

Protocolo de atención: lesbianas y mujeres bisexuales





Índice

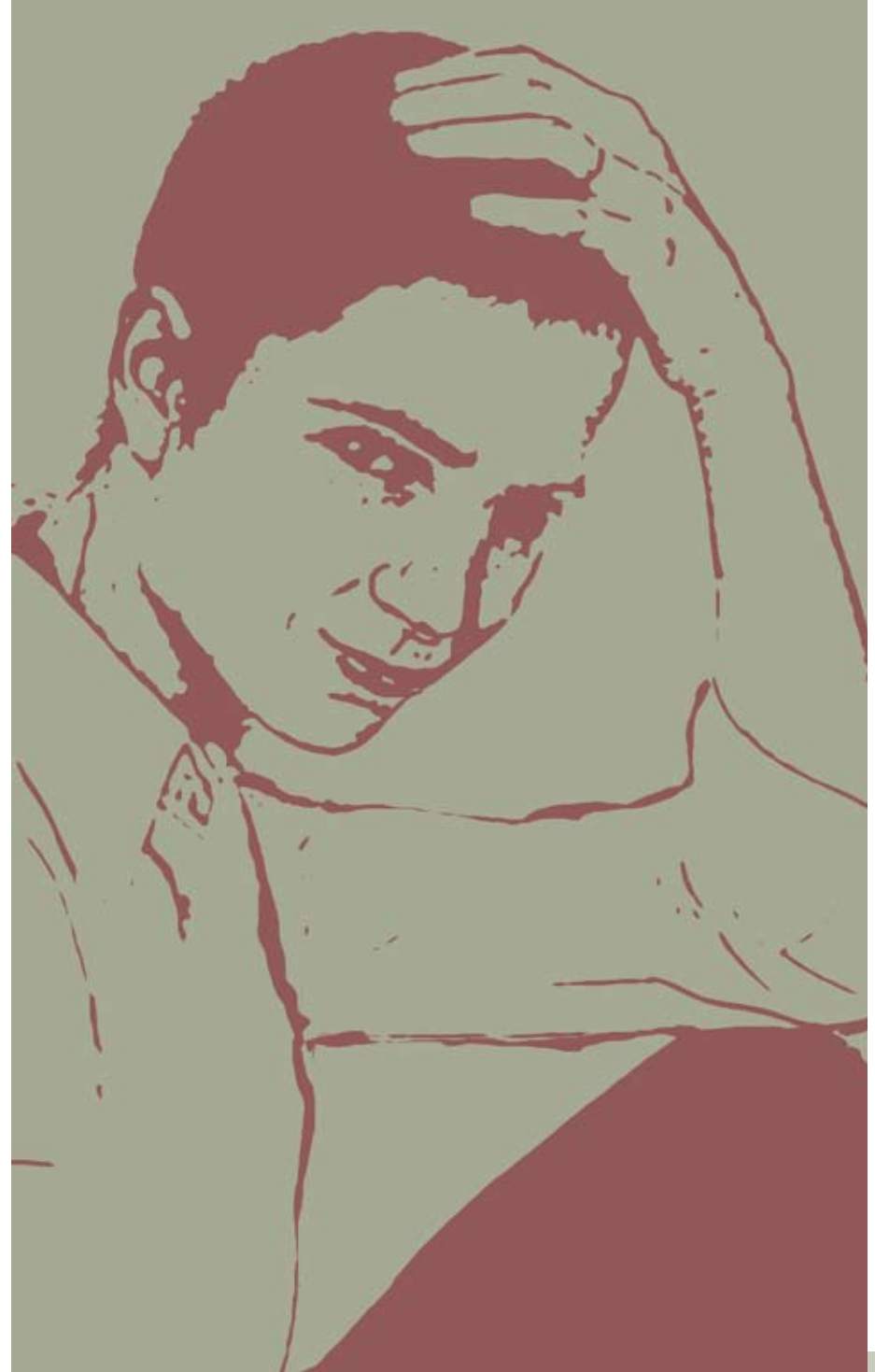
1. Presentación del Protocolo	4
2. Justificación	10
3. Definiciones	18
4. Contexto socio-cultural de las lesbianas y mujeres bisexuales	25
4.1 Aspectos generales	25
4.2 Sexualidad y Vulnerabilidad	27
4.3 Necesidades en la atención de salud sexual y reproductiva para lesbianas y mujeres bisexuales	30
4.4 Discriminación en los servicios de salud	34
4.5 Temas de salud específicos a considerar en la atención a lesbianas	36
5. Atención en salud sexual y reproductiva de las lesbianas y mujeres bisexuales	40
5.1 Principios de la atención	40
5.2 Servicios de salud amigables para lesbianas y mujeres bisexuales	43
5.3 Aportaciones desde sociedad civil	48
5.4 Políticas y procedimientos institucionales	49
5.5 Historia clínica y entrevista	51
5.6 Aspectos clave a considerar durante la consulta	51
6. Mecanismos de seguimiento y evaluación	58
7. Bibliografía	62

1. Presentación del Protocolo

En los últimos años, los movimientos feminista, lésbico y de la diversidad sexual han hecho énfasis en la importancia de considerar las necesidades específicas de las lesbianas y mujeres bisexuales en las políticas públicas. Se han visibilizado los temas de discriminación, violencia basada en género, derechos sexuales y reproductivos y la necesidad de institucionalizar prácticas sanitarias seguras y efectivas en un marco de derechos humanos, que puedan ser aplicadas en el primer nivel de atención.

Por esta razón y en el marco del acceso universal a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en particular de las lesbianas y mujeres bisexuales se desarrolló el presente Protocolo de atención.

El Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva para lesbianas y mujeres bisexuales, se diseñó basado en una investigación documental y los resultados de tres grupos focales realizados durante los



meses de agosto a octubre del 2011 con un total de 25 mujeres que se autodefinen como lesbianas entre las edades de los 18 a los 40 años. La convocatoria a las mujeres lesbianas y bisexuales se desarrolló a través de las redes institucionales en las que colabora Balance como parte del movimiento de diversidad sexual.

Este Protocolo es el resultado de un Proyecto realizado en el marco del Programa de Coinversión para el Desarrollo Social 2011, a través del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal

De la misma manera, se consideran los hallazgos de la investigación desarrollada durante el 2011 sobre sexualidad y vulnerabilidad en mujeres lesbianas realizada por la organización Closet de Sor Juana con 120 cuestionarios aplicados entre lesbianas que frecuentan la zona rosa y las Islas de Ciudad Universitaria de la Ciudad de México.

Partimos de la definición de protocolo de atención como los instrumentos de aplicación, orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía Práctica Clínica o una Guía de Atención. Una guía de atención es un instrumento que

contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el sistema de salud.¹

Con base en lo anterior y con el propósito de mejorar la atención en salud que brindan las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil a las lesbianas y mujeres bisexuales en los servicios de salud sexual y reproductiva se elabora el presente Protocolo dirigido al primer nivel de atención. Hemos elegido el primer nivel de atención porque es ahí en donde se desarrollan los programas enfocados al autocuidado de la salud sexual y reproductiva que alcanzan a la mayor parte de la población femenina.

En este protocolo se establecen los criterios técnicos y conceptuales básicos para que el personal de salud de primer nivel, que no tiene preparación en los temas de sexualidad y diversidad tenga una base que oriente la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en general para considerar las necesidades de lesbianas y mujeres bisexuales.

1. Caja Costarricense de Seguro Social. Metodología para la Elaboración de Guías de Atención y Protocolos. San José, Costa Rica. 2007

Este Protocolo se convierte en un instrumento sensible a los derechos sexuales y reproductivos, a la diversidad sexual y al género con el propósito de orientar y sensibilizar al personal de salud del primer nivel de atención del sector gubernamental y de las organizaciones de la sociedad civil sobre la importancia de brindar una atención integral respetuosa de la diversidad sexual desde la perspectiva de las necesidades de atención en salud de las lesbianas y mujeres bisexuales que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Durante el desarrollo de la consulta bibliográfica y los grupos focales identificamos que muchas mujeres que se autoidentifican como lesbianas reportan prácticas sexuales con hombres y mujeres, por lo que el diseño de este protocolo se basa en las mujeres con prácticas sexuales lésbicas y bisexuales para considerar las necesidades reales de las mujeres no heterosexuales.

El protocolo es un elemento indispensable para mejorar la calidad de la atención para estos dos grupos de población, ya que orienta la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de diversidad sexual.

Finalmente, este Protocolo busca ser un incentivo para promover la articulación entre organizaciones de la sociedad civil y las dependencias gubernamentales con el objetivo de mejorar la atención de las lesbianas y mujeres bisexuales en los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención.





2. Justificación

La salud sexual y reproductiva ha sido definida desde la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo como “el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no, cuándo y con cuál frecuencia”. Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos desde la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer como el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre la sexualidad y la reproducción.

En nuestro país, la Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos reconocida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos identifica 12 derechos contemplados en la normatividad:

1. Derecho a decidir de manera libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad
2. A ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual
3. A manifestar públicamente mis afectos
4. A decidir con quién compartir mi sexualidad
5. A mi intimidad y vida privada
6. A la libertad reproductiva
7. A la igualdad de oportunidades y equidad de género
8. A la información y educación sexual
9. A los servicios de salud sexual y reproductivos
10. A vivir libre de toda discriminación
11. A vivir libre de violencia sexual
12. A la participación en las políticas públicas de sexualidad

A pesar de este reconocimiento amplio sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva en el marco internacional y en nuestro país, las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva se han centrado en el ámbito reproductivo desde la premisa de que las mujeres son heterosexuales. Los servicios de salud sexual se han reducido a la información sobre los síntomas relacionados con las ITS y la prevención del VIH/SIDA con una mínima distribución de condones entre la población general. Los servicios de salud reproductiva se enfocan en la cobertura anticonceptiva entre las mujeres unidas (heterosexuales) y en edad fértil, la atención de la salud materna y los cánceres reproductivos. No existen en nuestro país políticas de salud reproductiva para personas no heterosexuales, tales como servicios de reproducción asistida.

Es con base en lo anterior que una parte importante de la agenda del movimiento lésbico feminista es hacer realidad el acceso universal a la salud sexual y reproductiva considerando a las lesbianas y mujeres bisexuales como parte de la población atendida en los servicios del primer nivel de atención dentro de los programas de salud sexual y reproductiva que

se implementan de manera rutinaria con el propósito de lograr el objetivo de desarrollo del milenio número 5 en un marco de derechos humanos y equidad de género.

En este contexto, las lesbianas y las mujeres bisexuales entrevistadas refieren ser invisibilizadas en los servicios de salud sexual y reproductiva del sector gubernamental y no gubernamental, ya que estos parten de una visión heterosexual al no considerar sus prácticas sexuales ni su identidad sexual, misma que en la mayoría de las veces no es revelada por temor al estigma y la discriminación.

En ese mismo sentido, las mujeres entrevistadas corroboraron que el estigma y la discriminación que enfrentan las lesbianas y mujeres bisexuales impacta en las actitudes de las mujeres en relación al autocuidado de la salud y a la percepción de riesgos; así como del personal de salud con respecto a la atención y la información sobre prevención que brindan a las mujeres, lo que limita de manera significativa la calidad de los servicios de salud.

De acuerdo a lo que expresaron en los grupos, las mujeres no heterosexuales viven sentimientos de culpa y vergüenza derivadas del estigma y la discriminación social que las hacen susceptibles a elevar el riesgo para problemas de salud mental como depresiones y abuso de drogas, además de guardar silencio sobre las conductas que las ponen en vulnerabilidad. Por el otro lado, el personal de salud comparte el mito de que las lesbianas no requieren de servicios de salud preventivos debido a que no están en riesgo a menos de que tengan relaciones sexuales con hombres, a pesar de que enfrentan los mismos riesgos que sus pares heterosexuales.

Las y los proveedores de servicios del primer nivel de atención han sido formados desde una concepción heteronormativa de la realidad, es decir, asumen que todas las personas son heterosexuales y como consecuencia brindan los servicios desde esa concepción. Como resultado, las prácticas sexuales de las lesbianas y mujeres bisexuales que las ponen en vulnerabilidad de adquirir infecciones, tales como el tribalismo, el sexo oral, compartir juguetes sexuales sin protección, no son conocidas ni reconocidas como parte de los servicios ni integradas en la información sobre el autocuidado de la salud.

Por otro lado, las y los prestadores de servicios niegan o invisibilizan los deseos reproductivos de las mujeres una vez que son identificadas como no heterosexuales.



El predominio del abordaje biologicista de la sexualidad y una práctica basada en la atención de la enfermedad en lugar de la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, obstaculizan la organización de los servicios de modo que la atención médica pueda adecuarse a los factores contextuales y culturales que generan necesidades diferenciadas en las poblaciones, entre ellas las lesbianas y mujeres bisexuales, en un marco de atención integral y no discriminación.

Con base en la identificación de la problemática que se ha descrito, este protocolo propone mejorar la atención que se otorga a las mujeres lesbianas y bisexuales en los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención. En un primer momento en las organizaciones de la sociedad civil que prestan estos servicios, incrementar la información disponible sobre las necesidades de las mujeres lesbianas y bisexuales de los servicios de salud sexual y reproductiva de organizaciones de la sociedad civil y promover la inclusión de criterios y pautas para ser incorporados como parte de la atención integral de la salud con sensibilidad a la diversidad sexual de las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva.



En un segundo momento y después de la validación con las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de salud sexual y reproductiva, se buscará involucrar al sector salud de la Ciudad de México, a fin de institucionalizar lineamientos prácticos en un marco de derechos humanos, que puedan ser aplicadas en el primer nivel de atención, a través del Programa de Salud Reproductiva.

Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud desarrolla esta propuesta con base en su experiencia acumulada en el acompañamiento y la incidencia política en las políticas de salud sexual y reproductiva desde su inicio en 1996 y dando seguimiento al cumplimiento de los acuerdos internacionales firmados por nuestro país. Balance incorpora la perspectiva de diversidad sexual en todos sus proyectos y pertenece a la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays y Transexuales, ILGA por sus siglas en inglés. Durante la V Conferencia Regional de la ILGA LAC Balance fue elegido para la Secretaría Subregional de Lesbianas y Mujeres Bisexuales, formando parte del Consejo Regional.

3. Definiciones

Salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, emocional, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y sus procesos. 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 reproductivos 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”.²

Salud Sexual

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. 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. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.³



2. OMS. Salud Reproductiva: Estrategias para acelerar el avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ginebra, 2003

3. OPS, WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. Ginebra, 2001

Género

El género es el conjunto de ideas, prescripciones, creencias, actitudes, sentimientos, conductas, valores y actividades que diferencian a los varones y a las mujeres. Está construido social e históricamente, lo que implica la transmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona acerca de lo que está obligado, prohibido y permitido. ⁴

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales que distingue un conjunto de actos implícitos o explícitos construidos por una comunidad determinada. Es una variable de base sobre la que actúan otras dimensiones generadoras de diferencias como la etnia, la edad, la clase social, la orientación sexual, etc. por lo tanto las transformaciones en el ámbito de género influyen en las otras dimensiones y viceversa.

El género diferencia los aspectos socialmente atribuidos de la identidad de un individuo, a través de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas, las cuales se van transformando

4. Bustos, O. La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I. Porrúa, Méxco. 1994

con el tiempo, es decir son modificables. Por tanto los roles de género son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o en un determinado grupo social. Tiene que ver con lo que pensamos, sentimos y lo que podemos o no hacer de acuerdo al establecimiento de actividades, responsabilidades y jerarquías definidas de acuerdo a los conceptos socialmente definidos de lo masculino y lo femenino.

De aquí la diferencia con el concepto de sexo, el cual describe las características biológicamente determinadas con lo que se nace. Este es constante y no cambia a diferencia del género que describe las características socialmente determinadas, estimulado por un proceso de socialización y cuyos roles cambian y varían entre culturas y grupos sociales.

Sexualidad

Se refiere a la dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de

pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. ⁵

Identidad Sexual

De acuerdo a Xavier Lizárraga, la identidad sexual está conformada por la identidad de género, la orientación sexual y la identidad política. Sin embargo, también se puede definir como integrada por la identidad de género, el rol de género y la preferencia sexual. Se construye a lo largo de toda la vida de una persona. Es el proceso a través del cual logra un sentido de sí misma, en el que hay un reconocimiento de la propia imagen. ⁶

5. OPS, WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. Ginebra, 2001

6. Lara, M.A. Masculinidad y Feminidad en CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I Porrúa, México. 1994

Práctica sexual protegida

A aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre. ⁷

Práctica sexual segura

A aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre. ⁸

Prácticas sexuales de riesgo

A las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes. ⁹

7. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Artículo 3.1.11.

8. Idem. Artículo 3.1.12.

9. Idem. Artículo 3.1.13

Prevención primaria

Reducir la incidencia de la enfermedad a través de la educación integral: sexual, reproductiva y promoción de la salud, orientando sus actividades a aumentar autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de su salud.¹⁰



10. Idem. Artículo 5.2.1 inciso 5.2.1.2

4. Contexto socio-cultural de las lesbianas y mujeres bisexuales

4.1 Aspectos generales

El objetivo de este protocolo es promover la atención integral en salud y de manera particular la atención en salud sexual y reproductiva, a partir de un abordaje integral que fortalezca las acciones que se brindan a lesbianas y mujeres bisexuales en los servicios de salud sexual y reproductiva del sector gubernamental y no gubernamental, a través de la inclusión de criterios y lineamientos sensibles a la diversidad sexual.

Beatriz Preciado afirma que el sexo es una tecnología de dominación heterosocial que reduce el cuerpo a zonas erógenas en función de una distribución asimétrica de poder entre los géneros (femenino/masculino), haciendo coincidir ciertos afectos con determinados órganos, ciertas sensaciones con determinadas reacciones anatómicas. Los roles y prácticas

sexuales son un conjunto arbitrario de regulaciones inscritas en los cuerpos que aseguran la explotación material de un sexo sobre el otro. ¹¹

Marina Castañeda afirma que cuando una persona reconoce su homosexualidad no hay beneficios visibles, al contrario, se abre un futuro aislado y marginado, que probablemente traerá conflictos con la familia y el entorno social. ¹²

Hablando de la identidad lesbiana, Gloria Careaga afirma que los debates centrales en torno a la naturaleza del lesbianismo se sostienen en el desconocimiento y el dilema no resuelto acerca de la sexualidad femenina, fundados precisamente en la concepción masculina de la sexualidad, donde si no hay pene no hay actividad sexual posible. A partir de ahí se generan grandes interrogantes y sospechas que constituyen la base de la descalificación y la burla que pretenden ocultar el temor y la ignorancia. ¹³

Las lesbianas y mujeres bisexuales entrevistadas constatan que la principal necesidad es erradicar

11. Preciado, B. Manifiesto Contrasexual. Anagrama. España, 2011 p. 19 y 20

12. Castañeda, M. La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. Ed. Paidós. España, 1999 p. 40

13. Careaga, G. Orientaciones sexuales. Alternativa e identidad. en Careaga, G. y Cruz, S. (coord) Sexualidades Diversas. Aproximaciones para su análisis. PUEG. México, 2004 p. 176

la discriminación en los servicios de salud y la negligencia del personal de salud al negarles pruebas diagnósticas basadas en sus prejuicios relacionados con la sexualidad. De la misma manera, indican que es necesario integrar dentro del discurso médico una visión amplia de la sexualidad que permita incluir la diversidad de manera sistemática sin hacer diferencias ni forzar a las mujeres a la auto-identificación para acceder a servicios que atiendan sus necesidades específicas.

4.2 Sexualidad y Vulnerabilidad

La investigación sobre sexualidad y vulnerabilidad desarrollada por la organización civil El Clóset de Sor Juana durante el 2011, consideró la aplicación de un cuestionario a 120 mujeres de 14 a 46 años de edad que se autoidentificaron como lesbianas en la zona rosa y las Islas de Ciudad Universitaria de la Ciudad de México.

En relación a los servicios de salud, el 53% de las entrevistadas son derechohabientes del IMSS, 17% al ISSSTE y el 8% tiene seguro popular. Sin embargo, cuando se enferman el 70% acude a servicios privados.

Dentro de los hallazgos relevantes a la atención en salud sexual y reproductiva se encontró que el 85% de las mujeres reportaron haber usado protección en su primer relación sexual con un hombre, mientras que el 52% la uso en su primera relación sexual con una mujer. En sus relaciones con hombres, el 33% reportó prácticas penetrativas pene-vagina, mientras que con mujeres, el 44% reportó prácticas de frotación de genitales, el 43% tener siempre prácticas penetrativas vagina-dedos/mano, el 14% siempre usar juguetes sexuales y el 89% nunca haber usado juguetes sexuales.

En relación a los deseos reproductivos, el 30% de las participantes reportaron desear un embarazo, aunque solo el 5% tiene hijos actualmente. El 40% de las mujeres que desean tener un embarazo tienen como primera opción para la inseminación acudir a un amigo homosexual.

En los aspectos relacionados con la prevención y autocuidado de la salud, el 74% reportó no haberse hecho nunca una mastografía, el 73% no haberse hecho nunca un ultrasonido, el 64% nunca se ha hecho una prueba de VIH,

el 60% nunca se ha hecho una prueba de detección de ITS, el 58% nunca se ha hecho un papanicolaou, el 40% nunca se ha hecho la autoexploración mamaria y el 32% nunca ha ido a consulta ginecológica. El 10% de las mujeres reportó conocer una lesbiana con VIH.

En relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el 45% reportó haber tenido relaciones sexuales no esperadas bajo el efecto de alguna de estas sustancias.

Es muy importante a destacar que el 57% reporta no revelar su identidad sexual en los servicios médicos a los que asiste, por pena, discriminación, porque consideran que no es necesario o no es de incumbencia del personal de salud, entre las razones más mencionadas; sin embargo, el 60% considera que es importante que el médico sepa la identidad sexual para que la atención sea adecuada.

Bisexuales

4.3 Necesidades en la atención de salud sexual y reproductiva para lesbianas y mujeres bisexuales

Los hallazgos de los tres grupos focales desarrollados con 25 mujeres que se autoidentifican como lesbianas durante los meses de agosto a octubre del 2011 en el contexto de la coinversión de Balance con el Inmujeres D.F. nos permitieron identificar las barreras en los servicios de atención en salud sexual y reproductiva públicos y privados.

Las mujeres participantes refirieron la necesidad de incorporar en los programas de salud sexual y reproductiva la capacitación y sensibilización de prestadores de estos servicios, incorporar la participación de lesbianas y mujeres bisexuales en la implementación de las actividades relacionadas con el cuidado y atención de la salud con el propósito de lograr un programa más incluyente, en un marco de derechos y de diversidad sexual que preste mayor atención a sus necesidades y realidades. Mencionaron que su expectativa era tener servicios de salud que fueran amigables a las lesbianas y mujeres bisexuales.

En general, refirieron la importancia de integrar a la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres en general, la perspectiva de diversidad sexual con la intención de que los servicios sean realmente integrales, respetuosos y de calidad. La existencia de protocolos, guías o lineamientos específicos para lesbianas y mujeres bisexuales fue asociada de manera sistemática con la discriminación y el estigma, además de que se considera poco probable llegar al 100% de las mujeres lesbianas o bisexuales con atenciones diferenciadas debido a la dificultad para “salir del clóset” en los servicios de salud.

De la misma manera, las mujeres participantes no identificaron ningún beneficio en la atención médica asociado con visibilizar su identidad sexual en comparación con la integración de un marco de diversidad sexual y derechos humanos de manera rutinaria en el sistema de salud. La única necesidad específica referida durante los grupos focales fue el reconocimiento de las parejas del mismo sexo para acompañar a las personas en los servicios y para tomar decisiones relacionadas con su salud.

En los tres grupos se identificó poco conocimiento y percepción de riesgo relacionados con los derechos sexuales, la salud sexual y las infecciones de transmisión sexual en el contexto de las prácticas homosexuales y bisexuales, en algunas ocasiones incluso se hicieron comentarios sobre la ausencia de probabilidades de adquirir el VIH, el VPH y otras ITS en las relaciones sexuales con otras mujeres.

A pesar de que en la práctica se reconoció que muchas mujeres lesbianas tienen prácticas sexuales con hombres, el tema es tocado de manera superficial y no se reconoce como una necesidad obtener información sobre prácticas seguras con hombres y métodos anticonceptivos.

Las mujeres participantes mencionaron la importancia de contar con materiales que den información específica sobre salud sexual para mujeres que tienen sexo con otras mujeres y sobre reproducción asistida en los servicios de salud para que la información esté disponible para todas.

Los casos de discriminación en los servicios cuando las y los prestadores de servicios se daban cuenta de que las mujeres no eran heterosexuales aparecieron en todos los grupos, los casos iban desde discriminaciones menores en donde se continuaba la consulta con preguntas heterocentristas, hasta la negación de pruebas diagnósticas como el papanicolaou refiriendo que por ser lesbianas no estaban en riesgo de adquirir ITS.

Todas las mujeres refirieron que desearían que en la consulta se integrara información de prevención y autocuidado de la salud sexual y reproductiva que considerara las prácticas sexuales entre mujeres a pesar de que ninguna refirió que algún servicio de salud considerara esta dimensión.

Finalmente, se hizo hincapié en la necesidad de que los servicios de salud sexual y reproductiva consideren a las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida en todas las dimensiones relacionadas con su sexualidad y su capacidad reproductiva, en un marco de derechos humanos y respeto a la diferencia; ya que los servicios que están implementándose actualmente responden solamente a las necesidades reproductivas de las mujeres en edad fértil.

4.4 Discriminación en los servicios de Salud

La National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, NGLTF (Grupo Nacional de Trabajo de Gays y Lesbianas del Instituto de Políticas) de Estados Unidos, señaló que “Las lesbianas exhiben una amplia gama de actitudes, comportamientos e identidades. A pesar de las grandes diferencias en los tipos de relaciones, modos de expresar la sexualidad, elección de estilos de vida y experiencias, todas comparten el común denominador de ser discriminadas en el momento de requerir atención de salud cuando presentan problemas y necesidades propias de su opción sexual”.¹⁴

Los prejuicios sociales constituyen un mecanismo que lesiona la autoestima de las lesbianas, dificulta su acceso a la atención de salud y no promueve su autocuidado.¹⁵

Las lesbianas no son consideradas como una población de riesgo ya que no hay suficiente evidencia científica sobre los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados, son monógamas y tienen pocas parejas en la vida, hacen pareja exclusivamente con mujeres y los comportamientos sexuales de las

14. Presentación Salud sexual: Atención para las comunidades LGBT. A.C. Demidont, DO Centro de Salud Comunitaria Callen Lorde.

15. Idem.

personas lesbianas no transmiten las ITS (no es “realmente” sexo). La identidad sexual no predice necesariamente el comportamiento.¹⁶

La Segunda Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010, refiere que una de cada dos personas lesbianas, homosexuales o bisexuales considera que el principal problema que enfrenta es la discriminación, seguida de la falta de aceptación y las críticas y burlas. También indicó que las mujeres lesbianas afirman percibir mayor intolerancia en los servicios de salud que los hombres homosexuales.



16. Las lesbianas y el VIH/SIDA. Investigaciones sobre la transmisión entre mujeres disponible en <http://www.asociacionnos.org/noticias/lesbianas-el-vihsida>

4.5 Temas de salud específicos a considerar en la atención a lesbianas ¹⁷

1. Cáncer de mama: Las lesbianas tienen la más alta concentración de factores de riesgo para este tipo de cáncer en comparación con cualquier otro sector de mujeres en el mundo. Esto se combina con el hecho de que muchas lesbianas mayores de 40 no se practican mamografías de manera rutinariamente, no se autoexaminan los senos ni tienen exámenes clínicos, y por ello puede que no se les diagnostique de manera oportuna.



17. Revista mujer salud/Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe RSMMLAC. Ser y reconocerse lesbiana Protegiendo la salud como un Derecho. 2/2007

2. Depresión/ansiedad: Las lesbianas pueden experimentar estrés crónico a causa de la discriminación. Este estrés se relaciona con la necesidad que algunas mujeres aún sienten al ocultar su orientación sexual a colegas del trabajo y por el hecho de que muchas de ellas han perdido el apoyo emocional que otras personas reciben de sus familias, a causa de la alienación que experimentan por su orientación sexual.

3. Cáncer ginecológico: Las lesbianas tienen mayor riesgo respecto a algunos cánceres ginecológicos. Es posible que ellas o sus proveedores de servicios de salud ignoren que un examen ginecológico anual puede facilitar significativamente un diagnóstico temprano, lo que está asociado con tasas más altas de curación.

4. Estado corporal: Las investigaciones confirman que las lesbianas tienen una mayor masa corporal en comparación con las mujeres heterosexuales. La obesidad está asociada con tasas más altas de enfermedades cardiovasculares, cánceres y muerte prematura. Se requiere orientación acerca de estilos de vida y alimentación saludables, ejercicio adecuado y reducción de daños.

5. Uso de sustancias: Los estudios señalan que las drogas ilícitas pueden ser consumidas más a menudo entre lesbianas que en sus pares heterosexuales, lo que se relaciona con posibles factores de estrés adicionales en la vida de las lesbianas por la discriminación homofóbica. Se requiere orientación sobre recreación, estrategias de reducción de estrés y conflictos.

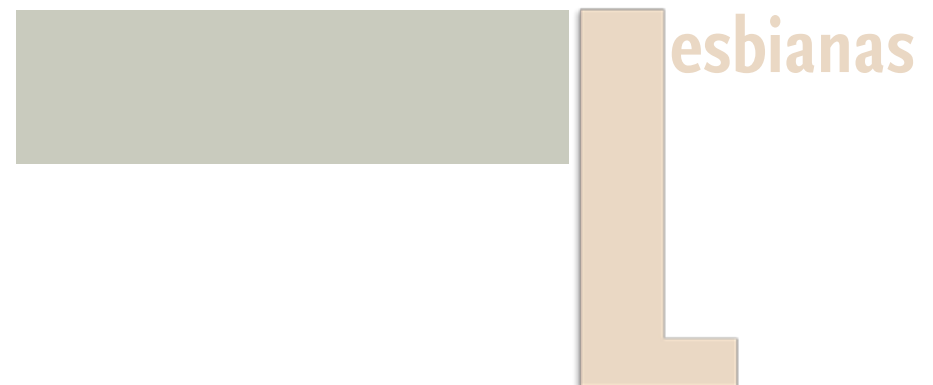
6. Tabaco: Diversas investigaciones señalan que el tabaco puede ser consumidos más frecuentemente por mujeres lesbianas para reducir tensiones y mejorar las interacciones sociales, el tabaco está a su vez asociado a mayores tasas de cánceres, enfermedades vasculares y enfisema, las tres mayores causas de muerte entre mujeres.

7. Alcohol: El consumo y abuso de alcohol también es mayor entre lesbianas.

8. Violencia Doméstica: Se ha señalado que ocurre en el 11% de los hogares de lesbianas a pesar de que se asume que no existe en esa población. Los servicios de atención a la violencia requieren ser sensibilizados para recibir a las mujeres lesbianas de acuerdo a sus especificidades.

9. Osteoporosis: Las tasas y riesgo de osteoporosis entre lesbianas no han sido bien determinados todavía. La ingesta de calcio, el ejercicio, así como evitar el tabaco y el alcohol son los principales ejes de prevención. Es importante tener exámenes de densidad ósea preventivos.

10. Salud Cardíaca: El consumo de tabaco y la obesidad son los factores de riesgo más prevalentes para enfermedades cardíacas entre mujeres lesbianas. Todas las lesbianas necesitan un examen clínico anual para vigilar la presión arterial, medir el colesterol y diagnosticar una posible diabetes, al igual que para programar una rutina de ejercicios. La prevención de la enfermedad cardíaca, que mata al 45% de las mujeres, debería ser central en cada visita médica.



5. Atención en salud sexual y reproductiva de las lesbianas y mujeres bisexuales

5.1 Principios en la atención

La salud es un derecho humano básico que no solo se limita al derecho de estar sano sino que también al derecho de disponer de completo bienestar físico, mental y social en donde las condiciones de salud y la garantía de los derechos humanos están estrechamente vinculados con la salud, la cual influye en el ejercicio de los derechos y estos influyen en la salud tanto individual como social pero ante todo protegiendo en todo momento la integridad, la privacidad, y el bienestar de la salud de las personas.

En este contexto el derecho a la salud obliga a los Estados a generar las condiciones necesarias para que las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, entre ellas la población de la Diversidad Sexual y dentro de estas condiciones está el garantizar la disponibilidad y acceso a los servicios de salud.

Un tema fundamental relacionado con los derechos humanos es el del Estigma y la Discriminación. No solo por que afecta directamente el acceso a los servicios de salud, sino por ser un factor que genera tensión y estrés que se va acumulando a los largo de la vida de las personas que lo padecen, lo cual afecta la salud mental.

El impacto en las personas incluye la disminución en el cuidado de su propia salud, baja asistencia a los servicios de salud y limitantes a los diagnósticos oportunos.

Los actos de discriminación no solo se comenten a nivel individual estos se ven reflejados en normas institucionales entre ellas la de atención en salud, los cuales se construyen bajo criterios excluyentes de la diversidad social, cultural y sexual.

El personal de salud debe mantener una atención centrada en los derechos humanos, considerando el contexto de lesbianas y mujeres bisexuales al acudir a los servicios de salud, en una actitud constante de respeto.

Dentro del marco de los Derechos Humanos de las mujeres, y para efectos de este Protocolo, se hace necesario visibilizar los derechos de las lesbianas y mujeres bisexuales como primera medida para evitar la discriminación a estas poblaciones en los servicios públicos y privados relacionados con la salud sexual y reproductiva.

El acto de discriminación que se presenta con mayor frecuencia es el de presuponer una heterosexualidad, es decir abordar a las mujeres con preguntas de si tiene relaciones sexuales, asumiendo que es con hombres y al tener una respuesta positiva de inmediato preguntan si usa anticonceptivos; ante una respuesta negativa como “no uso”, o “no necesito usarlos” se cuestiona a las mujeres por no prevenir embarazos no deseados. Las mujeres participantes en los grupos focales reportaron que de inmediato les preguntaron cuántos embarazos ha tenido, cuántos hijos tiene,

ha tenido abortos, etc. De la misma manera, reportaron que ante la respuesta de “solo tengo relaciones con mujeres”, la reacción inmediata es negar la vida sexual entre mujeres y asumir que no requieren ninguna atención médica, e incluso en algunas ocasiones hacer preguntas incómodas sobre su sexualidad en donde se sintieron maltratadas por la desinformación basada en el prejuicio del personal de salud.

5.2 Servicios de salud amigables para lesbianas y mujeres bisexuales

Como prestadores de servicios de salud es importante sensibilizarnos sobre las necesidades de las lesbianas y mujeres bisexuales, para lo que podemos empezar con las preguntas:

- ¿Por qué las lesbianas y mujeres bisexuales acuden a nuestros servicios?
- ¿Qué esperan las lesbianas y mujeres bisexuales de nuestros servicios?
- Para la prestación de nuestros servicios ¿requerimos de programas de salud específicos para las lesbianas y mujeres bisexuales?

- ¿Cuáles son las necesidades de las lesbianas y mujeres bisexuales que acuden a nuestros servicios de salud?
- ¿Debemos mejorar la accesibilidad y sensibilidad de nuestros servicios hacia las lesbianas y mujeres bisexuales?
- ¿Es necesario y/o importante conocer la orientación sexual y la identidad de género de la persona que acude a nuestros servicios?



Es importante revisar nuestras respuestas de manera crítica para identificar áreas en las que podemos fortalecer nuestra competencia técnica para responder a las necesidades de la diversidad de las mujeres con las que trabajamos. La principal barrera que se ha identificado para brindar servicios integrales de salud sexual y reproductiva basados en la no discriminación son los mitos y prejuicios que como personal de salud podemos tener en torno a la sexualidad. Entre las ideas erróneas más frecuentes que limitan la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de las lesbianas y mujeres bisexuales podemos considerar:

- Las lesbianas no mantienen relaciones sexuales.
- Las lesbianas no mantienen relaciones sexuales con hombres.
- Las lesbianas no corren riesgo de contraer ITS incluyendo el VIH.
- Las lesbianas no necesitan hacerse el papanicolaou, o no lo necesitan con la misma frecuencia que las heterosexuales porque no practican el coito.¹⁸

18. Idem.

Las y los prestadores de servicios de salud debemos considerar que las lesbianas y las mujeres bisexuales tiene diferentes necesidades por lo que debemos identificar las normas sexuales y de género dominantes en nuestra cultura, cómo influyen en el comportamiento sexual y en la comunicación que podemos establecer con las personas durante la consulta para explorar los factores de riesgo, las prácticas sexuales y proveer la información y los servicios de atención integrales que incluyan a la diversidad sexual que encontramos en la realidad.

Es necesario que la atención en los servicios de salud se brinden de manera equitativa sin distinción y de manera integral sin necesidad de diferenciar la atención por orientación sexual o por identidad de género, sin embargo es necesario que el personal de salud conozca los contextos de las lesbianas y las mujeres bisexuales para orientar las estrategias de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva.

Se deben garantizar dentro de la consulta espacios seguros y confiables centrados en las necesidades de las lesbianas y mujeres bisexuales donde puedan hablar de comportamientos y prácticas sexuales, así como del goce de la sexualidad,

el cuidado de la salud frente a infecciones de transmisión sexual, cáncer cervico-uterino, cáncer de mama, aspectos generales de salud sexual, deseos reproductivos, etcétera. De la misma manera, se debe integrar siempre la información sobre reproducción asistida para que sean las propias mujeres las que decidan si quieren o no tener hijos independientemente de su orientación sexual.



5.3 Aportaciones desde sociedad civil

Los grupos organizados de lesbianas y mujeres bisexuales cuentan con diversos programas y estrategias dirigidas a su comunidad, entre ellas la atención y prevención de las ITS y la salud sexual y reproductiva. Estas estrategias contribuyen a la consolidación de los procesos de la colectividad y a la vez se constituyen en una referencia para la población.

El nivel de involucramiento puede ir desde ser usuarias de los servicios, promotoras de la salud entre mujeres no heterosexuales, brindar servicios, acción comunitaria o incidencia política.

Por esta razón se hace necesario 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 entorno al tema, con la finalidad de optimizar los conocimientos relacionados a las infecciones de transmisión sexual y de la salud sexual y reproductiva en donde el personal de salud pueda beneficiarse de la experiencia acumulada.

El servicio brindado de manera incluyente, libre de prejuicio y centrado en los requerimientos de las usuarias (lesbianas y mujeres bisexuales) se convierte de esta manera en el factor fundamental de la prestación del servicio de salud.

5.4 Políticas y procedimientos institucionales

La prestación de los servicios deben contar con políticas y procedimientos incluyentes a modo estándar que favorezcan la atención integral y que garanticen la calidad en la prestación de los servicios. Esto permitirá sensibilizar al personal en estrategias de atención y prevención particulares sin dejar de lado el respeto y las prácticas no discriminatorias a la hora de prestar los servicios de salud sexual y reproductiva.

Se deben considerar desarrollar e implementar políticas y procedimientos de no discriminación que promueva servicios de atención incluyentes, proveer capacitación al personal de salud en temas de diversidad sexual, derechos humanos, salud sexual y reproductiva particularizando aspectos relacionados directamente con las lesbianas y mujeres bisexuales basadas en sus necesidades y problemas específicos de salud.

Deben desarrollarse políticas institucionales claras, incluyentes en un marco de derechos humanos y de respeto a la diversidad sexual.

Gráfico 1. Servicios Integrales de salud sexual y reproductiva

Fuente: Elaboración propia.



5.5 Historia clínica y entrevista

En los formularios e historia clínica se debe de considerar un lenguaje inclusivo en el que se detalle la orientación sexual, la identidad de género y las prácticas sexuales. Se deben asegurar la confidencialidad de los datos.

Durante la entrevista, el personal de salud debe mostrarse abierto y libre de prejuicios hacia las usuarias, debe evitar las presunciones de la persona que acompaña a la usuaria, incluir a su pareja en la atención médica (en el caso que la usuaria indique de su relación). No deben asumir la orientación sexual de la usuaria y debe usar el mismo lenguaje que la usuaria utilice al referirse a su identidad y orientación sexual.

5.6 Aspectos clave a considerar durante la consulta

Como vimos antes, el supuesto de la heterosexualidad, la lesbofobia, es decir la discriminación que sufren las lesbianas, y la falta de información científica en materia de salud de lesbianas y mujeres bisexuales limita y obstaculiza la comunicación y el reconocimiento de las necesidades de las lesbianas y mujeres bisexuales por parte del personal de salud en relación a su salud sexual y reproductiva.

Cuando las mujeres no heterosexuales acuden a consulta, es de vital importancia considerar que el centro de la atención de la consulta ya no puede ser la protección anticonceptiva, sino la información que permita el autocuidado de la salud sexual y reproductiva, así como las opciones de reproducción asistida en caso de que las mujeres deseen embarazarse. De la misma manera, es fundamental considerar que la confianza que puede construirse en la consulta será determinada por 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.

Es importante recordar que los riesgos relacionados con las prácticas sexuales no cambian con la orientación sexual, entre las mujeres no heterosexuales encontramos los mismos riesgos que en otras poblaciones para la transmisión de ITS:

- El compartir los juguetes sexuales sin protección incrementa la transmisión de ITS

- La introducción de juguetes sexuales a nivel vaginal sin protección incrementa la transmisión de ITS

- Las infecciones de transmisión sexual no presentan síntomas en muchas ocasiones

- Las infecciones de transmisión sexual con el VPH y la clamidia incrementan el riesgo de padecer cáncer

- La presencia de una ITS puede indicar riesgo para otras ITS y aumenta la probabilidad de adquirir el VIH

La prevención de las ITS se debe llevar a cabo en toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de estas infecciones, además de llevar a cabo acciones más específicas

y frecuentes dirigidas a la población en general y, en particular, a poblaciones con prácticas sexuales de riesgo o vulnerables.¹⁹

19. NOM 039. Capítulo Prevención primaria. Artículo 5.2.1 inciso 5.2.1.1

Algunos pasos recomendados durante la consulta son:

- No suponga que la mujer que acude a los servicios es heterosexual
- Hacer una valoración del riesgo mediante una entrevista que tome en cuenta la realidad cultural de las usuarias
- Genere un clima de confianza que permita la comunicación y la realización de la exploración física ginecológica
- Mostrar apertura y sensibilidad suficiente para que la usuaria hable abiertamente sobre sus prácticas de riesgo relacionadas a factores de riesgo del cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y a la transmisión de ITS, así como de su sexualidad.
- Siendo muchas ITS asintomáticas, es importante buscar cualquier indicativo, entre ellos: dolor para orinar, secreción vaginal, escozor en el área vulvar, etc.
- Realizar inspección visual con cuidado del área genital y anal.

- Las lesbianas y mujeres bisexuales requieren de controles ginecológicos y mamarios periódicos, por lo que se hace necesario que el personal de salud promueva las consultas habituales.
- Evitar que los prejuicios afecten en su práctica profesional.



Es muy importante aprovechar la consulta para dar información sobre el autocuidado de la salud sexual y reproductiva por lo que es importante promover:

- Usar ropa interior de algodón

- Explorar el cuerpo para reconocer cualquier cambio que pueda sugerir la presencia de alguna ITS y acudir a consulta cuando se identifique algún signo de infección.

- Lavar las manos antes de tener relaciones sexuales.

- Uso de guantes, barreras de látex y lubricantes a base de agua durante las prácticas sexuales

- Mantener uñas cortas y limpias

- Uso de condón y lubricante a base de agua en los dildos, cambia de condón si cambia de persona o si pasa del ano a la vagina o viceversa

- Evita el intercambio de juguetes sexuales

- Lavar los juguetes sexuales con agua, cloro y jabón o hervor aquellos que están hechos de silicón

- Evitar el sexo oral sin protección durante la menstruación

- Evitar lavar los dientes inmediatamente después del sexo oral para evitar el riesgo de pequeñas heridas y sangrado



6. Mecanismos de seguimiento y evaluación

Una vez validado en los servicios de salud sexual y reproductiva que prestan las organizaciones de sociedad civil, el presente protocolo busca ser difundido entre los funcionarios públicos del Gobierno del Distrito Federal, con especial atención en la Secretaría de Salud del D.F.

Entre los aspectos clave que proponemos considerar para el monitoreo de servicios de salud sexual y reproductiva incluyentes de la diversidad sexual de las mujeres proponemos:

- a.** ¿Cuentan las salas de espera y consultorios con literatura, folletos sensibles a la diversidad sexual, incluyendo información sobre reproducción asistida?
- b.** ¿Tienen los documentos de registro, formularios de la historia clínica lenguaje incluyente?
- c.** ¿Está el personal de salud capacitado en temas relacionados a la atención de lesbianas y mujeres bisexuales?

Para garantizar la prestación de servicios incluyentes en el contexto de la atención en salud sexual y reproductiva se requiere de las competencias y responsabilidades de diferentes sectores e instituciones públicas y sociales.

Esta multisectorialidad e interinstitucionalidad se ve representada en el esfuerzo colectivo por responder a las necesidades y prioridades a abordar de manera complementaria en los servicios de la salud sexual y reproductiva de las lesbianas y mujeres bisexuales mediante respuestas articuladas y coordinadas, orientadas por un enfoque integral y compartido de la política pública.

El presente Protocolo pretende impulsar una innovación y progreso en la atención integral de la salud en el programa y servicios de sexual y reproductiva de la Ciudad de México dirigido a reorientar la oferta y la demanda de los servicios por parte de las lesbianas y mujeres bisexuales con el propósito de satisfacer sus necesidades, a través de una política pública multisectorial e interinstitucional que fortalezca la acción comunitaria y con una participación protagónica de las lesbianas

y mujeres bisexuales garantizando de esta manera el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En este contexto y siendo el Instituto de las mujeres del Distrito Federal (Inmujeres, DF), el organismo de la administración pública del Gobierno de la Ciudad de México responsable de garantizar el respeto, la protección y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y que el mismo contempla en su programa de trabajo 2008-2012, incorporar la transversalidad de la perspectiva de género en las políticas públicas del Gobierno de la Ciudad de México e incidir en el rediseño de las estructuras y procedimientos organizativos administrativos, es que se convierte en la institución pública clave para la divulgación del presente Protocolo, así como ser la institución líder en coordinar el desarrollo de una política pública incluyente que garantice el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres con perspectiva de género, derechos humanos y de diversidad sexual.

Tomando como base el presente Protocolo, el Inmujeres D.F. está en la posición estratégica para impulsar que se incorpore en el programa de salud reproductiva de la Secretaría de Salud del D.F. los criterios técnicos y administrativos necesarios para regular la organización y funcionamiento de sus diferentes áreas incorporando las necesidades específicas de los grupos de mujeres.



7. Bibliografía

* Barquet, M. Reflexiones sobre teorías de género hoy en *Umbrales* No. 11 CIDES-UMSA, 2002

* Bustos, O. La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En CONAPO. *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo I. Porrúa, México. 1994

* Caja Costarricense de Seguro Social. *Metodología para la Elaboración de Guías de Atención y Protocolos*. San José, Costa Rica. 2007

* Cazés, D. La dimensión social del Género: posibilidades de vida para mujeres y hombres en el patriarcado. En CONAPO. *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo I. Porrúa, México. 1994

* Careaga, G. Discriminación al libre ejercicio de la sexualidad. En: *Cuicuilco*, revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Nueva Época, 2001, Volumen 8, número 23, septiembre-diciembre.

* Careaga, G. y Cruz, S. (coord) *Sexualidades Diversas. Aproximaciones para su análisis*. PUEG. México, 2004

* Castañeda, M. *La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. Ed. Paidós. España, 1999

* Corona, E. (coord.) *Hablemos de salud sexual. Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas educativas y recursos*. OPS/AMES. México, 2000.

* Estereberg, K. *Lesbian and Bisexual identities*. Ed. Temple. EEUU, 1997

* ILGA. *Lesbian and bisexual women's health: Common concerns, local issues*. 2006.

* Katchadourian, H. *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. FCE. México, 2000

* Lamas, M. *La perspectiva de género, una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. DIF. México

*Lamas, M. La antropología feminista y la categoría “género” en Nueva Antropología. Estudios sobre la Mujer: Problemas teóricos, 30. UAM, México. 1986

* Lamas, M. El problema de la igualdad entre los sexos. En CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo III. Porrúa, Méxco. 1994

* Lara, M.A. Masculinidad y Feminidad en CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I Porrúa, México. 1994

* Las lesbianas y el VIH/SIDA. Investigaciones sobre la transmisión entre mujeres disponible en <http://www.asociacionnos.org/noticias/lesbianas-el-vihsida>

* Lizárraga, X. Más allá de los genitales: los sexos cerebrales en Gayou, J. Revista Perspectiva Sociológica. Instituto Mexicano de Sexología. 1989.

* Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

* OMS. Salud Reproductiva: Estratega para acelerar el avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ginebra, 2003

* OPS, WAS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. Ginebra, 2001

* Preciado, B. *Manifiesto Contrasexual*. Anagrama. España, 2011

* Presentación Salud sexual: Atención para las comunidades LGBT. A.C. Demidont, DO Centro de Salud Comunitaria Callen Lorde.

* Revista mujer salud/Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe RSMLAC. Ser y reconocerse lesbiana Protegiendo la salud como un Derecho. 2/2007

* Reyes, H. et al Un sistema de medición de la calidad de os servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. Population Council. Documentos de Trabajo, núm 29. 2009

* Weeks, J. La invención de la sexualidad. Ed. Paidós- Género y Sociedad. UNAM, México. 1998

* Whiting, B. Contribuciones de la antropología al estudio de la identidad genérica, el rol genérico y el comportamiento sexual en Jean-Didier, V. Biología de las pasiones. España, 1987

* Wieringa, Saskia. State of the Art Situation of WSW in relation to Elath risks and in particular HIV/AIDS prevention. University of Amsterdam. International Information Centre and Archives of the Women's Movement Amsterdam. 2010



Este Protocolo ha sido elaborado por

Eugenia López Uribe
Jessica Salas Martínez

Con el valioso apoyo de Inmujeres D.F.





“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”.