeres que indican haber tenido alguna vez relaciones sexuales, el (85.2%) reportan haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses⁴¹.

Ilustración 84. Identidad de género y el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses.



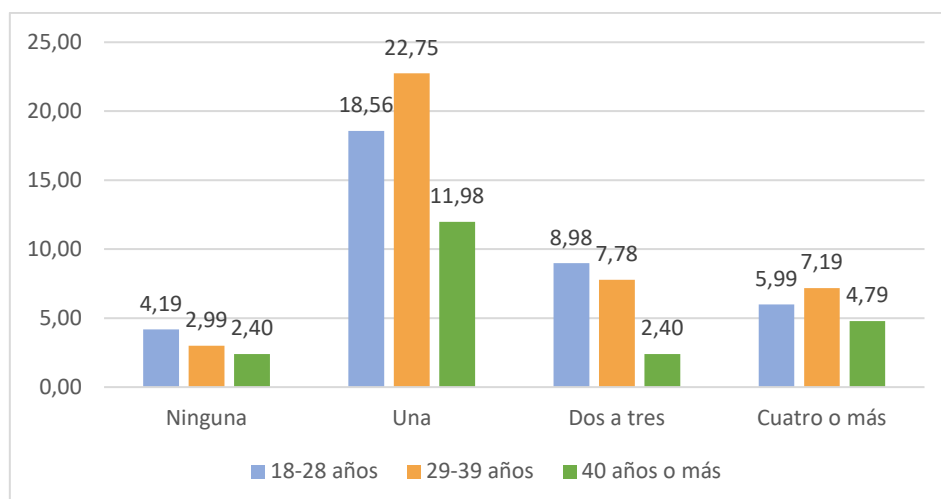
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Respecto a la pregunta sobre la identidad de género de la(s) persona(s) con las que tuvo relaciones sexuales en los últimos meses y el número de parejas sexuales en ese periodo, se observa que: Quienes han tenido relaciones sexuales con mujeres cisgénero⁴², en un (58.94%) han tenido una pareja, el (21.19%) de dos a tres parejas y el (19.87%) cuatro o más parejas.

Ilustración 85. Relaciones sexuales con mujer cisgénero en los últimos 6 meses según rango de edad.

⁴¹ Tasa de respuesta (75.67%).

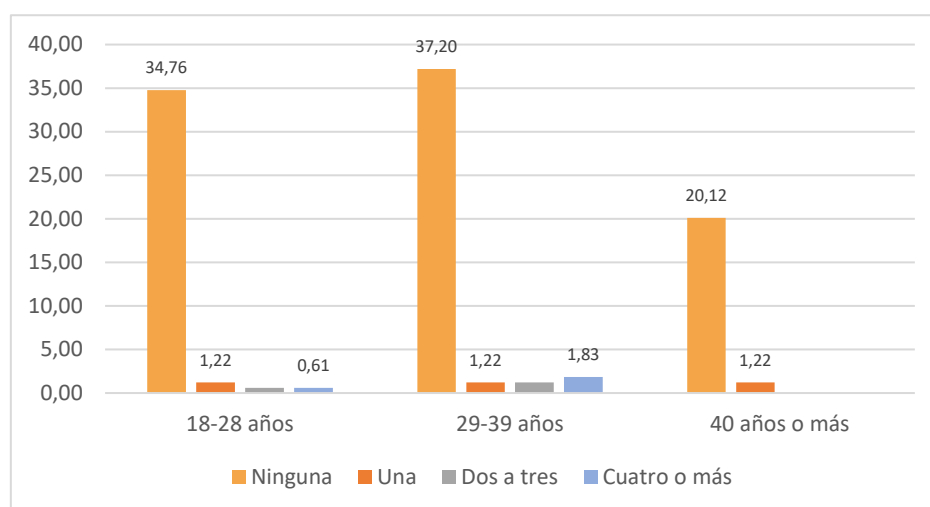
⁴² Tasa de respuesta: 100%.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Las mujeres encuestadas han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses mayoritariamente con mujeres cisgénero, siendo que el mayor porcentaje en todos los rangos de edad se encuentra en una pareja en este periodo de tiempo.

Ilustración 86. Relaciones sexuales con hombre cisgénero en los últimos 6 meses según rango de edad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

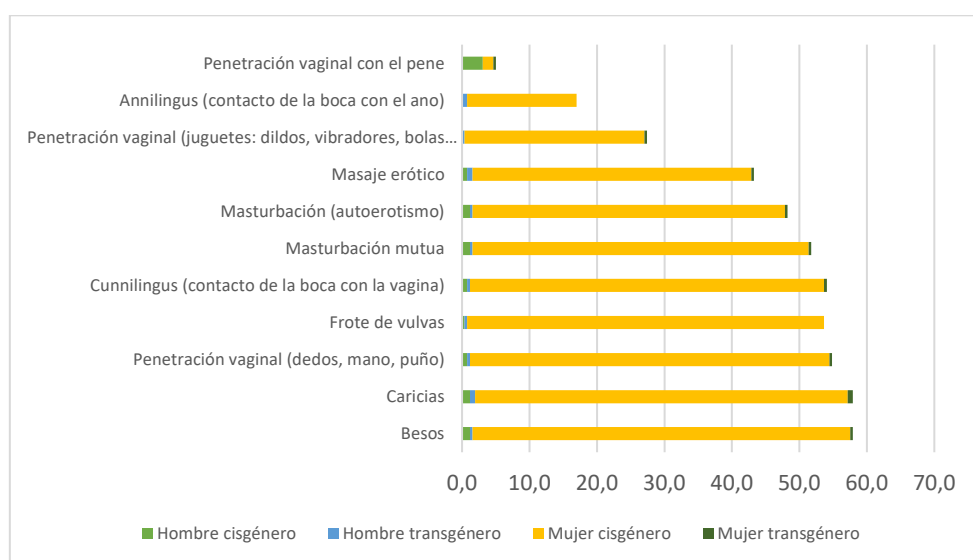
Respecto al tener como pareja sexual un hombre cisgénero⁴³, se observó que: del total de mujeres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, el (92,07%) indican que no las han tenido con hombres cisgénero. El restante (7.9%) señalan que han tenido relaciones con

⁴³ Tasa de respuesta (98.2%).

un hombre (3.66%), dos a tres (1.83%) y cuatro o más (2.44%). Porcentajes que si se revisan por rango de edad, ponen en evidencia que son las mujeres entre 29 y 39 años, las que han tenido mayoritariamente relaciones con hombres cisgénero (41.46%).

Sobre las relaciones con mujeres transgénero⁴⁴, el (3.05%) indica que las han tenido, siendo solo con una pareja en este periodo. Mientras que las relaciones con hombres transgénero⁴⁵ indican que el (1.9%) las ha tenido con uno y el (0.6%) con cuatro o más, porcentajes ubicados en los estratos 3 y 4.

Ilustración 87. Prácticas sexuales e identidad de género de la pareja sexual.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Relacionado con lo anterior, se indagó por el tipo de prácticas sexuales que ha tenido en los últimos 6 meses y con quién, las mujeres encuestadas respondieron que cuando la pareja sexual es una mujer cisgénero, las prácticas sexuales frecuentes, en su orden son: besos (56%), caricias (55.6%), penetración vaginal (dedos, manos, puño) (53.3%), frote de vulvas (52.9%), cunnilinguis (52.5%), masturbación mutua (49.8%), masturbación (46.3%). Cuando la

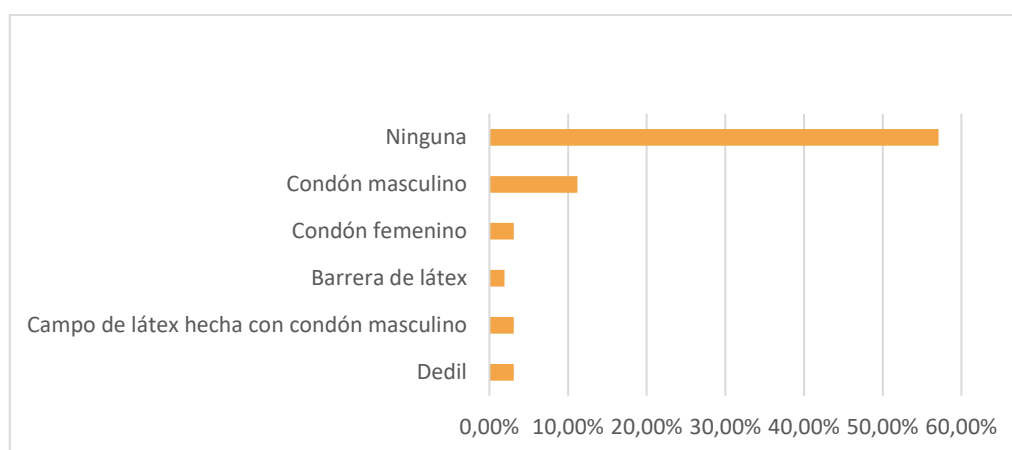
⁴⁴ Tasa de respuesta (98.2%).

⁴⁵ Tasa de respuesta (98.2%).

identidad de género de la pareja sexual es hombre cisgénero, las prácticas sexuales más frecuentes son: penetración vaginal (pene) (3.1%), seguida de masturbación mutua, besos, caricias, autoerotismo, cada una con un (12%). Para el caso de las prácticas sexuales con mujeres transgénero, las caricias fueron la práctica sexual predominante.

Los resultados presentados, se disocian de lo hallado por Castro y otros (2016)⁵⁵ quienes encontraron que la práctica sexual más reportada entre mujeres fue buco genital, seguida por tribadismo y contacto buco anal, las cuales se modifican en porcentaje si se trata de pareja estable o esporádica. Esta diferencia, puede estar dada por la forma de la pregunta y la posibilidad de elegir varias prácticas sexuales, de tal manera que los besos y las caricias predominantemente están presentes en los encuentros sexuales, lo que puede estar asociado al tiempo de la relación y a la configuración de la pareja.

Ilustración 88. Frecuencia de uso de Barreras de protección por tipos.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

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

nunca lo hace con sus parejas esporádicas, mientras que en la práctica buco anal el (80%) nunca utilizo barrera con parejas estable y el (78%) con parejas esporádicas.

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

Tabla 8. Uso de Barreras de protección según rango de edad.

	Ninguna	18-28 años	29-39 años	40 años o más
Sí		54	63	31
No		51	43	17

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Así, los resultados encontrados, similar a lo hallado por Castro, evidencian la percepción sobre el riesgo y las prácticas sexuales entre mujeres, que requiere mayor atención, no sólo por los aspectos propios de la prevención y la salud, sino los factores asociados a los que pueden exponerse, considerando una percepción equivocada respecto a la sexualidad.

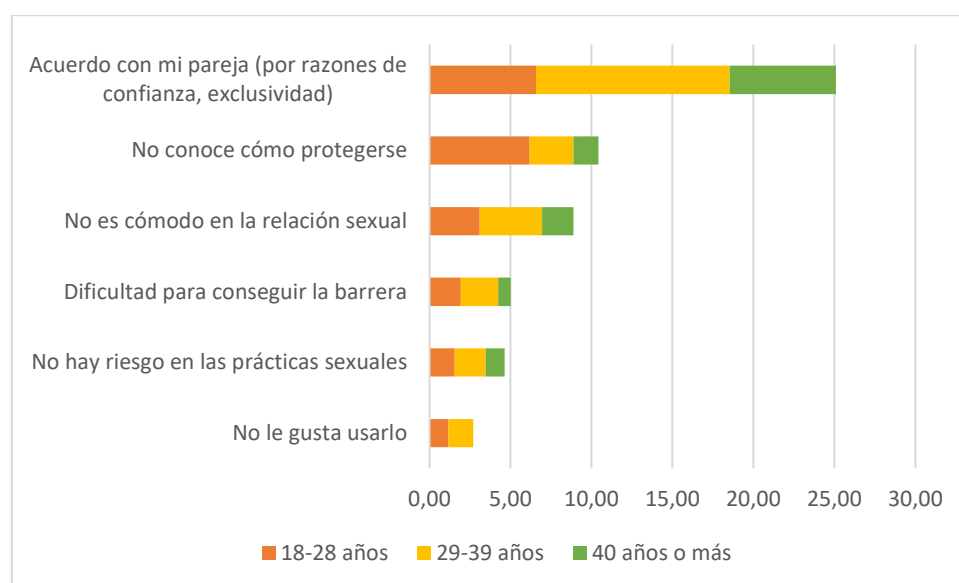
Tabla 9. Razones para NO utilizar barreras de protección en los últimos 6 meses.

La principal razón para NO utilizar barreras de protección en los últimos 6 meses fue	Porcentaje
Acuerdo con mi pareja (por razones de confianza, exclusividad)	25,1
Dificultad para conseguir la barrera	5
NA	43,2
No conoce cómo protegerse	10,4
No es cómodo en la relación sexual	8,9
No hay riesgo en las prácticas sexuales	4,6
No le gusta usarlo	2,7
Total	100

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta *¿La principal razón para NO utilizar barreras de protección en los últimos 6 meses fue?*⁴⁶: un porcentaje bajo de las mujeres que contestaron esta pregunta considera que las prácticas sexuales entre mujeres no conllevan riesgo, mientras que la mayoría lo hace porque existen razones de confianza como producto de un acuerdo con la pareja.

Ilustración 89. Razones para No utilizar barreras de protección en los últimos 6 meses según rango edad.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Llama la atención que, el (10,4%) de quienes no utilizan barreras de protección desconocen cómo protegerse en una relación sexual, particularmente, quienes tienen menor edad y se encuentran en estrato socioeconómico 1,2 y 3. En cambio la escolaridad no parece tener relación con la razón de desconocimiento de cómo protegerse en una relación sexual.

⁴⁶ Tasa de respuesta (43%). sólo para quienes contestaron que no utilizan ninguna barrera de protección en sus prácticas sexuales.

Teniendo en cuenta en nivel de educación, la razón que registra porcentajes más altos en todos los niveles es acuerdo con la pareja. Según el estrato se mantienen en relación con los porcentajes indicados anteriormente, como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 10. Razones para No usar barreras en los últimos 6 meses según estrato.

La principal razón para NO utilizar barreras de protección en los últimos 6 meses fue	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6
Acuerdo con mi pareja (por razones de confianza, exclusividad)	1,54	3,86	14,67	4,25		
No conoce cómo protegerse	1,16	3,09	3,86			
No es cómodo en la relación sexual			3,86	2,70	0,77	
No hay riesgo en las prácticas sexuales						0,77
NA	0,77	14,67	19,69	6,95	1,16	

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Consideraciones sobre la sección.

Las respuestas a las preguntas de esta sección nuevamente refieren a una comprensión amplia de la sexualidad, que permita disociar la OS de las prácticas sexuales. La información sobre la primera relación sexual, la primera relación sexual con una mujer, junto con la lograda en las preguntas relacionadas con embarazos, sugieren, por ejemplo, que algunas mujeres iniciaron su vida sexual con mujeres, y que a lo largo de su vida sexual han tenido relaciones sexuales con hombres.

Este aspecto es interesante por que como se ha mencionado en otras oportunidades invita por una parte a revisar las comprensiones que se hace sobre las categorías de la PPLGBTI y por otra a reconocer estas situaciones en las estrategias de prevención.

Este último aspecto, dado que se sigue percibiendo las relaciones entre mujeres como relaciones protectoras para ITS, mientras que en aquellas sostenidas con hombres pareciera que más fácilmente se hace uso de barreras de protección.

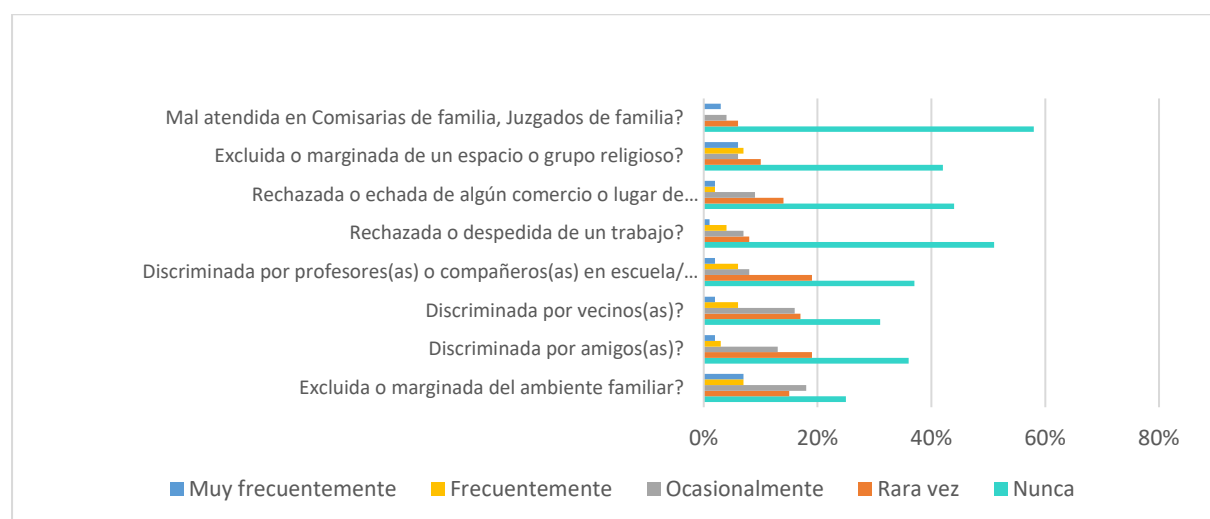
Otro aspecto que llama la atención es el tipo de prácticas que se asocian a la identidad de género de la pareja sexual. De manera que aquellas expresiones o prácticas sexuales que se asocian con lo afectivo como los besos o las caricias son las que más frecuentemente se sostienen con mujeres, mientras que son prácticas penetrativas las que se prefieren con hombres cisgénero. En general se considera que hay una desestimación en cuanto a los niveles de riesgo que suponen los encuentros sexuales entre las mujeres, aunque también, experiencias que pueden estar asociadas más al placer y la aceptación, en cuanto que hay una incorporación temprana de las experiencias homoeróticas en las historias sexuales de las mujeres.

Finalmente, es preciso resaltar como socialmente se despoja de la sexualidad a ciertos grupos, incluidas las mujeres y de esta forma se afecta la comprensión sobre su vida sexual y sus prácticas sexuales, sin que se integren en la atención en salud.

Situaciones de violencias.

En esta sección se hará referencia a las situaciones de violencia de las que hayan sido víctimas las mujeres encuestadas en razón a su OS, identidad o expresión de género.

Ilustración 90. Ha causa de su OS ha sido...



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

A la pregunta *A causa de su orientación sexual ¿ha sido...?*⁴⁷: ¿excluida o marginada del ambiente familiar? discriminada por amigos(as)? discriminada por vecinos(as)? discriminada por profesores(as) o compañeros(as) en escuela/ colegio o universidad? rechazada o despedida de un trabajo? rechazada o echada de algún comercio o lugar de entretenimiento? excluida o marginada de un espacio o grupo religioso? mal atendida en Comisarias de familia, Juzgados de familia?, se encontró que:

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

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

Puede haber una relación entre esta respuesta y el que sea pública o no la OS, de manera que en espacios en los que la OS no es pública o no es de importancia, como en los lugares de

⁴⁷ Tasa de respuesta (71.42%).

comercio, el trabajo o el estudio, las mujeres reportan nunca haber sido discriminadas, mientras que en los lugares o espacios en las que la OS es relevante o evidente, como los relacionados con el lugar de vivienda o los círculos cercanos, esta respuesta disminuye.

Respecto a las otras situaciones planteadas, es de señalar que a las opciones de respuesta de Muy Frecuente y Frecuentemente, los porcentajes de respuesta son en todas las situaciones iguales o menores al (10%). El (44%) nunca han sido rechazadas o echadas de algún comercio o lugar de entretenimiento, el (14%) de ellas rara vez les pasa, al (9%) les pasa ocasionalmente, al (2%) frecuentemente y al (2%) muy frecuentemente. Estos porcentajes son favorables, pero nuevamente se encuentra que es posible que este (4%) que registran haber sufrido discriminación en esos espacios se deba a manifestaciones explícitas de su OS, como ir con la pareja, por ejemplo.

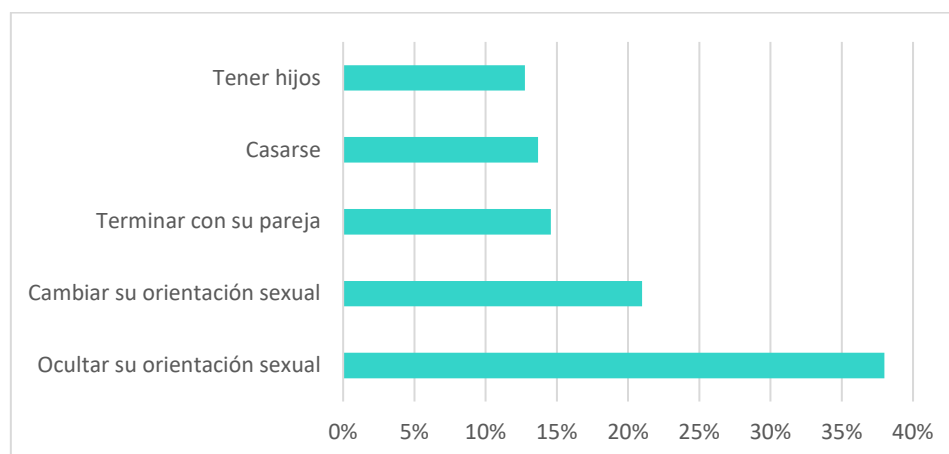
Frente a la discriminación en el espacio laboral, al (51%) nunca las han rechazado o despedido de un trabajo, al (8%) rara vez les ha pasado, al (7%) ocasionalmente les ha pasado, al (4%) Frecuentemente. Resultados comparables con los presentados en la Medición de Línea de Base de la Política Pública LGBTI 2014, en donde el (10,7%) de las mujeres lesbianas indicaron que habían sido discriminadas o maltratadas en el espacio laboral.

El (37%) de las mujeres entrevistadas, nunca han sido discriminadas por profesores(as) o compañeros(as) en escuela/ colegio o universidad, mientras que el (19%) de ellas rara vez les ha pasado, al (8%) ocasionalmente les ha pasado, al (6%) frecuentemente junto con otras el (2%) a las cuales les pasa muy frecuentemente.

Así mismo, al (31%) de las mujeres participantes que han sido discriminadas por vecinos (as), al (17%) rara vez les ha pasado, al (16%) ocasionalmente les ha pasado, al (6%) Frecuentemente y al (2%) les pasa muy Frecuentemente. Se conoció también que al (36%) de las mujeres participantes que han sido discriminadas por amigos (as), al (19%) rara vez les ha

pasado, al (13%) ocasionalmente les ha pasado, al (3%) Frecuentemente y al otro (2%) muy Frecuentemente.

Ilustración 91. Ha sentido presión o coerción para ...



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Frente a esta pregunta, *¿Por su orientación sexual ha sentido coerción o presión para...?* cuyas opciones eran: para casarse, tener hijos, terminar con su pareja, cambiar su OS u ocultar su OS, la razón que más se repite es Ocultar la OS (38%), seguido de la presión o coerción para que cambien la OS (21%) y para que terminen con la pareja del mismo sexo (15%).

A la pregunta: Indique el miembro de su familia con el que se presentó la situación. A causa de su orientación sexual, ¿alguna vez...

Ilustración 92. Miembro de la familia que ejerce discriminación, coerción, violencia.

	Ningún miembro	Madre	Padre	Madre y padre	Hermano(s)	Hermana(s)	Toda familia
manifestó actitudes violentas y agresión física?	77%	8%	5%	2%	4%	1%	3%
la llevó a algún tipo de terapia para modificar su OS?	79%	12%	2%	4%	1%	1%	
ejerció control sobre sus actividades cotidianas?	61%	26%	2%	7%	1%	1%	3%

intentó que terminara su relación de pareja y cambiara de amistades?	58%	24%	3%	8%	1%	2%	3%
condicionó el apoyo económico?	71%	11%	8%	3%	1%	1%	5%

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

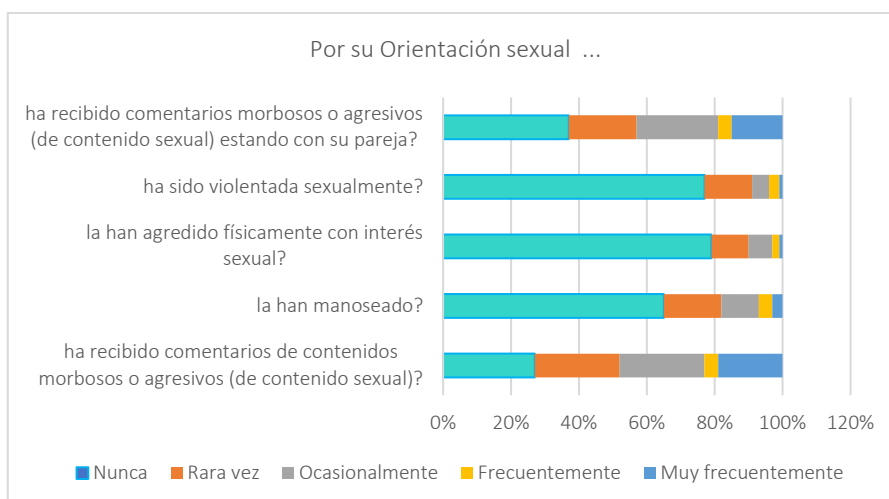
Esta información permite observar que las mujeres que participaron en el estudio en un porcentaje superior al (50%) no han sufrido ningún tipo de situaciones adversas con su familia a causa de su OS. Así que frente a actitudes violentas o de agresión física el (77%) indica que no se ha presentado, mientras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

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

Por su parte el padre, actúa principalmente a través de lo económico (8%), seguido de actitudes violentas o de maltrato físico (5%). Comparativamente, pareciese que el padre puede tener unos niveles de aceptación de la OS de la hija más altos que la madre, o al menos, menos expresiones de discriminación.

Sobre las manifestaciones de hermano(s) y hermana(s), pareciera que no hay mayor represarías o manifestaciones en contra de la OS de las mujeres participantes, excepto en el caso de los hermanos varones quienes tienen actitudes violentas, como ya se indicó.

Ilustración 93. Situaciones de violencia a causa de orientación sexual.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Esta pregunta indaga si se han presentado algunas situaciones de violencia a razón de la OS, teniendo como opciones: ha recibido comentarios de contenidos morbosos o agresivos (de contenido sexual), la han manoseado, ha recibido comentarios de contenidos morbosos o agresivos (de contenido sexual), la han agredido físicamente con interés sexual, ha sido violentada sexualmente, ha recibido comentarios morbosos o agresivos (de contenido sexual) estando con su pareja.

Se observó que es la agresión verbal la más frecuente, dada en comentarios morbosos o con contenido sexual, presentándose principalmente en el espacio público, lo que puede estar asociado al hecho mismo de ser mujer por lo que cuesta discriminar la relación directa y única con la OS. Siendo un hecho registrado principalmente por mujeres con educación superior (profesional, especialización, maestría), lo que lleva a pensar que el espacio público al que refieren no es la calle necesariamente, sino espacios más de orden laboral o académico, aspecto que sería importante precisar.

Otro dato que llama la atención es sobre el hecho de haber sido manoseada, encontrando que es un acto que se registra como muy frecuente (3%), frecuentemente (4%) y ocasionalmente (11%), también en espacios públicos principalmente. Esta expresión, al igual que en el caso anterior es registrada principalmente por mujeres profesionales, seguidas por

mujeres con estudios de maestría y especialización; situación que se hace relevante porque sugiere la pregunta sobre los espacios en los que interactúan, que en la lógica de la pregunta anterior y al mantener la hipótesis sobre los espacios (académicos y laborales), no es sorprendente, pues estos se han caracterizado por distintos estudios como ambientes patriarcales con altos índices de violencias hacia las mujeres.

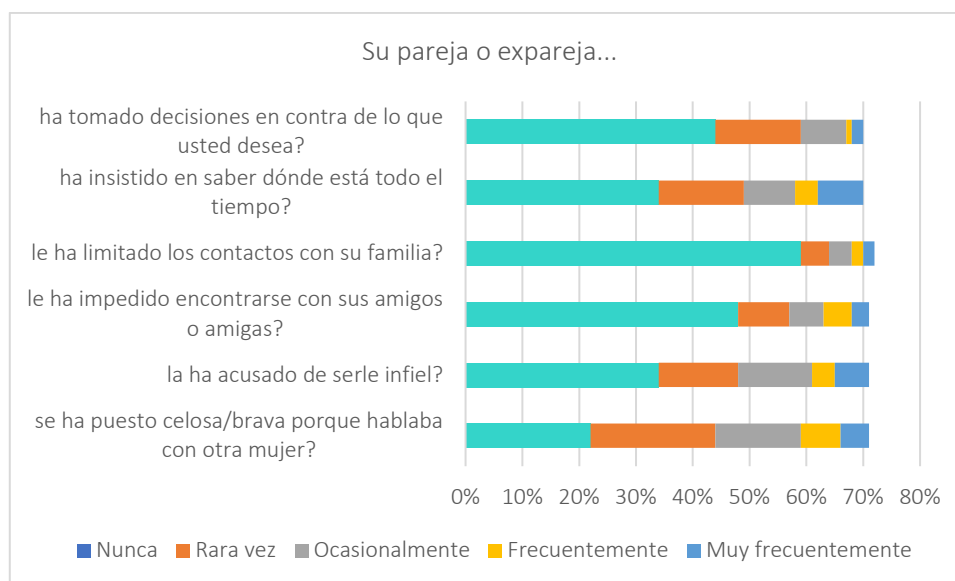
En esta pregunta el (3%) de las mujeres indicaron que frecuentemente o muy frecuentemente han sido agredidas con interés sexual ocurriendo estos hechos en el espacio privado. También un (4%) indican que han sido violentadas sexualmente. Este reporte, aunque estadísticamente parece menor, resulta preocupante por evidenciar la consistencia con otros estudios en los que es el espacio privado un escenario de agresión sexual para las mujeres.

De igual manera se realizaron preguntas específicas sobre violencia de pareja, información que se discrimina a continuación. Es preciso indicar que al igual que otras preguntas de esta sección, fueron desatendidas por alrededor del (30%) de las mujeres.

A pesar de que la Medición de Línea de base presenta una información general sobre violencia por alguna de las parejas del (23%), ese dato se mantiene como referente en las situaciones descritas en el estudio.

Los ítems a continuación hacen referencia a hechos de violencia y presión psicológica, que aparentemente resultan sutiles, que pueden ser connotados como hechos de cuidado y que hacen parte de los aspectos sobre los cuales se estructura la relación, como el control sobre las relaciones, el tiempo y las actividades de la otra persona.

Ilustración 94 Situaciones de agresión en la relación de pareja.



El (22%) de las mujeres consideraron que su pareja nunca se ha puesto celosa o brava porque hablaba con una mujer, mientras que el (48%), indica que esta situación se ha presentado en alguna oportunidad, variando la frecuencia del hecho. Siendo esta la forma más frecuente en la que se manifiesta el control y que puede traducirse en otros hechos de violencia.

El siguiente hecho que se manifiesta de manera reiterada, es el de desear saber dónde está todo el tiempo, ítem en el que el (34%) de las mujeres indican que nunca se ha presentado, frente a un (37%) que señalan que se ha presentado variando la frecuencia. Este hecho también es el que presenta el porcentaje más alto en la categoría de muy frecuentemente (8%).

Las formas de violencia por las que se indago en esta pregunta son más frecuentes en espacios privados con casos en los que se presenta tanto en espacios privados como públicos. En este sentido es preciso indicar, como la acusación sobre infidelidad en la frecuencia más alta ocupa el segundo lugar con el (6%).

Otros hechos sobre los que se indagó en esta pregunta fueron:

Tabla 11. Frecuencia de hechos de violencia con la pareja.

Hechos de violencia	Nunca	Rara vez	Ocasional/	Frecuente/	Muy
---------------------	-------	----------	------------	------------	-----

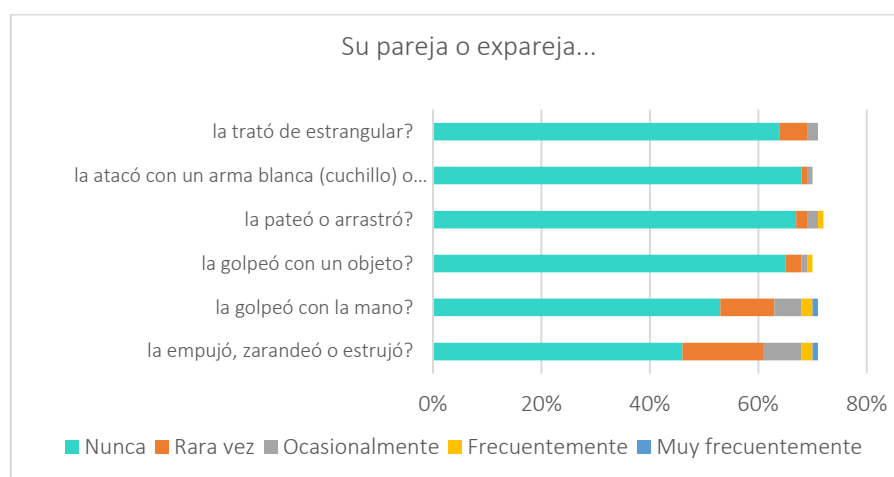
					Frecuente/
la ha amenazado con abandonarla o irse con otra persona?	56%	6%	5%	2%	2%
la ha amenazado con arma blanca (cuchillo), botellas?	66%	2%	2%		
la ha amenazado con un arma de fuego?	69.1%	0.8%	0.8%	0.4%	
le ha quitado las llaves de la casa o la ha dejado encerrada?	62.9%	5.4%	1.5%	0.4%	0.8%

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

En estos ítems que incluyen amenazas y acciones de restricción sobre la otra persona, las mujeres refieren que nunca se han presentado en porcentajes mayores al (55%) y de manera opuesta, en las opciones de frecuentemente o muy frecuentemente los porcentajes disminuyen considerablemente.

Este grupo de ítems, refieren a actos de violencia en los que hay algún tipo de agresión física.

Ilustración 95. Otros tipos de agresión expresados en la relación de pareja.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Empujar, zarandear, o estrujar es la forma de violencia física que llama la atención al presentar menos porcentaje en la opción de nunca con (46%) y un porcentaje más alto en las

otras frecuencias con (25%), de manera que estas manifestaciones de violencia son las más frecuentes en las mujeres que participaron en el estudio.

La forma de violencia física que se manifiesta en segundo lugar son los golpes con la mano, aunque el (53%) indican que nunca se ha presentado, el (18%) expresan que se ha dado en distintas frecuencias. Las agresiones con armas (blancas o de fuego), así como con objetos son las que menos referencian.

Respecto a hechos asociados a violencia sexual, se indago por dos elementos: ¿si la pareja o expareja la forzó física o emocionalmente a tener relaciones o actos sexuales con ella? ¿Y si la pareja o expareja la forzó física o emocionalmente a tener relaciones sexuales con otra persona? Frente al primer aspecto el (90%) de las mujeres indicaron que nunca se había presentado, un (7%) rara vez, un (2%) ocasionalmente, (1%) frecuentemente. La segunda forma obtuvo como respuesta un (99%) que nunca lo vivencio y un (1%) que rara vez se presentó. Estas respuestas sugieren que la violencia sexual es una forma que no se presenta en relaciones de pareja entre mujeres.

Tabla 12. Hechos de violencia con la pareja.

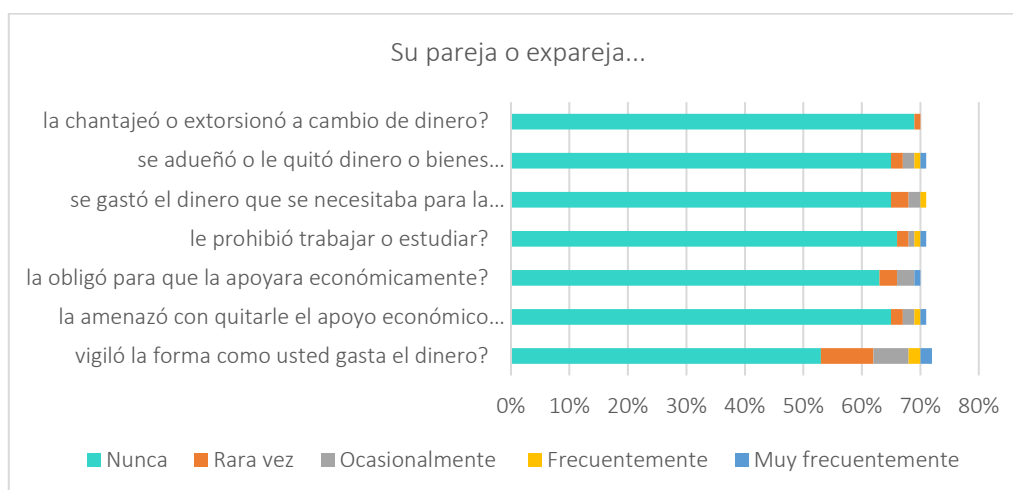
	Nunca	Rara vez	Ocasional/	Frecuente/	Muy frecuente/
le ha revisado, controlado o limitado sus contactos y mensajes en el teléfono celular, en caso de que use teléfono celular?	50%	27%	10%	4%	8%
le ha enviado mensajes ofensivos o amenazas o publicaciones en las redes sociales?	89%	5%	3%	1%	3%

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

También se indago sobre la violencia a través de las redes sociales y el control del celular, al respecto un (50%) registran que su pareja o expareja ha revisado su celular o ha ejercido algún tipo de control sobre su uso, que por el lugar que ocupa actualmente este artefacto, se entiende como formas de invasión a la privacidad y control sobre los contactos sociales.

La violencia económica se indaga a través de las siguientes manifestaciones:

Ilustración 96. Manifestaciones de violencia económica.

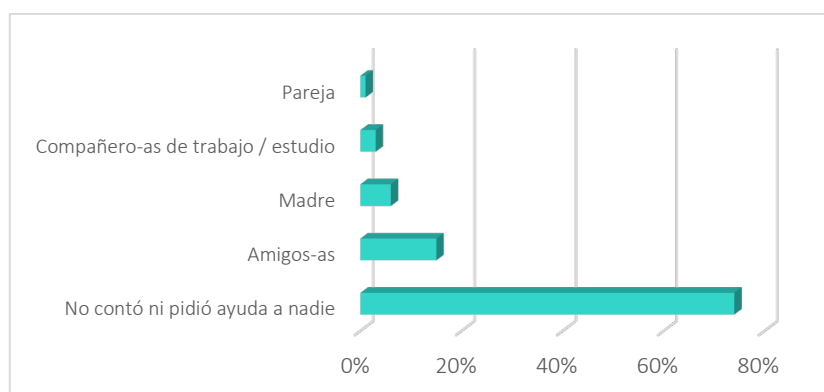


Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Se observa que la manifestación más común de violencia económica es vigilando la forma como se gasta el dinero, en donde el (53%) refieren nunca haberlo vivido con sus parejas o exparejas y el (19%) sí haberlo experimentado.

La distribución de frecuencias que se presenta en la forma *la obligó a que la apoyara económicamente*, es llamativa, pues en total el (11%) indican que se ha presentado, lo que puede sugerir unas formas de relacionamiento mediadas por la necesidad económica.

Ilustración 97. Apoyo en situaciones de violencia.



Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Finalmente, en esta sección se indaga por la ayuda, si esta fue solicitada y si fue afectiva, observando que el (74%) no pidió ayuda. El restante (25%) que acudió a amigos/as, madre, como compañeros/as del trabajo o el estudio en un (88%) de los casos recibió respuesta efectiva.

Igualmente se preguntó si en estas situaciones se acude a instituciones o instancias distinta a la red inmediata, encontrando que el (89%) no acuden, sobre un (3%) que acuden a la Inspección de Policía, un (6%) a la Comisarias de Familia, Fiscalía e Instituciones de salud, cada una con un (2%) y un (2%) a organizaciones. Estos resultados pueden estar asociados a la cercanía de las instituciones y a la necesidad de una resolución inmediata por lo que la Inspección de Policía resulta cercana, sin embargo, solo en el (3%) de los casos que acudieron a alguna institución o instancia a instaurar la denuncia recibió ayuda.

Consideraciones sobre la sección.

La ENDS (2015) encontró que las atribuciones a la masculinidad y la feminidad aún se corresponden con construcciones de roles rígidos y tradicionales, desde donde se refuerza la subvaloración de las mujeres, la legitimación de la violencia y ejercicios de la sexualidad que afectan la autonomía y la libertad de decisión, y convirtiéndose en general en marcadores de desigualdad que median las relaciones sociales entre hombres y mujeres. El planteamiento anterior enmarca algunos de los hallazgos relacionados con las formas de violencia y los espacios en los que esta se presenta, encontrando que son los entornos cercanos y del ámbito privado en los que mayor violencia se ejerce.

La mayor preocupación al respecto surge en el sentido que las creencias desde donde se justifican estos actos de violencia, discriminación o coerción, los cuales son reforzados constantemente por instituciones de validación social como la iglesia, la escuela e incluso las

instituciones de salud, limitando con ello el ejercicio de los derechos y por tanto las posibilidades para el autocuidado.

Si bien la Medición de la Línea de Base indica que “El sistema de salud parece ser el menos garante de derechos para las personas de los sectores LGBT y en el cual se presentan más vulneraciones” y que estas están protagonizadas especialmente por profesionales de la salud, lo observado en este estudio es que las violencias que pueden estar afectando de manera más grave a las mujeres lesbianas no son las que se presentan en estas instituciones o las provenientes de los y las profesionales de la salud.

Lo anterior puede tener varias dimensiones, por una parte, las violencias en estos espacios pueden ser más sutiles, las mujeres pueden estar más preparadas para situaciones difíciles, o al no ser constantes tienen herramientas de soporte y superación efectivas. Mientras que las violencias, en sus distintas manifestaciones, que se presentan en la familia o con personas conocidas pueden tener más impacto en la vida emocional de la mujer, manifestarse con más frecuencia y de diferentes maneras.

Es de anotar que la discriminación o rechazo aumenta cuando la referencia se hace sobre personas y no sobre espacios, es decir, sobre profesores/as, compañeros/as o familia, lo que permite suponer que las relaciones o vínculos directos, o aquellos que se ubican en el ámbito cercano, son más propensos a generar alguna forma de violencia. Esto posiblemente asociado a que en espacios públicos se despersonaliza y es más fácil pasar desapercibida. Nuevamente, como ya se había mencionado se establece una relación entre el que sea de conocimiento o no la OS con el ser víctima de algún acto de discriminación o violencia.

El haber sufrido acciones de coerción para ocultar o cambiar la OS puede estar asociado al planteamiento anterior, en donde la familia, y personas con las que se interactúa constantemente las que inciden de esta manera.

En este sentido, la Medición de Línea de Base también indica que “desde una perspectiva de género más amplia, son las mujeres (lesbianas, bisexuales y transgeneristas) tienen más desventajas sociales y vulneraciones a sus derechos y es importante generar alertas a las violencias que ellas reciben en el ámbito privado, ya que son las más agredidas por sus parejas de acuerdo con los datos encontrados en 2014”. Información relevante respecto a los resultados de este estudio, en los que se sugieren formas de violencia de pareja sutiles.

Respecto a las violencias de pareja, al igual que las formas anteriores, es en el espacio privado en donde más se presentan. Las formas que parecen más sutiles las más frecuentes, como el celar o controlar donde se está y en tal sentido sobre las que menos se actúa por generar aceptación e incluso mayor naturalización. En las formas de violencia de pareja, la violencia sexual es la menos frecuente, posiblemente relacionado con estereotipos y roles de género.

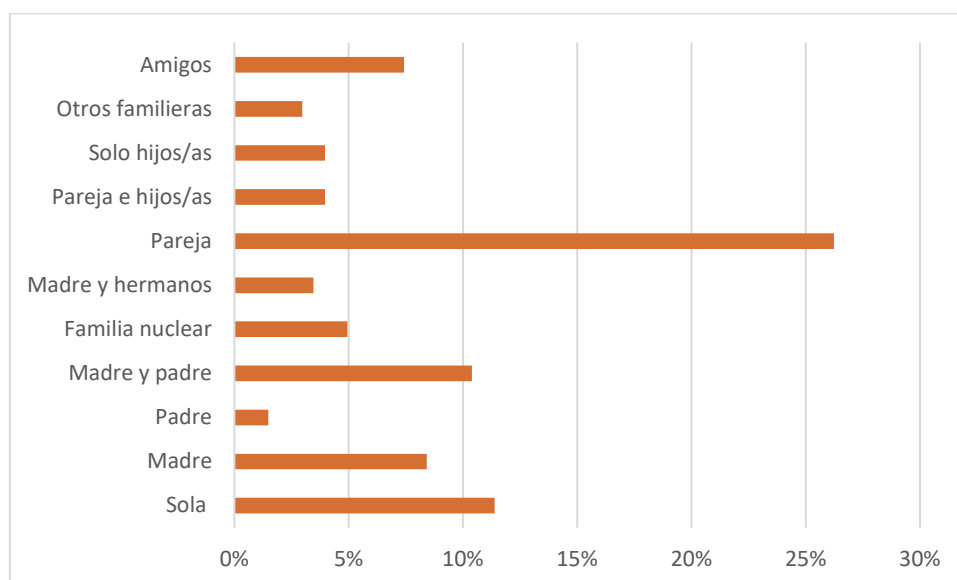
Finalmente es de anotar que, según la Medición de la línea de base en 2014, el (35%) de las mujeres lesbianas fueron por lo menos una vez agredidas en el espacio público, porcentaje que disminuye respecto a la medición en 2010, en donde el (57%) hace esta afirmación. Estos datos permiten resaltar que, según lo encontrado en este estudio cerca del (15%) de las mujeres han sido en algún momento discriminadas en espacios públicos, como grupo religioso, comercio o lugar de trabajo.

En general la violencia no solo se considera como un actor limitante para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sino que la violencia por prejuicios y la violencia de pareja, son formas que en sí mismas expresan vulneración a estos derechos.

Redes de apoyo y Soporte social.

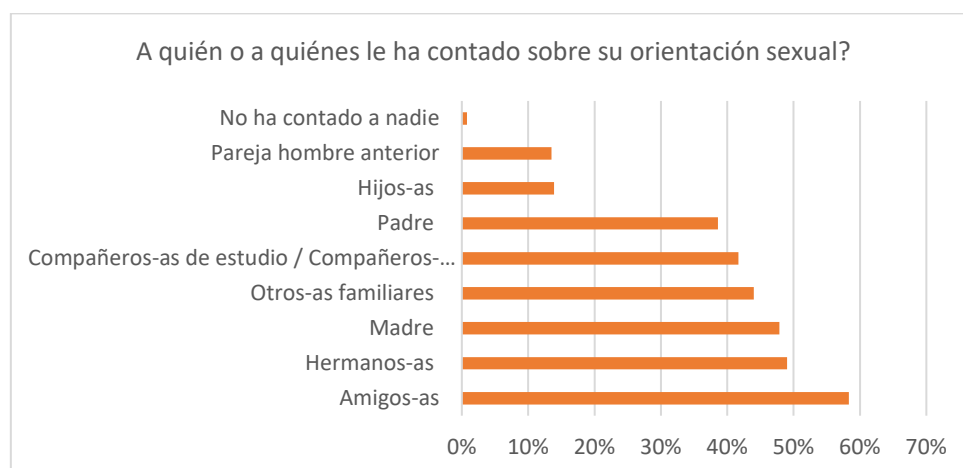
Esta sección se incluye en la encuesta al considerarse que las posibilidades de ejercer los derechos y por su puesto los derechos sexuales y los derechos reproductivos está asociado a la existencia de una red efectiva de apoyo, en tanto que propicia prácticas de cuidado como la alimentación, la consulta oportuna, y el acudir a instancias de protección cuando se requiere. Así, este aspecto, aunque no está directamente asociado a la salud sexual o salud reproductiva de la mujer se reconoce como un determinante social que incide en que esta mejore su calidad.

Ilustración 98. Convivencia actual.



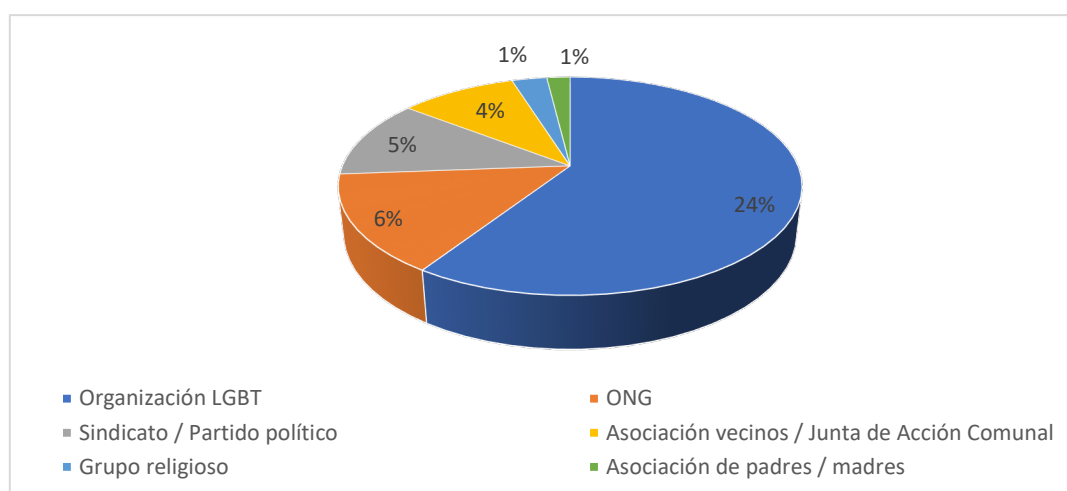
Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

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

Ilustración 99 Comunicando su orientación sexual.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

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

Ilustración 100 Participación en organizaciones o movimientos sociales.

Fuente: Encuestas a mujeres lesbianas. UNODC-SDP, 2019.

Es importante el número de mujeres que están vinculadas a espacios de participación. Los cuales se convierten en factores que refuerzan aspectos positivos y por tanto favorecen condiciones de salud.

Consideraciones sobre la sección.

La información obtenida, resulta relevante al contrastarla con otras secciones, como la de violencia o pareja. De esta manera, por ejemplo, si bien todas las mujeres encuestadas han dado a conocer su OS a al menos una persona, dentro de estas, se encuentra en la madre, quien también para ser la principal gestora de acciones de coerción, presión o violencia. Así, se sugiere la necesidad de mantener estrategias para la transformación de prejuicios y la posibilidad de pensar los roles de género de otras maneras.

Si bien, se puede sospechar que las mujeres participantes cuentan con una red de apoyo adecuada, existen diferencias importantes en lo que se considera público y privado, y por tanto es necesario indagar sobre los espacios laborales y educativos en los que permanecen las mujeres.

Anotaciones finales.

Respecto a los conocimientos, las prácticas y las actitudes que tienen las mujeres lesbianas relacionadas con su salud sexual y su salud reproductiva, es pertinente reconocer las limitaciones de este estudio, dado que como se ha enunciado la salud sexual es amplia y puede tener distintos matices según el área de indagación. Es necesario precisar que, éste se enmarcó en aspectos relacionados con el acceso y atención de afectaciones en la salud sexual, haciendo énfasis en aquellos aspectos que están asociados a la OS, bien sea como factores protectores o como factores de riesgo. Esto con el fin de poder extrapolar a unas comprensiones más amplias en las que se ubique la salud sexual de las mujeres lesbianas respecto a condiciones económicas, políticas y sociales. En lo relacionado con la salud reproductiva, se indagó sobre la maternidad, la procreación y actitudes relacionadas.

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

Aunque existe la inquietud sobre si estos conocimientos están asociados al hecho de identificarse como lesbiana o no, son importantes para generar un soporte para el ejercicio de otros derechos y buscar su garantía.

Las prácticas sexuales de las mujeres lesbianas están mediadas también por concepciones sociales y culturales sobre estas barreras y respecto a la sexualidad femenina y masculina, en donde se considera por ejemplo que las ITS “las tienen los hombres, pero las padecen las mujeres”, como se indicó en una de las entrevistas.

Sobre las actitudes frente a la salud sexual, aunque no es significativo en cifras, es relevante para las condiciones de salud de las mujeres, las razones para no realizarse los exámenes o no reclamar resultados o aspectos como la actitud para no informar de la OS en el servicio de salud, sustentado en una percepción de discriminación adelantada.

Puede concluirse que se observan mejoras importantes en la información, las prácticas y las actitudes de las mujeres hacia la salud sexual y que las creencias erróneas o dadas por mala información son similares a las reportadas en estudios anteriores, por lo que no se puede bajar la guardia en el trabajo de prevención y la circulación de información al respecto.

Frente a los discursos de profesionales de la salud que intervienen en la atención que se brinda a las mujeres lesbianas, aunque se perciben cambios importantes en la actitud y la intención de brindar atenciones respetuosas, se considera que las lecturas reduccionistas respecto a la salud sexual y la comprensión de la sexualidad pueden afectar la calidad de la atención, en términos de hacer generalizaciones respecto al ser mujer y a las experiencias posibles de la sexualidad. En tal sentido, aunque las actitudes y discursos tienen un tono más receptivo, las formas de invisibilización también son más sutiles y afectan a las mujeres en general, pero de manera directa a las lesbianas o mujeres que tienen relaciones eróticas o sexuales no heterosexuales.

Es importante entonces considerar que estas percepciones respecto a la salud sexual no son exclusivas de los y las profesionales de la salud, sino que refieren al sistema de salud, desde donde se imponen lineamientos, tiempos de atención e indicadores de consulta, que hacen que se concrete el motivo de consulta a afectaciones de orden biológico, reforzando la visión de riesgo respecto a la sexualidad.

Distintas recomendaciones que incluso desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se han realizado para lograr estrategias de atención integral a la mujer, requieren análisis que faciliten su implementación, pero que ofrezcan herramientas para impactar a nivel social, es

decir, que se comprenda que la salud sexual no es referida a un asunto de consultorio y que la sexualidad puede ser abordada en diferentes escenarios y expresada a través de diferentes prácticas.

Lo anterior, por supuesto, implica empezar por desligar la reproducción de la sexualidad, y dimensionar los abordajes que sobre estos aspectos se realizan. La sexualidad y la reproducción como escenarios de derechos deben ser atendidos de manera puntual y cada uno dimensionado en su propia complejidad.

En temas de derechos, se requiere revisiones amplias sobre el acceso al aborto y a mecanismos seguros para ello, al acceso a la píldora del día después y métodos anticonceptivos que sean ofrecidos y empleados reconociendo la identidad sexual de la mujer y no desde las estructuras heterosexistas impuestas. Así, es necesario reconocer que la identidad y la OS no está determinada exclusivamente por las prácticas sexuales. Las generalizaciones sobre la salud sexual limitan la comprensión de los factores a ciertos riesgos particulares, por ejemplo, se requiere que las lesbianas asistan a controles ginecológicos y mamarios periódicos o que se realicen tamizajes recomendables para su nivel de riesgo y que éstos sean motivados por los profesionales de la salud.

Al respecto de esta inquietud se debe tener en cuenta que prácticas de cuidado como el uso de barreras de látex, no son incorporadas en las relaciones sexuales, pero es preciso considerar, el uso del condón tanto masculino como femenino que se hace en las relaciones heterosexuales. Es decir, que las prácticas de las mujeres están mediadas también por concepciones sociales y culturales sobre estas barreras y respecto a la sexualidad femenina y masculina, en donde se considera por ejemplo que las ITS “las tienen los hombres, pero las padecen las mujeres”, como se indicó en una de las entrevistas.

Por lo anterior, se considera que la información es insuficiente sobre estas experiencias y se hace categórica en la medida en que se ofrece o descarta cierto tipo de información en función de la orientación que exprese la mujer, sin atender a las particularidades propias de cada consultante. Las generalizaciones sobre la salud sexual limitan que se atiendan los factores asociados, siendo por ejemplo que se requiere que las lesbianas asistan a controles ginecológicos y mamarios periódicos, y que estos deben ser motivados por los y las profesionales, así como priorizar por mantener los niveles de tamizaje recomendables para su nivel de riesgo.

Recomendaciones para la política pública LGBTI de Bogotá.

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

1. Que las relaciones sexuales y sentimentales de las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres trascienden la definición categórica de la OS de lesbiana. Esto significa revisar las comprensiones que guían la Política Pública LGBTI para que se logre integrar a ésta y sus categorías una mirada de la sexualidad más amplia, que reconozca expresamente otras formas de relacionamiento.
2. Que es necesario revisar las categorías de la Política Pública LGBTI y delimitar el alcance de éstas respecto a las experiencias posibles. Si bien esta reflexión debe propiciarse en diferentes escenarios, es desde la Política Pública que pueden movilizarse las discusiones para integrar las distintas maneras de “nombrarse” como referentes de otras expresiones y posicionamientos políticos, pero también de otras vivencias de sexualidad y otras formas de vincularse.
3. Generar nuevas comprensiones de lo que puede ser el enfoque diferencial, de manera que no se requiera forzar a las mujeres a la autoidentificación para acceder a servicios que atiendan sus necesidades específicas. Estas necesidades deben ser atendidas desde la especificidad como Sujeta de derechos.

Como se indica en el informe de Situación de mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans en Colombia 2013- 2018, es necesario, además de la “implementación efectiva de las normas y políticas existentes, diseñar estrategias puntuales para combatir los estereotipos y las barreras

de acceso a la educación, la salud, el trabajo y la vida pública”. Es decir, hacer un abordaje desde los determinantes en salud, para comprender que el estado de bienestar-salud, se logra con el acceso integral a servicios y la garantía plena de derechos no solo los propios del ámbito. Este informe también señala que: “Estas estrategias podrían ejecutarse en el marco de la Política Pública nacional expedida en mayo de 2018, la cual pretende coordinar distintas medidas a favor de la población LGBT a nivel nacional, departamental y local” y por tanto las acciones de incidencia y articulación desde la Política distrital debe hacer énfasis en los aspectos identificados y en los sectores más vulnerados.

Tradicionalmente las situaciones en salud sexual de las mujeres han recibido menos atención, concentrándose ésta en asuntos reproductivos. Los abordajes se han encaminado a dar cuenta de los factores de riesgo que están asociados a su vida sexual, haciendo énfasis en aspectos tales como un nivel socioeconómico bajo, el inicio temprano de la vida sexual, el antecedente de haber tenido una o más parejas sexuales, la edad del primer embarazo, número de partos, el uso de anticonceptivos. Estos indicadores describen relaciones heterosexuales, y de esta manera, las experiencias de las mujeres lesbianas han sido invisibilizadas. Por tanto, se requiere:

1. Integrar dentro del discurso médico una visión amplia de la sexualidad que permita incluir la diversidad, no solo en términos de orientaciones sexuales o identidades de género, sino desde la flexibilidad de las relaciones y las auto denominaciones.
2. Recordar y tener presente que en la medida en que se institucionalizan los discursos de las políticas públicas se van delimitando que cuerpos y estilos de vida serán objeto de atención y protección.
3. Considerar a las mujeres lesbianas como una población sujeta de políticas y acciones, no solo para el desarrollo de estudios y conocer sus prácticas sexuales. Es decir, reconocerlas como sujetos priorizables de estrategias en salud.

4. Formación específica y adecuada del personal sanitario, especialmente de las y los médicos de atención primaria, ginecólogos/as e investigadores/as, en materia de salud sexual.
5. Respecto a la consulta: Considerar un lenguaje inclusivo en el que se detalle la OS, la identidad de género y las prácticas sexuales en los formularios e historia clínica, asegurando la confidencialidad de la información. Evitar las presunciones sobre la OS y las prácticas sexuales. Incluir a su pareja en la atención médica.

Schaufler (2014) señala que la ideología sexual juega un papel fundamental tanto en la experiencia sexual como en las definiciones y valoraciones que se hacen respecto a las conductas sexuales. Esta consideración implica para los servicios de salud:

1. Enfocarse no solo en la mejora en el trato al momento de la atención, sino contemplar estrategias más activas para llegar a las mujeres lesbianas y a aquellas con relaciones erótico-sexuales con otras mujeres, para convencerlas de utilizar los servicios de prevención y diagnóstico oportuno.
2. Facilitar condiciones para la apropiación de los servicios de salud y por tanto lograr que sean percibidos como espacios de confianza, por ejemplo, con el uso de un lenguaje incluyente y respetuoso por parte del personal de salud. Parte de la confianza y el respeto implica reconocer los sentimientos, prácticas y deseos reproductivos de las mujeres lesbianas en un contexto de no discriminación.
3. Es importante recordar que los riesgos relacionados con las prácticas sexuales no cambian con la OS, entre las mujeres no heterosexuales se observan los mismos riesgos que en otras poblaciones para la transmisión de ITS.
4. Considerar que las lesbianas y las mujeres bisexuales tienen diferentes necesidades y realidades que deben ser integradas a los servicios de salud.

5. Identificar las normas sexuales y de género dominantes en la cultura, y la forma en que influyen en el comportamiento y en la comunicación que se establece durante la consulta, desde las concepciones propias de los y las prestadoras de salud.

Al reconocer dentro de las estrategias la implementadas por los y las profesionales de la salud durante el desarrollo de las atenciones, en conjunto con las que realizan otras organizaciones y entidades de manera colectiva, se considera:

- Incluir dentro de los programas de salud sexual y reproductiva las estrategias de promoción desarrolladas por las organizaciones o grupos de lesbianas y mujeres bisexuales en torno al tema, con la finalidad de optimizar los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva en donde el personal de salud pueda beneficiarse.
- Apoyar a los grupos organizados de lesbianas y mujeres bisexuales en el desarrollo de programas y estrategias de pares, siendo que estas estrategias contribuyen a la consolidación de los procesos de la colectividad.
- Crear y fortalecer espacios de encuentro y trabajo para mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, que contribuyan al empoderamiento y generar información válida sobre la salud sexual.
- De igual manera se reconoce como queja constante la necesidad de información confiable, específica y que se presente de formas sencillas que sean comprendidas por todas las mujeres. Por lo tanto, se requiere:
- Desarrollar estudios que permitan contrastar la información disponible, en los que indique con mayor certeza prevalencias en ITS, mecanismos de transmisión y vulnerabilidades asociadas.
- Generar lineamientos para que en las investigaciones en el tema, en los criterios de selección y representatividad de las poblaciones se tenga en cuenta la diversidad afectivo-sexual de las mujeres, sin caer en estereotipos sociales y culturales que provoquen sesgos.

- Mayor implicación de las universidades, centros de investigación, observatorios y organismos relacionados con temas de salud sexual, que integren en su trabajo las experiencias de las mujeres lesbianas y de aquellas con experiencias eróticas y afectivas con otras mujeres.
- Elaborar y distribuir información y documentación sobre la infección por VIH y otras ITS y su impacto entre las mujeres.
- Elaborar e implementar protocolos, especialmente ginecológicos, sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas y de mujeres con relaciones erótico-afectivas con otras mujeres. Estos protocolos deben de contemplar las especificidades de las realidades de las mujeres.
- Elaborar lineamientos y rutas de atención en materia de VBG y VIF con enfoque diferencial, de manera que se atiendan adecuadamente los casos de violencia contra mujeres lesbianas (Colombia Diversa y otros, 2019)

Como se indica en los distintos estudios es la participación de las comunidades lo que permite la transformación de las situaciones por tanto, las acciones de incidencia, formación política y apoyo a las organizaciones de base son una estrategia que no se puede desatender. Así, “diseñar e implementar estrategias para fomentar la participación de mujeres LBT en la vida política y pública” (Colombia Diversa, 2019).

En general a cumplir el mandato establecido en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud WHA, del día 22 de mayo de 2009. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Bibliografía.

1. Moron, J. (2015). Investigar e intervenir en educación para la salud. Madrid, Colección Sociocultural
2. The Lancet (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Global Health Metrics| Volume 392, Issue 10159, P1684-1735, November 10, 2018
3. Martín, J. (2013). Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2013.
4. Secretaría Distrital de Planeación (2015). Mujeres lesbianas y Hombres transgeneristas. Derechos y Trayectorias Urbanas
5. Vergara Sánchez P (2013) El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas. México (DF): Universidad Autónoma Metropolitana.
6. Brown, J; Pecheny y otros (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 51, octubre-diciembre, 2014, pp. 673-684
7. ILGA (2017). La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes, Ginebra, 2017
8. Monreal, T. (2016). Pasajeras en trance: construcción de la sexualidad lesbiana en los relatos de vida de mujeres de clase media de la ciudad de Santiago de Chile. Universidad de Chile.
9. Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2016). Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)
10. Tjepkema M. (2008). Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Health Care 2008 Mar; 19 (1): 53-64. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18457211>
11. Fundación Todo Mejora (2012). Orientaciones Generales de Atención A Niños, Niñas y Adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans. Para Profesionales de Salud Mental. Chile
12. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
13. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

- ¹⁴. Organización Mundial de la Salud (2017). 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas. Abril de 2017. En: https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/
- ¹⁵ Fátima Navarro Enrique. Atención a mujeres lesbianas y bisexuales. Grau d'Infermeria. Any acadèmic 2016-17
- ¹⁶. ONU Mujeres. Situación de los Derechos de las mujeres en Colombia. En: <http://colombia.unwomen.org/es/onu-mujeres-en-colombia/las-mujeres-en-colombia>
- ¹⁷. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. En: https://www.who.int/social_determinants/es/
- ¹⁸. UNDP (2015). Informe sobre Desarrollo Humano. Nota explicativa por país. En: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-expcol-2015.pdf>
- ¹⁹. Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”. Documento de trabajo. México.
- ²⁰. Profamilia (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud
- ²¹. Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Argentina.
- ²². Organización Mundial de la Salud. (2003) Salud Reproductiva: Estrategias para acelerar el avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ginebra, 2003
- ²³. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Boletín técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)- Fuerza laboral y educación 2017. Bogotá D.C. 12 de abril de 2018
- ²⁴. Barreto, Sandoval, Cortés (2010) Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. Diversitas: Perspectivas en Psicología. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261014>
- ²⁵. Youatt, Johns, Pingel, Soler, Bauermeister, (2015). Explorando las perspectivas de las mujeres de la minoría sexual de adultos jóvenes sobre el hábito de fumar LGBTQ
- ²⁶. Ortiz Hernández, Gómez Tello, Valdés (2009). La asociación de la orientación sexual con la salud autoevaluada y el consumo de cigarrillos y alcohol en adolescentes y jóvenes mexicanos. Ciencias sociales y medicina, Volumen 69, Número 1, julio, pág. 85-93
- ²⁷. Tucker, Ellickson, Klein, (2008). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. Preventive Medicine En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174350400204X?via%3Dihub>

- ²⁸. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España (2013). Esperanzas de vida en salud en España 2006-2011. Años de vida saludable en España y sus comunidades autónomas. Madrid: MSSSI.
- ²⁹. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Protocolos para la Atención de Enfermería a la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer
- ³⁰. Logie, C., Lacombe-Ducan, A., MacKenziey, R. (2016). Minority Stress and Safer Sex Practices Among Sexual Minority Women in Toronto, Canada: Results from a Cross-Sectional Internet-Based Survey. *LGBT Health*, Vol 3, No 6
- ³¹. McNair, Ruth. (2003). Lesbian health inequalities: A cultural minority issue for health professionals. *The Medical journal of Australia*. 178. 643-5.
- ³². Mora, C., Monteiro, S. (2010). Vulnerability to STIs/HIV: sociability and the life trajectories of young women who have sex with women in Rio de Janeiro. *Culture, Health & Sexuality* Vol. 12, No. 1 (January 2010), pp. 115-124
- ³³. Logie, C., James, J., Tharao, W., Loutfy, M. (2012) “We don't exist”: a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*. Volume 15, Issue 2
- ³⁴ Clutterbuck D, Flowers P, Barber T, Wilson H, Nelson M, Hedge B, Kapp S, Fakoya A, Sullivan AK. (2012). UK national guideline on safer sex advice. *Int J STD AIDS*.
- ³⁵ Marrazzo JM, Thomas K, Agnew K, Ringwood K. (2010). Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women. *Sex Transm Dis*.
- ³⁶ Bailey J, Benato R, Owen C, Kavanagh J. (2008) Vulvovaginal Candidiasis in Women Who Have Sex With Women. *Sexually Transmitted Diseases*.
- ³⁷ Marrazo JM, Stine K, Koutsky LA. (2000). Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *Am J Obstet Gynecol*.
- ³⁸. Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Recommendations and Reports August 4, 2006 / Vol. 55 / No. RR-11
- ³⁹ Colombia Diversa, Fundación GAAT, Diversas Incorrectas (2018). Informe sombra para el Comité de la CEDAW, Situación de Mujeres Lesbianas, Bisexuales y personas Trans en Colombia 2013-2018
- ⁴⁰. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. En <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

41. Bello-Urrego (2013). Sexo/género, violencias y derechos humanos: perspectivas conceptuales para el abordaje de la violencia basada en género contra las mujeres desde el sector salud. *Rev. Colombiana de. Psiquiatría.*, vol. 42 / No. 1
42. Colombia Diversa (2018). La Discriminación, una guerra que no termina. Informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en Colombia 2017
43. Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 2), En http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es&tlng=es
44. Ilga (2007). La Salud de las Lesbianas y Mujeres Bisexuales: Cuestiones Locales, Preocupaciones Comunes.
45. Kevin L., Makadon, J. (2011). Addressing Intimate Partner Violence in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *Aug; 26(8): 930–933.*
46. Barrientos, J., Rodríguez, A., Escatín, J., Longares, L. (2016). Violencia en parejas del mismo sexo: revisión y perspectivas actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2016, Vol. XXV, N°3, 289-298
47. Silberman, P., Buedo, P, Burgos, L. (2015). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: Percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev. Salud pública*, 18 (1)
48. Nama, N., MacPherson, P., Sampson, M., McMillan, HJ. (2017) Medical students' perception of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) discrimination in their learning environment and their self-reported comfort level for caring for LGBT patients: a survey study
49. Muñoz P, C. (2013) Metodos Mixtos: Una aproximacion a sus ventajas y limitaciones en la investigacion de sistemas y servicios de salud. *Rev. Salud Publica* 2013, Vol 17 (3). Chile
50. Francés G, F., Alaminos, A., Penalva V, C., Santacreu F, Ó. (2014). El proceso de Medición de la Realidad Social: la Investigación a través de Encuestas.
51. López, P., Fachelli, L. (2015). Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. Barcelona, 1ª edición, febrero de 2015
52. Brown J, Tamburrino C, Pecheny M. (2006). Salud Sexual y reproductiva: la noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión. El aborto y otras situaciones sensibles. In: *Actas de las IV Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Buenos Aires, Argentina.
53. El closet de Sor Juana. (2017). Derecho a la salud de lesbianas y bisexuales. Resultados generales 2017. México

⁵⁴. Rivas, M. (2012). Lesbianas: Mujeres iguales, mujeres diferentes. Aproximación a sus percepciones de salud ginecológica, sexual y reproductiva. En:

<<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/582>>

⁵⁵. Castro, J. Morell, V, Gil, B., Giménez, C. (2016) uso de la barrera de látex en lesbianas:

¿relación con la compulsividad sexual? Ágora de Salud