

Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres

Barriers to sexual health care in Argentina: perception of women who have sex with women

Pedro Silberman¹, Paola E. Buedo² y Lucrecia M. Burgos³

1 Departamento Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. psilberman@uns.edu.ar

2 Clínica Privada Bahiense. Bahía Blanca, Argentina. paolabuedo@hotmail.com

3 Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. lucreciamburgos@gmail.com

Recibido 25 Diciembre 2014/Enviado para Modificación 3 Julio 2015/Aceptado 7 Diciembre 2015

RESUMEN

Objetivo El objetivo es describir las barreras en la atención de la salud sexual de las Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM) en Argentina durante el año 2013.

Métodos Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo. Se realizó una encuesta por internet, de abril a julio a mujeres homo y bisexuales mayores de 18 años que residen en Argentina, mediante la metodología de bola de nieve.

Resultados Se encuestaron 161 mujeres, de las cuales el 97,5 % asistió alguna vez a un médico, éste no interrogó sobre su orientación sexual en el 82,8 %. El 93,6 % no recibió información; el 83,8 % percibe poco/nada de riesgo de contraer ETS. El 48,4 % desconocen métodos de protección entre mujeres. Refirieron no utilizarlos el 77,5 %, siendo los motivos: pareja estable, incomodidad y que no se consiguen.

Discusión Los resultados de la presente investigación identifican la baja percepción de las MSM sobre las ETS, y la dificultad del abordaje de los profesionales de la salud en torno a esta temática.

Palabras Clave: Homosexualidad femenina, servicios de salud para mujeres, salud sexual, enfermedades de transmisión sexual, prevención de cáncer de cuello uterino, Argentina (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective The objective is to describe the barriers to sexual health care of Women Who Have Sex with Women (WSW) in Argentina during 2013.

Methods A cross-sectional, descriptive and quantitative study. An online survey was conducted using the Internet, in the period of April-July 2013, with homosexual and bisexual women over 18 living in Argentina, making use of the snowball methodology.

Results A total of 161 women were surveyed. The results showed that 97.5 % had previously visited a doctor. The doctor did not ask about their sexual orientation in 82.8 % of cases. 93.6 % of the surveyed did not receive information about STDs; 83.8 % perceive little/no risk regarding STDs. 48.4 % are unaware of the methods of protection of STDs among women and 51.6 % obtained this information from websites and friends. 77.5 % reported not using protection methods. The main reasons were: stable partner, discomfort and the inability to acquire them.

Discussion The results of this research allow for identifying the low perception among WSW regarding STDs, and the difficulty of approaching health professionals about this subject.

Key Words: Homosexuality, female, women's health services, reproductive health, sexually transmitted diseases, uterine cervical neoplasms/prevention and control, Argentina (source: MeSH, NLM).

Las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) es la categoría conceptual que se elige para denominar a las mujeres homosexuales y bisexuales. Esta denominación ubica el foco de análisis sobre las prácticas sexuales y no en la identidad sexual.

Tradicionalmente, las MSM, los científicos y profesionales de la salud, asumieron que las relaciones sexuales entre mujeres no conferían ningún riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de cáncer de cuello de útero (CCU) (1-4). Este falso supuesto aumenta más aún el riesgo de contraer o no detectar una ETS (4).

Aproximadamente entre el 2-4,9 % de las mujeres tienen sexo con mujeres, y el 8 al 20 % de las mujeres tuvo relaciones sexuales con una mujer en su vida (5-9). En Estados Unidos el 4,3 % de la población general son MSM, y el número asciende a 4,6 % en los grandes centros urbanos (10). El 13 % de las MSM tuvieron alguna vez en su vida una ETS. Solo el 10 % del 13 % de las MSM refirieron realizarse controles regulares para ETS (11).

La literatura científica ha demostrado que el virus del papiloma humano (VPH) (12,13), vaginosis bacteriana (VB) (14,15) y virus herpes simple (VHS) tipo I y II (16) pueden ser transmitidos por contacto sexual de mujer a mujer. Además, reportes de casos sugieren que la tricomoniasis (17) y sífilis (18) también pueden ser transmitidas sexualmente entre mujeres. Se ha demostrado (19) que hay mayor riesgo de infección por *Cándida* en mujeres que tienen más de 2 parejas sexuales mujeres (OR 2.18 (CI 1.35-3.53)). Aproximadamente el 3 % de todos los casos reportados de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en EEUU ocurrieron en mujeres que tiene sexo con mujeres (20).

En investigaciones recientes se ha demostrado que las MSM, que también son sexualmente activas con hombres, muestran mayor riesgo de ETS (12,21,22).

Datos recogidos en las clínicas de salud sexual en Londres no encontraron diferencias en el número de ETS entre las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres y heterosexuales (23).

Ninguna práctica sexual se encuentra exenta de riesgo de contagio de ETS, incluido el contacto de piel a piel (24). Estas prácticas conllevan también un mayor riesgo de transmisión del VPH (25) y VHS (24).

En la atención de la salud sexual de las personas con formatos de parejas no tradicionales, como son las MSM, se visualizan potencial y concretamente las barreras en el acceso que incluyen: 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 (2).

Dichas barreras se incrementan dado que las mujeres que acuden a los servicios sanitarios preferirían revelar su sexualidad, pero a menudo son silenciadas por la suposición del profesional de que son heterosexuales. Este silencio compromete el desarrollo de la confianza y la capacidad de revelar aspectos de vida compleja y relevante para los profesionales de la salud. El hecho de establecer la heterosexualidad como norma, concepto denominado heterosexismo, incorpora actitudes tradicionales que valoran la heterosexualidad frente a otros tipos de sexualidad y así, se reproducen acciones médicas que tiene que ver con la exclusión y discriminación. La medicina ha tenido gran responsabilidad en la patologización y medicalización de la homosexualidad desde que asumió como paradigma dominante a la ciencia positiva (2,3).

Sumado a ello, el médico habitualmente aborda las cuestiones “no biológicas” desde el sentido común, quizás por el déficit de una adecuada formación en ciencias sociales, por lo que invisibiliza la sexualidad y a la homosexualidad particularmente (1).

Es relevante analizar los motivos de la dificultad al acceso a la salud sexual de las MSM con el objetivo de poder aproximarse a un diagnóstico de situación que permita desarrollar estrategias para un abordaje integral de la sexualidad en los espacios de salud que permitan y faciliten una sexualidad plena sin discriminaciones ni exclusiones.

El objetivo de este trabajo es describir las barreras en la atención de la salud sexual desde la percepción de las MSM en Argentina durante el año 2013..

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de tipo cuantitativo. Se definió una muestra por conveniencia, mediante técnica de bola de nieve. Se optó por realizar un muestreo dirigido por las encuestadas para acceder a poblaciones ocultas.

Se confeccionó una encuesta en formato digital, estructurada, que permitía caracterizar la población encuestada, conocer las barreras y sensaciones que presenta una mujer ante la consulta médica en referencia a su sexualidad, el conocimiento de las MSM sobre utilización de métodos de protección intrasexual y sobre su riesgo de contraer enfermedades de contagio sexual. En el inicio de la encuesta se presentaba una introducción que detallaba el propósito de la investigación, los autores, la característica de anonimato y la importancia de contestar y difundir la encuesta entre MSM.

La encuesta se distribuyó virtualmente mediante soporte Google Drive. Se accedía mediante un link que se envió específicamente a MSM conocidas por los autores y cada una de ellas la enviaba a otras MSM. También fue enviada a agrupaciones y asociaciones que trabajan en derechos de mujeres lesbianas y homosexuales. La distribución de encuestas se realizó durante el periodo abril – julio del año 2013.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres argentinas mayores de 18 años, que hayan recibido la encuesta y que acepten participar. No hubo criterios de exclusión. El único criterio de eliminación fue: encuestas incompletas.

Para el análisis de los datos, se confeccionaron planillas con los datos relevados durante la investigación que se cargaron en una base específicamente diseñada y luego exportados a un software estadístico SPSS para el análisis de los mismos.

Se calcularon medidas de resumen (centralización y dispersión) para analizar las variables numéricas discretas, así como medidas de frecuencia (proporción) para evaluar tanto las variables nominales como las numéricas. Se estimaron proporciones y medidas de frecuencia con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %).

El presente estudio fue evaluado y aprobado por un comité de ética local, estableciendo riesgo ético nulo, dado el anonimato de las encuestas y la plena libertad de contestar la encuesta en tanto metodología bola de nieve.

RESULTADOS

De 165 encuestas completadas, se eliminaron 4 porque no cumplían los criterios de inclusión (1 hombre, 3 mujeres cuya residencia no es Argentina). En número de encuestas analizadas fue de 161.

Caracterización de la población

La población que contestó la encuesta presentó una media de edad de 29,26 años (IC 95 % 1,39). Otras características de la población encuestada en encuentran en la Tabla 1

Tabla 1. Características de la población encuestada (n=161)

Variable	
Edad	Media 29,26 (IC 1,39 95 %) Mediana 26 Moda 23
Ciudad de residencia	Ciudad capital de provincia o país: 79 (49,1 %) Ciudad no capital: 82 (50,9 %)
Nivel educativo alcanzado	Secundario: 25 (15,5 %) Terciario: 46 (28,6 %) Universitario: 80 (49,7 %) Postgrado: 10 (6,2 %)
Orientación sexual	Bisexual: 65 (40,1 %) Homosexual: 96 (59,6 %)

Descripción de los resultados

Atención médica

El 97,5 % (n=161) de las mujeres asistió alguna vez a un médico, de las cuales el 62,4 % (n=157) de las mujeres refieren tener médico de cabecera.

De todas las mujeres que han asistido al médico, éste no les preguntó sobre su orientación sexual en el 82,8 % (n=157). A las mujeres a las cuales el médico les preguntó, el 92,6 % dijo su verdadera orientación sexual (n=157). Y de aquellas que no les preguntó, el 43,1 % (n= 130) lo manifestó espontáneamente.

En ésta población estudiada, el 93,63 % (n=157) de las encuestadas no recibió información del médico sobre ETS de exclusivo contagio en relaciones sexuales entre mujeres.

El 81,1 % (n=157) de las mujeres que asistieron alguna vez a una consulta médica, sienten que el médico no tiene prejuicio acerca de su orientación sexual.

Percepción de riesgo de ETS y realización de exámenes de rastreo

De las prácticas preventivas que se recomiendan a la población femenina, el 68,8 % (n=157) de las mujeres encuestadas se realizó alguna vez un Papanicolau (PAP), y el 83,3 % (n=108) fue en los últimos 3 años. Respecto al rastreo de las ETS, sobre todas las mujeres encuestadas (n=161), el 61,5 % se realizó algún estudio para ETS, de las cuales el 61,6 % (n=99) se lo realizó por iniciativa propia, siendo solo el 28,3 % por solicitud médica.

Cuando se preguntó sobre la percepción del riesgo a las encuestadas, el 83,8 % (n=161) percibe poco/nada de riesgo respecto a contraer una ETS. Más aun, el 61,5 % (n=161) percibe que tiene el mismo riesgo de contraer una ETS que las mujeres heterosexuales.

Métodos de protección de ETS

Respecto a los datos que surgen en cuanto a medidas preventivas específicas, la mitad de las mujeres (48,4 % n=161) no conocen los métodos de protección de ETS de uso en relaciones sexuales entre mujeres. Aquellas que los conocen (51,6 %) obtuvieron dicha información a partir de múltiples fuentes, de ellas, la web y las amigas representaron el 58,4 %. Las que los conocían refirieron no utilizar dichos métodos de protección en un 77,5 % (n=83). Los motivos por los cuales no lo hicieron fueron: tener una pareja estable (39,7 %), la incomodidad (23,3 %), y que no se consiga (17,8 %).

Aquellas mujeres que refieren haber tenido relaciones con varones en los últimos 3 años (60,2 % del total de las encuestadas), no usaron preservativo el 40,6 % (n=26) de los encuentros sexuales, el cual es otro de los métodos de protección de ETS.

DISCUSIÓN

La población estudiada en este trabajo presenta características particulares, dado que la encuesta se dio a conocer por medio de internet por lo que puede haber inducido un sesgo de selección, se supone que al tener acceso a la red probablemente tiene un mayor ingreso y escolaridad y pertenece

a un estrato socioeconómico que no es representativo de la población general. De hecho, según la Tabla 1, más del 84 % de las encuestadas están realizando estudios terciarios o universitarios.

Casi todas las encuestadas accedieron a atención médica, y en discordancia con otros estudios, no manifiestan, en su gran mayoría, percibir prejuicio por parte del médico. Sin embargo, se evidencia que muchas MSM preveen 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 (4).

Según nuestra investigación, podemos afirmar que la pregunta del médico sobre la práctica sexual es necesaria 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. Refuerza esta hipótesis que las MSM perciben que el médico no tiene prejuicios, como explicitamos en párrafos anteriores.

En un estudio realizado en Brasil, donde se encuestaron 145 mujeres (26), casi la mitad de las mujeres no reveló que tuvieran relaciones sexuales con otras mujeres a sus médicos. De este grupo, casi todas ellas dijeron que omiten la información porque sentían cierta incomodidad causada por el profesional de la salud durante la visita. Una de las actitudes mencionadas fue el uso de términos que presupone la heterosexualidad, tales como: “de su pareja” (declinación masculina en portugués), “uso de condones”, “anticonceptivo”, lo que inhibe cualquier iniciativa del paciente a revelar su orientación sexual.

En nuestro estudio, más del 80 % de los médicos no indagaron sobre la elección sexual de sus pacientes. Se considera que hay dos razones predominantes para el bajo nivel de pregunta sobre sexualidad entre los médicos hacia el grupo de MSM, una relacionada al heterosexismo y la otra, al pobre conocimiento sobre la temática (27).

Un informe en Estados Unidos (28), posterior a una entrevista realizada a MSM, la mayoría consideró que la actitud del profesional era “natural” una vez que se manifestaba la condición de MSM, aunque reveló posteriormente que el profesional no proporcionó orientación sobre el tema, explicando que la forma en que se llevó a cabo la cita simplemente continuó como se venía desarrollando. Lo que llama la atención es el hecho de que más de una cuarta parte de las mujeres informó que los profesionales comenzaron a atenderlas con mayor rapidez después de la revelación de

su orientación sexual, y que los profesionales no pudieron examinarlas o solicitar pruebas que parecían necesarias para la mujeres. Estos hallazgos sugieren los profesionales no están preparados, o incluso entre algunos les resulta estigmatizante asistir a MSM (18). En nuestra investigación, este dato es similar, dado que encontramos que casi el 100 % de los médicos no realiza intervenciones sobre prevención de ETS entre mujeres.

Una dimensión explicativa para éste fenómeno es que gran parte de las carreras de medicina no integran el tema de la homosexualidad y sus necesidades clínicas específicas en la curricula. Por esta razón, 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 orientación sexual (29).

Se ha encontrado que las MSM fueron significativamente menos propensas que otras mujeres de recibir una indicación de PAP en los últimos 3 años (66 vs 88 %, $p < 0,0001$) y de haber tenido una mamografía en los últimos 2 años (53 vs 73 %, $p = 0,0009$). También fueron menos propensas a tener cobertura de salud (80 vs 86 %, $p = 0,03$) y de tener un médico de cabecera (70 vs 79 %, $p = 0,007$) (20). Otros estudios (4,30-32) también indican que en las MSM se rastrea el CCU de una manera menos frecuente que las heterosexuales, son más propensas de no recibir un examen pélvico, y de tener su primer PAP a una edad avanzada.

Presupuestos sobre el bajo riesgo de adquisición del VPH en parejas femeninas pueden colocar las MSM en riesgo para la detección tardía del CCU por no recibir el PAP o hacerlo de manera menos frecuente (4). En nuestro estudio, un alto porcentaje de mujeres se realizaron un PAP en los últimos 3 años, aunque respecto del rastreo de ETS, de las que se lo realizaron, solo el 28 % fue por indicación médica.

Las mujeres que reportan relaciones sexuales con mujeres y hombres son significativamente más propensas de percibirse con “mucho” o “bastante” riesgo de VIH en relación a las mujeres que informan relaciones sexuales exclusivamente con las mujeres (11,1 %; 2,4 % y 0,0 %, respectivamente, $p < 0,001$) (5).

La prevalencia de las ETS entre MSM es equivalente a la de las mujeres heterosexuales y parece ser mayor en algunos subgrupos. Una serie de estudios poblacionales y clínicos han demostrado tasas de vida de auto-re-

porte de enfermedades de transmisión sexual entre MSM equivalentes a las de otras mujeres, que son entre 10 y 20 % (27).

La historia de relaciones sexuales con hombres para las MSM que asisten a consultas por ETS parece ser más del 90 %. Además los niveles de comportamientos de protección por MSM durante la actividad sexual con un hombre pueden ser inferiores a los niveles entre las mujeres heterosexuales (27). De hecho en nuestro estudio, más del 60 % refiere haber tenido relaciones sexuales con un hombre en los últimos 3 años, no habiendo usado protección en un 40 %.

En un estudio de 504 mujeres lesbianas y bisexuales auto-identificadas (16), el 84 % no percibe ningún riesgo de infecciones de transmisión sexual en el año anterior y el 61 % cree que no tuvieron riesgo en toda su vida, similar a lo encontrado en nuestra investigación. Sólo el 7 % había utilizado alguna vez las presas de látex o guantes durante el sexo y sólo el 21 % había sugerido el uso de protección a sus parejas sexuales, aunque el 26 % informó un diagnóstico previo de ETS. En cambio, aquí la mitad de las mujeres no conoce los métodos de protección, y de las que los conocen, más del 70 % no los usa.

Un estudio reporta que casi nunca había uso de condones o cualquier otro método de barrera de protección para la práctica de sexo oral entre mujeres. Las razones mencionadas fueron que estas mujeres no ven ninguna necesidad de ello, no tenían información al respecto, o tenían un exceso de confianza en sus parejas sexuales (29).

Se ha encontrado que tener más de una pareja femenina en los últimos 3 meses, el uso compartido de juguetes sexuales vaginales, tener una pareja con Vaginitis Bacteriana (VB), y el uso de lubricante vaginal aumenta el riesgo del diagnóstico de la VB. La VB se asocia con prácticas que transmiten de manera eficiente el flujo vaginal y con el uso de lubricante vaginal. Es importante destacar que no hay informe de otras prácticas sexuales específicas con parejas femeninas, y ninguna con parejas masculinas, se asoció con VB (15).

Las instituciones del ámbito de la salud funcionan, de modo general, bajo una lógica de atención basada en características particulares que provienen fundamentalmente del modelo médico. Éste implica una organización del trabajo estructurado a partir de una concepción biológicamente funcionalista de los sujetos, la cual da como resultado intervenciones basadas en procedimientos y sistemáticamente normalizadas respecto a la atención.

Este modelo se denomina Médico Hegemónico (33), el cual está legitimado socialmente, que inscribe y establece las formas de atención, los modos en que se desarrolla, y los abordajes sobre los sujetos-pacientes. Desde su posición dominante en las instituciones del ámbito de la salud, este modelo de organización define y discrimina a quien se atiende, a cuantos, de qué manera y bajo qué criterios en términos de salud y enfermedad.

Desde éste sitio de poder, el médico, o en todo caso, la profesión médica, define la sexualidad en términos de normal o patológica, más allá de las definiciones taxonómicas, basadas únicamente en criterios biológicos. Una muestra de ello, y también un ejemplo de la arbitrariedad con la que se construyen los criterios de normalidad, lo constituye la homosexualidad: la misma, era considerada una patología psiquiátrica por la American Psychiatric Association, hasta 1973, que se excluyó de los Manuales de Clasificación y Diagnóstico de Enfermedades Mentales. La formación de los médicos no es ajena a los principios que pregonan la profesión médica.

Los resultados de la investigación permiten identificar la baja percepción de las MSM sobre las ETS, y la dificultad del abordaje de los profesionales de la salud en torno a esta temática. El presente trabajo permite generar nuevas hipótesis que permitan elaborar estrategias en los sistemas de atención sobre la problemática, dado que existen escasas investigaciones en éste campo.

La integración de estos temas en las curriculas de medicina, y de otras profesiones relacionadas con la salud, son fundamentales para la atención y cuidado de la población. Hay una necesidad de más información para los profesionales sobre la importancia de la prevención del CCU en MSM. La asistencia ginecológica y de rutina para las MSM no debe diferir de lo que se recomienda para las mujeres heterosexuales, incluida la orientación y la toma de los métodos de prevención disponibles (34).

Agradecimientos: Las personas, agrupaciones y organizaciones que compartieron el link de la encuesta y a las personas que las completaron.

Financiación: La presente investigación se realizó por medio de una beca interna de investigación de la Universidad Nacional del Sur (Becas de Introducción a la Investigación para alumnos avanzados de la Universidad Nacional del Sur).

Conflicto de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Granados Cosme JA. Medicina y homosexualidad: prácticas sociales en tensión. *Cuicuilco*. 2006;13(36):293-319.
2. McNair R. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust*. 2003;178(12) 643-645.
3. Vasco Uribe A. Estructura y Proceso en la Conceptualización de le Enfermedad Taller Latinoamericano de Medicina Social; mayo 1987; Medellín, Colombia. Medellín: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1987. [Internet]. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/vasco_uribe_estructura_proceso_conceptualizacion_enfermedad.pdf. Consultado julio 2014.
4. Marrazo JM. Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians. *Emerging Infectious Diseases*. 2004;10(11):1975-1978.
5. Mercer C. Women Who Report Having Sex With Women: British National Probability Data on Prevalence, Sexual Behaviors, and Health Outcomes. *Am J Public Health*. 2007;97(6):1126-1133.
6. Bleck D, Gates G, Sanders S, Taylor L. Demographics of the Gay and Lesbian Population in the United States: Evidence From Systematic Data Sources. *Demography*. 2000;37(2):139-154.
7. Ellis L, Robb B, Burke D. Sexual Orientation in United States and Canadian College Students. *Archives of Sexual Behavior*. 2005;34(5):569-581.
8. Laumann O, Gagnon JH, Michael RT, Michael S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Prus; 1994.
9. Aaron DJ, Chang YF, Markovic N, LaPorte RE. Estimating the lesbian population: a capture-recapture approach. *J Epidemiol Commun Health*. 2003;57(3):207-209.
10. Dean L et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*. 2000;4(3):102-151.
11. Bauer GR, Welles S. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1282-1286.
12. Marrazo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(3):770-774.
13. Marrazzo J, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91(6):947-52.
14. Berger BJ, Kolton S, Zenilman JM, Cummings MC, Feldman J, McCormack WM. Bacterial vaginosis in lesbians: a sexually transmitted disease. *Clin Infect Dis*. 1995;21(6):1402-5.
15. Marrazzo JM, Thomas K, Agnew K, Ringwood K. Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women. *Sex Transm Dis*. 2010;37(5):335-339.
16. Morrow KM, Allsworth JE. Sexual risk in lesbians and bisexual women. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2000;4(4):159-65.
17. Kellock D, O'Mahony C. Sexually acquired metronidazole-resistant trichomoniasis in a lesbian couple. *Genitourin Med*. 1996;72(1):60-1.
18. Zunt JR, Dezzutti CS, Montano SM, Thomas KK, Alarcón JO, Quijano E, Courtois BN, Sánchez JL, Campos P, Gotuzzo E, Guenther PC, Lal RB, Holmes KK. Cervical shedding of human T cell lymphotropic virus type I is associated with cervicitis. *J Infect Dis*. 2002;186(11):1669-72.
19. Bailey J, Benato R, Owen C, Kavanagh J. Vulvovaginal Candidiasis in Women Who Have Sex With Women. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35(6):533-536.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Recommendations and Reports August 4, 2006 / Vol. 55 / No. RR-11.

21. Stevens P. Lesbian health care research: a review of the literature from 1970 to 1990. *Health Care Women Int.* 1992;13(2):91-120.
22. Durnell K. Gynecologic Health care for sexual and gender minorities. En: Durnell K, Lukis F. *Women's Gynecologic Health*. Burlington: Jones & Barlett Learnings; 2011.
23. Ibbitson M. Out of the sauna: sexual health promotion with "off street" sex workers. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(12):903-4.
24. Clutterbuck D, Flowers P, Barber T, Wilson H, Nelson M, Hedge B, Kapp S, Fakoya A, Sullivan AK. UK national guideline on safer sex advice. *Int J STD AIDS.* 2012;23(6):381-8.
25. Niccolai LM, Rowhani-Rahbar A, Jenkins H, Green S, Dunne DW. Condom effectiveness for prevention of Chlamydia trachomatis infection. *Sex Transm Infect.* 2005;81(4):323-5.
26. Araújo M, Galvão M, Saraiva M, Albuquerque A. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery.* 2006;10(2):323-327.
27. McNair R. Risks and prevention of sexually transmitted infections among woman who have sex with woman. *Sex Health.* 2005;2(4):209-17
28. Xu F, Sternberg M, Markowitz L. Women Who Have Sex With Women in The United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection. *Sex Transm Dis.* 2010;37(7):407-13.
29. Monteiro Pinto V, Vono Tancredi M, Tancredi Neto A, Buchalla C. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS.* 2005;19(suppl 4):s64-s69.
30. Aaron D. Behavioral Risk Factors for Disease and Preventive Health Practices Among Lesbians. *Am J Public Health.* 2001;91(6):972-975.
31. Cochran SD, Mays VM, Borlen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health.* 2001;91(4):591-597.
32. Roberts S, Sorenson L. Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results from the Boston Lesbian Health Project. *Women's Health.* 2004;39(4):41-55.
33. Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 30 abr - 7 may 1988; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1989. [Internet]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a14.pdf>. Consultado julio 2014.
34. Kerker BD. Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity. *J Urban Health.* 2006;83(5):970-979.