



Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT

(Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)





Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT

(Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)



Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT
(Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas) Colombia Diversa – Marina Bernal – Bogotá:
Colombia Diversa, 2010.

La presente edición, 2010

© Colombia Diversa
Calle 30^a No. 6-22 Of. 1102
Bogotá, Colombia
Tel.: 57 1 4831237
info@colombiadiversa.org
www.colombiadiversa.org

Textos e investigación: Marina Bernal
marina.bernal.consultora@gmail.com

Edición: Colombia Diversa
Diseño de portada y armada electrónica
Iván Onatra
Impresión
Visión gráfica
Impreso en Colombia-Printed in Colombia
Esta publicación fue realizada gracias al apoyo financiero de la Oficina de Política Social de la Gobernación del Cesar, pero el contenido no necesariamente expresa su opinión.

Todos los derechos reservados. Apartes de los textos pueden utilizarse citando la fuente.
La reproducción total o parcial debe hacerse con autorización previa de los dueños del copyright.



Índice

Presentación	08
Introducción.....	09
La salud como un derecho	02
¿Qué es la salud?	10
Barreras de acceso a la salud como derecho	11
¿Qué es la orientación sexual?	12
¿Qué es la identidad de género?	12
¿QUÉ ES LGBT?	13
¿Qué barreras existen para las personas LGBT en el acceso a la salud en Colombia?	15
Trato igual vs. Trato diferente:	
¿cómo debo tratar a una persona LGBT?	17
¿Cuáles son los modelos de atención que prevalecen en la provisión de servicios de salud para personas LGBT?	18
Modelos de atención NO afirmativos:	
Neutralidad – evitación- segregación – “exotización”	19
¿Cómo debe ser un modelo afirmativo de atención y provisión de servicios para personas LGBT?.....	21
¿Cómo debo proceder frente a una persona usuaria LGBT o que percibo puede tener una orientación sexual o identidad de género no mayoritaria?	23
Aspectos clave para el bienestar y la salud de las personas LGBT	25
Aspectos generales	25
• Consumo de Alcohol, tabaco y substancias adictivas	
• Violencia intrafamiliar	
• Adolescentes y Jóvenes LGBT	
• Adultos/as mayores LGBT	
• Adopción, paternidad, maternidad y reproducción asistida	

Aspectos específicos	29
Salud de mujeres lesbianas y bisexuales.....	30
• Problemas asociados a los/as prestadores de servicios de salud	
• Problemas asociados con la conducta y percepción que las lesbianas tienen de los servicios de salud	
• Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en contraste con las mujeres heterosexuales	
Salud de hombres gay y bisexuales.....	33
• Problemas asociados a las y los prestadores de servicios de salud	
• Problemas asociados con la conducta y percepción que los gay tienen de los servicios de salud	
• Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en contraste con los hombres heterosexuales	
Salud de las personas Trans.....	36
• Problemas asociados a las y los prestadores de servicios de salud	
• Problemas asociados con la conducta y percepción que las personas trans tienen de los servicios de salud	
• Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en personas transexuales.	
Bibliografía consultada Recursos.....	43
Anexos	47
Marco Normativo	47
Legislación Internacional	47
Principios Constitucionales	49
Relación de sentencias de la corte constitucional colombiana que han considerado los derechos de las personas LGBT y las parejas del mismo sexo	51
Glosario	53

Presentación

Esta cartilla tipo Guía para atender de manera respetuosa a las personas LGBT se constituye en una publicación de profundo sentido pedagógico, igualitario y responsable en la construcción de un territorio más incluyente, igualitario, equitativo y solidario en términos de convivencia, paz y respeto por la diversidad.

Ha sido una decisión de mi gobierno fomentar el respeto por la diferencia pues en la diversidad se tipifica buena parte de la riqueza socio-cultural de nuestra región y así mismo el sentido democrático de una sociedad que empieza a fortalecer su tejido humano.

El proyecto “Comunicación para la Inclusión de la Diversidad en el Departamento del Cesar” es un manifiesto de la madurez cesarense para aceptar y practicar el profundo respeto por y desde la diferencia, máxime en temas de salud y pertinente a la integridad física y moral de las personas.

Somos un país diverso y nuestra región es una muestra viva de esta condición, por eso nuestra política de gobierno centrada en un CESAR AL ALCANCE DE TODOS, garantiza la participación, la inclusión y la decisión social como una oportunidad cierta para que todos los sectores de la sociedad cesarense se sientan parte del nuevo destino de esta tierra llena contrastes y rica en oportunidades.

8

Los invito a que aprovechen todo el contenido de esta cartilla como una posibilidad didáctica de acercarse a la realidad de una región diversa en su mapa humano y así, enriquecer nuestra visión frente a nuestras diferencias que finalmente son el motivo que más nos acerca.

Que esta publicación centrada en dinámicas pedagógicas para enfrentar la homo-fobia, sea un excelente motivo para empezar a entender, reflexionar y proponer una mirada más democrática e incluyente frente a un entorno social tan rico en su conceptualización, tanto como en sus diversas manifestaciones de vida.

Buen provecho con esta lectura y manos a la obra para que la equidad y la diversidad sean los motores principales de esa nave de la inclusión cesarense donde sin duda, cabemos y siempre cabremos todas y todos. Un abrazo respetuoso de equidad y diversidad,

CRISTIAN HERNANDO MORENO PANEZO
Gobernador departamento del Cesar

Introducción

Este material se desarrolla en el marco del Convenio No. 210 de 2009 “Comunicación para la inclusión y el respeto por la diversidad en el departamento del Cesar” suscrito entre la Gobernación del Cesar y la Organización Colombia Diversa.

Esta iniciativa responde a una necesidad sentida e identificada, de contar con un material informativo sencillo y accesible, sobre aspectos importantes a considerar en la provisión de servicios afirmativos de salud para Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT), o hacia personas que son percibidas como tales. Está dirigido a servidoras/es públicos/as y a funcionarias/os y personal que presta este tipo de servicios.

La cartilla presenta los obstáculos, limitaciones y barreras que las personas LGBT enfrentan con relación al derecho a la salud, y así mismo, brinda recomendaciones, herramientas y pautas de atención para apoyar el desempeño con calidad del personal que brinda servicios de salud desde una perspectiva de respeto por los derechos humanos sin discriminación alguna.

Esta es la primera cartilla/guía sobre asuntos de salud/enfermedad y derechos humanos de personas LGBT que se hace para prestadores de servicios de salud en Colombia. En ese sentido, entendemos que es una primera aproximación al tema y deseamos que se convierta no sólo en un material de consulta y trabajo, sino en una referencia que pueda ser complementada, discutida, mejorada desde la experiencia tanto del personal de salud y sus instituciones, como por lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas a partir de sus experiencias concretas con el sistema de salud en Colombia.

Sugerimos usarla como parte de materiales pedagógicos en diferentes estrategias de formación de personal de salud.

La salud como un derecho

¿Qué es la salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define **la salud** como “el estado de bienestar completo (físico, psíquico y social)”, y **no solamente como la ausencia de enfermedad**¹.

Establece que la salud² es el resultado de los cuidados que la persona se dispensa a sí misma y a las demás, y su **capacidad de tomar decisiones y tener el control sobre su propia vida**. También, este concepto implica que la sociedad pueda asegurar que todas las personas tengan la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Esta noción de salud se enmarca en un contexto de paz, de justicia social, de equidad y de la necesidad de un entorno saludable, haciendo hincapié en la prevención.

El estado de salud es el resultado de una construcción tanto individual como comunitaria, en la que, de manera interdependiente, están implicados múltiples factores:

- Los factores asociados a la atención sanitaria que incluyen la cantidad, gratuidad y acceso a los servicios sanitarios, así como la calidad y calidez de los servicios que el personal de salud provee. Así mismo, los **factores de orden socio-medio-ambiental, que incluyen la presión sociocultural, y que son factores externos al propio individuo.**
- Los factores de orden biológico, ligados a la genética y el envejecimiento celular del organismo, y aquellos ligados al estilo de vida de la persona, a las decisiones, conductas, hábitos y actitudes de la persona, con respecto a su salud. Estos son factores que dependen del individuo, pero que están influidos y afectados por los factores de orden externo³.

¹Organización Mundial de la Salud (1998) "Promoción de la Salud. Glosario". En: www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_sp.pdf Acceso el 17 de febrero de 2010.

²En la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986.

³Talavera, M. "El concepto de salud, definición y evolución" en: www.unal.edu.co/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc Acceso 15 de febrero de 2010. Organización Mundial de la Salud (1998) "Promoción de la Salud. Glosario". En: www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_sp.pdf Acceso 17 de febrero de 2010

Barreras de acceso a la salud como derecho

El estado colombiano reconoce en el artículo 48 de la Constitución, a la salud como un derecho inalienable y fundamental para todas las personas. Para su implementación ha establecido diversos mecanismos y normativas. A través de la Ley 100 establece dos regímenes de aseguramiento: el contributivo y el subsidiado.

No obstante, no todas las personas tienen igual grado de acceso a los servicios de salud, y estar registrado en una EPS por cualquiera de los dos sistemas, no garantiza que se haga efectivo este derecho.

Para hacer plenamente efectivo el derecho a la salud, es necesario desarrollar en los servicios universales, una atención diferencial que reconozca la enorme diversidad de condicionantes sociales y dimensiones tanto externas como internas al sistema de salud, que generan distintas formas de exclusión y que se constituyen en infranqueables barreras de acceso para muchas personas.

Entre las barreras de acceso a la salud más frecuentemente identificadas se encuentran la económica, la geográfica, la laboral, la étnico-racial y la de género. No obstante, y aunadas a las anteriores, la orientación sexual y la identidad de género, pueden constituirse en serios obstáculos para acceder y gozar de servicios de salud confiables, eficientes, cálidos, amigables y humanos.



¿Qué es la orientación sexual?

La orientación sexual se refiere a los deseos sexuales o eróticos de una persona hacia otra y se determina a partir de contrastar el sexo del sujeto con el de la persona deseada.

La orientación sexual puede ser considerada sólo una práctica para algunas personas mientras que para otras puede ser considerada parte central de su identidad.

Las orientaciones sexuales se clasifican como:

- Heterosexual (persona que siente **atracción** hacia el sexo opuesto)
- Homosexual (persona que siente atracción hacia el mismo sexo) Si es mujer se le denomina lesbiana y si es hombre se le llame comúnmente gay
- Bisexual (que siente atracción hacia ambos sexos)

¿Qué es la identidad de género?

12

El género es una construcción cultural de un conjunto de valores, caracteres, creencias y actitudes que se adjudican o asocian a mujeres y hombres en relación a lo femenino y lo masculino.

La identidad de género es el sentido íntimo de una persona, de ser un hombre, una mujer, masculino, femenino, algo intermedio o algún otro. A las personas que viven en un género diferente del asignado al nacer, habiendo o no recurrido a cirugías y/u hormonas se les denomina transgénero o trans.

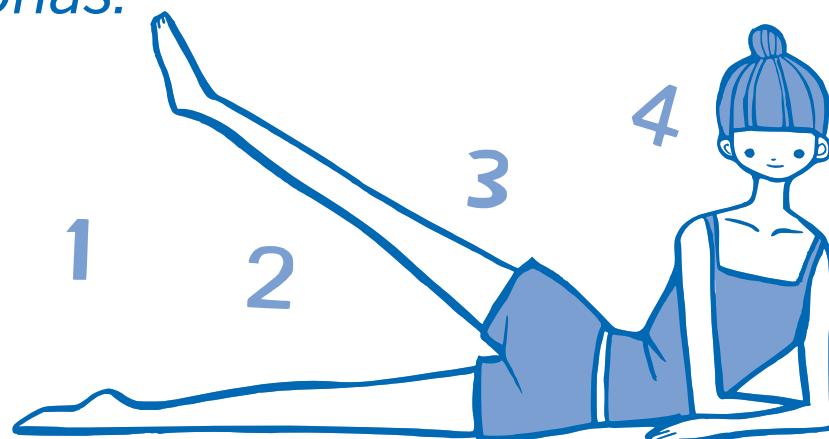
La palabra trans se ha difundido como término sombrilla para referirse a todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género (travestis, transgénero, transexuales y transgeneristas).

¿Qué es LGBT?

Cuando se habla de personas, sectores o población LGBT, usualmente se hace referencia a las siglas de las palabras Lesbianas, Gay, Bisexuales y Trans que alude como un conjunto a un sector social amplio y diverso de personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual o con identidades de género que no se ajustan a las que se consideran como más comunes o mayoritarias.

Se calcula que las personas lesbianas, gay, bisexuales y trans no son una minoría tan pequeña como se podría pensar, de hecho se calcula que conforman entre un 6 y un 10% de toda la población en el planeta.

*En Colombia esto equivale
a más de 4 millones de
personas.*



Esto nos lleva a pensar en varios asuntos sobre la población que asiste a los servicios de salud que proveemos:

- Puede ser que en un porcentaje importante las personas que atendemos diariamente NO sean heterosexuales.
- Los cuerpos que percibimos a simple vista como femeninos o masculinos puede que NO correspondan necesariamente con personas que se identifiquen como hombres o como mujeres. Es decir, puede tratarse de personas trans o con experiencias de tránsito en el género.
- Las características de las personas pueden variar así como la forma en que éstas se identifican respecto a su sexualidad y género a lo largo de su vida, pero sus prácticas (entre las que se encuentran las prácticas sexuales), conllevan implicaciones de orden sanitario, que como personal de salud debemos tomar en cuenta para emitir un buen diagnóstico y tratamiento.



¿Qué barreras existen para las personas LGBT en el acceso a la salud en Colombia?

Durante la última década se han dado importantes avances en la identificación del prejuicio, el estigma y la discriminación basados en la orientación sexual y la identidad y la expresión de género. No obstante, las personas LGBT han enfrentado, a través de la historia y en su cotidianidad, diferentes formas de discriminación y tratos inequitativos y desiguales, en todos los niveles y en todos los ámbitos sociales tanto de orden personal como institucional. El ámbito de la salud no es la excepción.

En los servicios de salud y en todos los momentos de la atención, día a día se cometen diversos actos u omisiones que van desde sutiles hasta brutales expresiones de discriminación, violencia, odio y exclusión, que en muchas ocasiones devienen en daños que ponen en riesgo o acaban con la vida de las personas LGBT.

Un ejemplo de esta situación se observa en el régimen contributivo, a pesar de que en octubre de 2007, la Corte Constitucional falló a favor de una demanda de inconstitucionalidad, interpuesta contra la Ley 100 de 1994, y señaló que **las parejas del mismo sexo tienen el mismo derecho que las parejas heterosexuales, a que el integrante que cotice al Sistema General de Seguridad Social en Salud, registre a la pareja como beneficiaria de los servicios⁴.**

Para poder acogerse a este derecho, las parejas del mismo sexo tienen que vencer los siguientes **obstáculos:**

- Lidiar con una infinidad de barreras sociales y culturales para que su unión sea reconocida como tal y por tanto, en algunos casos lidiar con implicaciones tanto a nivel familiar, como laborales y económicas.
- Aún cuando la pareja consiga rebasar todos estos obstáculos, las y los hijos de estas parejas enfrentan serias dificultades para poder ser registrados, pues en Colombia aún no se reconoce el derecho a la adopción, de las parejas del mismo sexo.

Por su parte, en el régimen subsidiado también existen múltiples barreras. Se supone que en este régimen, tiene cabida la población pobre y vulnerable que no cuenta con un ingreso económico que le permita cotizar al sistema. A esta población se le identifica mediante la aplicación de la Encuesta SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales).

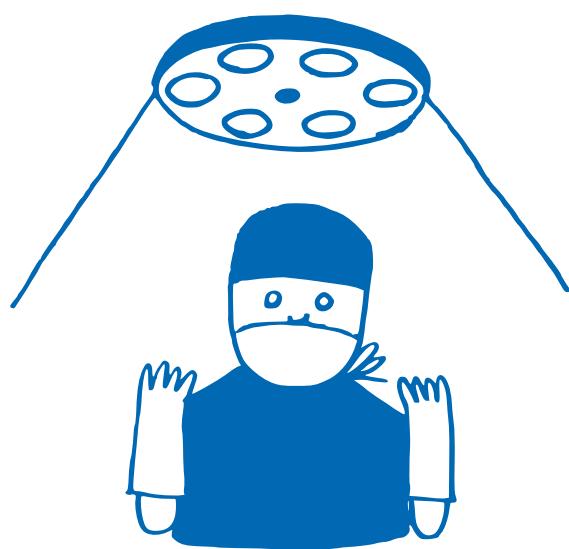
No obstante, entre quienes habitan la calle, existen muchas personas homosexuales y trans. Generalmente, ellas han enfrentado la presión social y situaciones de abuso, amenaza y violencia en sus familias y comunidades y, de esta manera, han sido obligadas a huir y a refugiarse en las grandes ciudades. En muchos casos, estas personas son obligadas a convertirse en habitantes de la calle.

La orientación sexual y la identidad de género no son reconocidas por el SISBEN como condiciones que colocan a la población en alta situación de vulnerabilidad, por lo cual, existe un gran subregistro de esta situación. Sin embargo esto ha sido ampliamente documentado en investigaciones realizadas en todo el mundo. Las personas en situación de calle que mayor vulnerabilidad enfrentan, son las personas jóvenes LGBT y las personas ancianas trans.

Garantizar el derecho a la salud en un estado garantista de derechos como lo es Colombia, no implica tan sólo velar por el acceso a los servicios. **Conlleva además garantizar la calidad y calidez de los servicios provistos en el marco de los derechos humanos. Pues de no hacerlo, derivaría en la violación de una serie de derechos fundamentales como son el derecho a la vida, al respeto a la dignidad e integridad personal y al libre desarrollo de la personalidad, consagrados por la Constitución.**

⁴ Para mayor información consulte www.comohacemos.com

Trato igual vs. Trato diferente: ¿Cómo debo tratar a una persona LGBT?



¿Como me siento cuando no tengo certeza del sexo de una persona a la que atiendo. Ya sea porque no puedo deducirlo a partir de su apariencia o por su nombre?

¿Qué diferencia de trato y atención considero que debo tener con una persona de orientación sexual distinta o que tiene una identidad de género que no corresponde con el sexo biológico reportado en su historia clínica?

¿Qué sentimientos me despierta una persona lesbiana, gay, bisexual o trans?

- ¿Me resulta incómoda, me molesta, me enoja?
- ¿Me da miedo, curiosidad, o desconfianza?
- Tal vez me resulta divertida o acaso,
¿me produzca rechazo o incluso asco?

¿Cuáles son los modelos de atención que prevalecen en la provisión de servicios de salud para personas LGBT?

A partir de la experiencia de trabajo con diferentes tipos de funcionarios y funcionarias y personas que proveen servicios de salud a lesbianas, gay, bisexuales y trans, es posible identificar con bastante precisión cierto tipo de posiciones o actitudes hacia estas personas o hacia aquellas que son percibidas como tales. **Son actitudes discriminatorias, excluyentes y violatorias del derecho de todas las personas a gozar de la salud y que configuran lo que se denomina “modelos no afirmativos de atención a la salud”.**

Un modelo de atención a la salud puede entenderse como una construcción de un sistema organizado de prácticas e ideas (susceptible de ser replicado) y que cuenta con grados diversos de consenso social para su implementación, validando determinadas prácticas y descartando otras a partir de determinados criterios.

Un modelo de atención a la salud puede sustentarse en una serie de prácticas o ideas excluyentes o discriminatorias y en prejuicios con cierto grado de consenso social, contra los derechos fundamentales de las personas. Por el contrario, también pueden estar sustentados en prácticas e ideas incluyentes, respetuosas de los derechos humanos universales, que celebran la diversidad humana.

A continuación se verán con detalle los modelos de atención no afirmativos. En ellos se pueden identificar las concepciones que prevalecen sobre las personas lesbianas gay bisexuales y trans, y sobre sus derechos y los valores y supuestos que se establecen como principios orientativos y explicativos de los procesos de salud – enfermedad, atención, cura y estilos de vida de las personas LGBT.

Estas concepciones y principios - muchas veces no conscientes y cuyas implicaciones no han sido analizadas-, sustentan y legitiman decisiones sobre el cuerpo y la salud de las personas identificadas como LGBT, que en muchos casos no son explicitados ni analizados, y por tanto se implementan de manera irreflexiva generando severos impactos en la vida y la salud de las personas.

⁵ En el marco del proyecto de formación para personal que brinda servicios de salud realizado en convenio con la gobernación el Cesar y Colombia Diversa en febrero de 2010, se aplicaron cuestionarios a todas las personas que participaron de los talleres en los municipios de Bosconia, San Alberto, Curumaní, Aguachica, La Jagua de Ibirico, Codazzi. Las respuestas fueron recuperadas para elaborar este apartado.

Modelos de atención NO afirmativos: Neutralidad – evitación- segregación – “exotización”

El modelo de la “**neutralidad**” parte de considerar que la orientación sexual y la identidad de género de las personas son datos irrelevantes en la provisión de servicios de salud, y que no generan ningún tipo de reacción ni emocional ni actitudinal en quien atiende. Se considera que son una dimensión de la vida personal y sexual que no necesita conocerse para la prestación del servicio.

Este modelo identifica a las personas LGBT como personas **iguales** a las demás, que merecen un servicio de salud **idéntico** al que recibe cualquier otra que acude a solicitar atención. Este modelo de atención se suele referir al trato que se provee como “**el trato normal**”, el que se le brinda a “una persona normal” configurándose de fondo una actitud de indiferencia. Este modelo apela a la **igualdad** en el acceso al derecho a la salud, que tienen todas las personas, pero desdibuja las características particulares y específicas de la persona usuaria, que en muchos casos resultan clave para elaborar una historia clínica adecuada, así como para desarrollar un buen diagnóstico y tratamiento.

El modelo de “**evitación**” es aquel en el que predomina el temor de tratar a la persona consultante, de manera inadecuada, discriminarl a o incomodarla. Por no saber cómo tratarla, cómo nombrarla, cómo abordar temas que según se intuye o se sabe, pueden ser centrales porque resultan clave para la atención y tratamiento del problema de salud que le aqueja a la persona consultante LGBT. En el trato se teme ofender o lastimar a la persona y por tanto se eluden temas o preguntas que lleven a ahondar en la sexualidad.

El modelo de la “**segregación**” parte de identificar a las personas LGBT como personas peligrosas, motivo de desconfianza, “de alto riesgo” como personas y en la mayoría de sus conductas o hábitos. Las personas LGBT son consideradas particularmente frágiles en cuanto a su salud mental y susceptibles de adquirir todo tipo de adicciones.

En el trato, quienes actúan desde este modelo, reconocen en la orientación sexual e identidad de género, no sólo un dato relevante para su tratamiento, sino que a partir de él configuran una serie de supuestos acerca de su vida y su calidad moral como personas. De esta manera, estas personas son tratadas con recelo, desconfianza y prevención y, así mismo, resultan incómodas y generan sentimientos de miedo, enojo y hasta de rechazo.

El modelo de la **"Exotización"** parte de una idea caricaturizada de las personas LGBT, en gran medida influida por las imágenes promovidas por los medios masivos de comunicación. Son consideradas personas excepcionales, alegres, frívolas, raras, curiosas y hasta divertidas. El trato busca en un cierto sentido aligerar el tema de la orientación sexual o identidad de género, tomándolo como broma o motivo de risa, a partir de la suposición de que son personas acostumbradas a ser objeto de burlas o a que su vida sexual o afectiva sea pública o tema abierto de conversación sin tanto pudor.

También existe una serie de supuestos acerca de su vida y el tipo de relaciones que establecen, considerando que predomina la informalidad, la promiscuidad y la falta de compromiso en sus vínculos. Son consideradas como unas personas "sin moral" y proclives a tener sexo sin que medie la afectividad. Se les caracteriza como "artistas", "liberales" o que presumiblemente de manera explícita o no, como trabajadores o trabajadoras sexuales.

Detrás de estos modelos se ubican supuestos, **estereotipos e imaginarios** acerca de las personas que se identifican como LGBT o que son percibidas como tales. Así mismo se configura una serie de principios personales y supuestos saberes, que orientan el trato y aquello que se considera importante o no de indagar en la elaboración de la historia clínica, aquello que se cree importante tomar en cuenta en el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento

Esto sucede porque...

- En muchos casos no existen criterios claros de atención a personas con identidades de género u orientaciones sexuales no mayoritarias.
- Porque se interpreta de manera arbitraria lo que significa el respeto a la privacidad.
- Porque los lineamientos respecto a la provisión de servicios apenas consideran rutas de atención y necesidades específicas para hombres y para mujeres, pero generalmente no están diseñados para tomar en cuenta las implicaciones y necesidades asociadas a la identidad de género y la orientación sexual de las personas.
- Hay un temor generalizado a preguntar pues se teme no saber cómo actuar, reaccionar o responder como profesional de la salud.

¿Cómo debe ser un modelo afirmativo de atención y provisión de servicios para personas LGBT?

- Debe partir de una visión integral de la salud, con una mirada a la atención longitudinal no sólo relativa al proceso de salud-enfermedad, sino a todo el ciclo de vida y en todos los niveles de atención, integrando tanto los aspectos asistenciales como preventivos.
- Debe establecer lineamientos claros para la provisión de servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel, dirigidos a personas lesbianas, gay, bisexuales y trans o con experiencias de tránsito en el género u orientaciones sexuales no mayoritarias: Esto implica reconocer que se trata de una población con problemáticas de salud comunes a toda la población, pero también específicas, que están relacionadas con sus experiencias de vida, hábitos y condiciones sociales particulares y que por tanto requieren de tratamientos diferenciados más no excluyentes, para poder garantizar su acceso real a la salud.
- Debe garantizar la deconstrucción y transformación de los supuestos y prejuicios sociales sobre las personas homosexuales, bisexuales y trans, tanto en el personal que provee los servicios, así como en general en las políticas y normatividad institucionales: Esto se logra dimensionando el impacto que tiene la discriminación y violencia en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas LGBT, tanto a nivel físico, como psicológico y social y en el goce pleno de sus derechos humanos y en los impactos a mediano y largo plazo que esto tiene para el detrimento de la calidad de vida.
- Debe asegurar la protección y respeto a la confidencialidad y privacidad de la información en todos los niveles de atención: no sólo en la atención directa a la persona usuaria sino además, en el manejo que se hace de la información obtenida.
- Debe garantizar que los materiales de registro, divulgación de servicios, información general o temática en todos los niveles de atención (hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud), reconozcan la diversidad sexual y de género y los diferentes tipos de familias que existen: tanto en los textos como en las imágenes que estos contengan.

- Debe promover el establecimiento de relaciones de colaboración y trabajo conjunto con las organizaciones LGBT que existen en la ciudad o país, abriendo canales de intercambio de información, o considerándolos como espacios para referencia de casos que requieran de los servicios o información que estos grupos proveen.
- Debe garantizar la actualización profesional del personal prestador de servicios de salud sobre las problemáticas de salud de las personas LGBT y garantizar que exista personal capacitado para brindar servicios de salud amigables y especializados para personas LGBT en todos los niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Para esto es necesario:

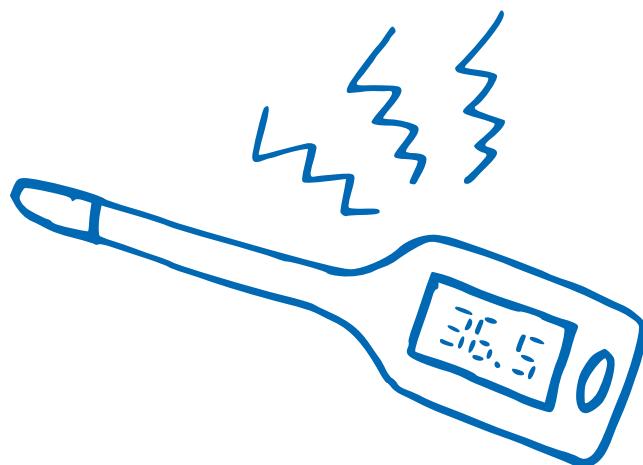
- La creación de programas de formación específicos o que incluyan áreas de formación que aborden esta temática dentro de la carga curricular obligatoria en las carreras de ciencias de la salud, psicología, psiquiatría, enfermería, trabajo social, terapia.
- Establecer criterios de cualificación y evaluación profesional que conlleven la formación en el manejo y atención a personas LGBT y que se reconozcan como criterios de cualificación profesional.
- Que se provean programas de formación continua y especialización profesional para prestadores y prestadoras de servicios de salud en todos los niveles de atención.
- Que se sancione cualquier acto o expresión discriminatoria hacia personas LGBT directas o indirectas, por parte del personal que brinda atención a todos los niveles, dentro del centro de trabajo.
- Que se creen grupos de estudio o discusión dentro de las instituciones de salud para aprender a manejar casos de personas LGBT con los cuales no se tenga la experiencia necesaria.



¿Cómo debo proceder frente a una persona usuaria LGBT o que percibo puede tener una orientación sexual o identidad de género no mayoritaria?

- Al solicitar información, debo plantear **preguntas abiertas** que me permitan indagar lo concerniente a las conductas sexuales de la persona y centrarme en forzar que la persona defina su identidad sexual o genérica.
- Evitar emitir **juicios de valor** o hacer generalizaciones o comentarios discriminatorios o bromas acerca de las personas LGBT.
- **Evitar sacar conclusiones anticipadas acerca de la identidad sexual o de género de la persona usuaria o de su comportamiento sexual o de su salud o motivo de consulta a partir de su apariencia.** Debo abrir el espacio, construir la confianza y permitir que la persona manifieste por si misma sus problemas o preocupaciones.
- **Debo responder de manera positiva cuando las personas me revelen su orientación sexual o identidad de género,** pero no debo forzar a que una persona lo manifieste.
- **Debo reconocer la complejidad de “la salida del closet”⁶** No hay una sola forma de hacerlo: esto depende de muchos factores sociales, de historia de vida, contexto histórico-geográfico, familiar, redes sociales, aliados o aliadas, etc. y sólo la propia persona debe decidir cuándo es el momento adecuado para ella.
- Debo subrayar que el servicio que brindo garantiza el **respeto** por la persona y la **confidencialidad** de la información.
- Debo recordar y recordarle a la persona que a partir del fallo de la corte, **las parejas del mismo sexo tienen los mismos derechos que las heterosexuales**, a la entrada para visitas y a proveer cuidados, siendo reconocidas como familiares directos de la persona hospitalizada. Por ello, frente a una situación de internamiento debo promover que los protocolos sean modificados en este sentido y como personal de la salud debo facilitar este proceso.

- En los casos de parejas del mismo sexo no registradas como parejas de hecho, debo recomendar a la persona usuaria que brinde por escrito una **declaración expresa** de una persona que se identifique cómo contacto en caso de emergencia, pudiendo detallar o no si se trata de su pareja. Esto puede coadyuvar a que en una situación de hospitalización o emergencia la persona designada pueda visitarla o proveer cuidados, sin tener que enfrentar obstáculos por los protocolos de visita restringidos a familiares directos aún cuando estos consideren a las parejas de hecho del mismo sexo. Esto también aplica para las situaciones de autorización para tomar decisiones cuando la persona usuaria esté inhabilitada para hacerlo.
- Trata de identificar colegas en los diferentes niveles de atención, con formación, experiencia y sensibilidad para la atención de personas LGBT a fin de conformar una especie de red informal de contactos a los cuales puedes remitir o recomendar los casos de personas LGBT que se te presenten.



⁶Forma coloquial que se utiliza para referirse al acto de reconocer frente a otro/as, la orientación sexual o la identidad de género no mayoritarias, que se mantenían ocultas por temor a la sanción, violencia y exclusión social, en el ámbito familiar, laboral, de amistad, etc.

Aspectos clave para el bienestar y la salud de las personas LGBT

En este apartado detallaremos algunos aspectos clave a tomar en cuenta como personal que presta servicios de salud cuando se trate de personas lesbianas, gay, bisexuales y trans.

Hay un gran debate sobre la conveniencia de tener servicios especializados y segregados para la población LGBT. Colombia Diversa parte de la premisa de que los servicios de salud universales deben ser capaces de brindar servicios respetuosos, amigables y sensibles, a las personas LGBT.

Aspectos generales

Es importante destacar que si bien las personas LGBT comparten con las demás mujeres y hombres los problemas de salud que más frecuentemente se presentan en cada momento del ciclo de vida, la literatura científica demuestra que existen tasas más altas de ciertas afecciones en este sector social en general y en cada uno de ellos en lo particular.

Consumo de Alcohol, tabaco y substancias adictivas

La comunidad LGBT tiene una de las más altas tasas de tabaquismo entre los sectores sociales denominados comúnmente como minorías. Esto sucede por hábitos de consumo de tabaco y alcohol asociados al manejo del estrés, y sufrimiento emocional asociado a un contexto social adverso, formas de socialización dentro de sus grupos de referencia. Si bien las personas LGBT son quienes están en mayor riesgo de tener problemas de uso de alcohol y substancias, en comparación con las personas que no son LGBT, es difícil encontrar programas de tratamiento específico para ellas, que tomen en consideración las dificultades asociadas con la violencia y discriminación enfrentadas, en las motivaciones de estas prácticas de consumo.

Violencia intrafamiliar

Se estima que una de cada cuatro personas LGBT experimentan abuso por parte de los miembros de sus familias de origen, por sus parejas o por parte de exparejas. Muchas de ellas evitan reconocer públicamente el abuso del que son objeto, por el miedo, la vergüenza o las implicaciones reales o percibidas que esto puede tener para sus vida, salud y seguridad personales (Henderson L., 2003).

La violencia **intrafamiliar** de pareja es tan común en lesbianas, gay y trans como lo es en las relaciones de pareja heterosexuales. No obstante es poco manifiesta por “el closet” lo cual contribuye a la invisibilidad de esta situación y evita que se pueda intervenir de la forma habitual en que se hace en personas heterosexuales o incluso desde un enfoque especial.

En algunos casos la conducta violenta se percibe como un resultado legítimo, como una especie de castigo por su orientación sexual, o un problema personal que deben asumir y manejar en privado y en silencio, ya que si lo comparten no deben esperar una respuesta de apoyo o de solidaridad.

Cuando la familia de origen tiene problemas para aceptar la orientación sexual de la víctima, esta persona LGBT tiende a hacerse responsable de la situación de violencia que vive, atribuyéndola a su condición o a elementos circunstanciales. De esta manera, se incrementa su grado de vergüenza y culpabilidad, se vuelve aún más compleja su situación y se vulnera y se limita su capacidad de agencia. Las redes sociales débiles producto de la marginación o de la exclusión social asociada a su “salida del clóset”, resultan en un soporte profundamente limitado o nulo, frente a situaciones como por ejemplo de violencia que se puedan dar entre las parejas del mismo sexo.

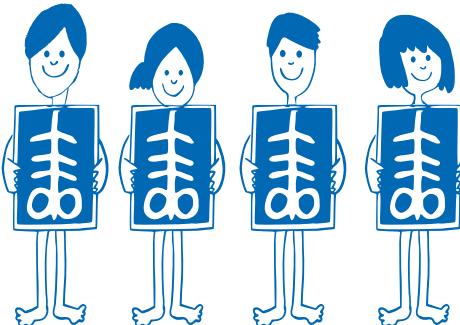
Un factor agravante puede ser generado por el entorno familiar de la víctima que, al tener conocimiento de la situación de violencia doméstica que vive, la relacione causalmente con su orientación sexual y la de su pareja maltratadora. Dependiendo de la manera como la familia de la víctima asuma, comprenda, comparta o tolere su orientación sexual, así será su respuesta ante el maltrato que sufre.

Otro agravante es la falta de apoyo institucional frente a la situación de violencia, así como frente al gran desconocimiento, la falta de eficacia y disponibilidad por parte de quienes prestan servicios de atención a la violencia doméstica. No se cuenta con este apoyo para mejorar la situación de las víctimas, debido a la preponderancia de una actitud discriminatoria al abordar este problema.

Lo anterior en parte sucede, porque los funcionarios/as públicos desconocen los avances legales sobre protección contra la violencia intrafamiliar que ahora también deben incluir a las parejas del mismo sexo⁷.

⁷ Para mayor información visite www.comohacemos.com

Adolescentes y Jóvenes LGBT



La adolescencia y la juventud, como categorías producto de la modernidad, contienen una serie de componentes que las hacen sumamente complejas, sobre todo para aquellos sujetos a los cuales aluden. Estos nuevos sujetos sociales atraen sobre sí múltiples discursos disciplinarios (tanto de la medicina, la psicología, la sociología y la antropología entre otros), los cuales se han centrado en explorar y analizar principalmente los aspectos considerados como “problemáticos” y han instrumentalizando diversas estrategias medicalizadoras y patologizantes y homogenizantes, suponiendo que es un sector social con características, necesidades, visiones o condiciones de vida

iguales o que pueden ser homologadas como periodo de vida (biológicamente determinado) y por tanto se pueden plantear estrategias transculturales y generales para esta población.

De alguna manera la adolescencia y la juventud como objeto de control, monitoreo y vigilancia, son expresiones privilegiadas de la manera como la sexualidad es utilizada como mecanismo para el ejercicio del poder y control sobre los cuerpos y las subjetividades, en particular de aquellos a quienes se les identifica como incipientes “sujetos sexuales en riesgo”. En este sentido, las personas adolescentes y jóvenes LGBT pueden enfrentar serias barreras sociales, tensiones y conflictos.

En estudios recientes se ha documentado que cada vez más gente joven está recociéndose como LGBT y a edades cada vez más tempranas. Las investigaciones sobre jóvenes LGBT han demostrado además que se encuentran en un importante riesgo de salud por el aislamiento, el miedo, el estigma, el proceso angustiante de la “salida del closet”, el acoso y el rechazo familiar, (D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998) y Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Salter, N. P., & Hubbard, S. M. (2005)).

Lo anterior puede acarrear graves problemas de salud y en particular de salud mental. Se ha documentado que la gente joven LGBT es más propensa al intento de suicidio durante la adolescencia, en comparación a sus pares heterosexuales. Además, están seis veces más en riesgo de adicciones o de enfrentar problemas de ansiedad y depresión, los cuales se han identificado como dos importantes factores de riesgo en el intento de suicidio. Los y las adolescentes que sufren acoso o daño psicológico y físico por su orientación sexual o identidad o expresión de género presentan una imagen corporal pobre y desórdenes de la alimentación. Sufren por sentirse diferentes, por no poder explicar lo que les sucede, y se sienten culpables, avergonzados y confundidos.

Adultos/as mayores LGBT

Las personas ancianas no sólo experimentan las mismas dificultades o problemas de salud que sus homólogas heterosexuales o no trans, pero además muchas de ellas han vivido innumerables situaciones de exclusión y discriminación basada en la orientación sexual o identidad de género. Crecieron en un tiempo donde se contaba con muy pocos modelos positivos asociados a la identidad sexual o genérica no mayoritaria, y en muchas ocasiones crecieron siendo considerados enfermos, desviados o criminales. Todo esto genera que la mayoría de las personas ancianas LGBT tengan un enorme temor de dar a conocer su identidad en el contexto de los servicios de salud.

La soledad, el aislamiento, la invisibilidad, la falta de apoyo y de seguridad social (no se ven como beneficiados de las recientes reformas legales de aseguramiento de la pareja), conllevan procesos de acelerado deterioro físico, mental y emocional.

Adopción, paternidad, maternidad y reproducción asistida

Existe poco reconocimiento y apoyo a las personas, parejas o familias LGBT en particular aquellas familias que buscan acceder a métodos de reproducción asistida, maternidad, subrogada, adopción o aseguramiento de los hijos e hijas, que a menudo se enfrentan a barreras de tipo social, medico y legal y prejuicios acerca de las implicaciones que tiene para un infante tener padres o madres homosexuales o trans.

La adopción y la reproducción asistida suelen estar limitadas a personas casadas heterosexuales y a no ser considerados como servicios dentro del plan básico de atención a la salud, lo que conlleva costos altos que en muchos casos no pueden ser cubiertos, todo lo cual, hace de esta una experiencia sumamente estresante y con impactos fuertes en el bienestar y estabilidad de estas familias.

Finalmente los obstáculos frente a la adopción conjunta por parte de parejas del mismo sexo y/o la imposibilidad de que el padre o madre no biológicos, puedan adoptar los hijos/as de sus parejas del mismo sexo, genera un déficit de protección de estos niños/as frente a niños/as de familias heterosexuales. Así mismo, esta situación genera un sinnúmero de tensiones, y obstáculos que afectan la salud física y emocional de todos los integrantes de la familia conformada por parejas del mismo sexo.



Aspectos específicos

Salud de mujeres lesbianas y bisexuales

Además del rechazo y la discriminación por su orientación sexual, las mujeres lesbianas y bisexuales, en el contexto latinoamericano, afrontan también la pobreza, la exclusión y la falta de conocimiento acerca de sus problemáticas particulares relativas a salud.

Un estudio realizado por el **Lesbian Community Cancer Project** en EEUU mostró que casi el 25% de las lesbianas dijeron que evitaban consultar a un médico o médica debido a **experiencias negativas previas**. Cuando la usuaria lesbiana es muy joven su vulnerabilidad se multiplica, dada la desinformación; la dependencia económica, cuando esta todavía existe; o sus limitaciones económicas y cuando además el entorno social es hostil respecto a su orientación sexual.

Problemas asociados a los/as prestadores de servicios de salud

Mitos en cuanto a la salud de las lesbianas	<p>Respecto a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el acto sexual lésbico no hay posibilidades de transmisión de infecciones, • Las lesbianas no tienen verdadero contacto sexual, por tanto no tiene tanto riesgo de contraer ITS. • Las lesbianas o mujeres que tienen sexo con mujeres, no tienen contacto sexual con hombres. • Las lesbianas no quieren ser madres, pues para esto sólo deben tener relación con hombres
Desinformación	<ul style="list-style-type: none"> • Se omite la revisión en zonas que pueden acoger infecciones virales bacterianas como son ingles, pliegues de senos y nalgas, por ejemplo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Se desconoce el tipo de ITS que son transmisibles en las relaciones sexuales entre mujeres.
Discriminación del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesbianas consultan menos (que las heterosexuales) debido a que se sienten incómodas revelando su preferencia sexo-afectiva a profesionales de la salud. • La discriminación en los servicios de salud, conduce a un menor acceso a la detección temprana y el tratamiento

Problemas asociados con la conducta y percepción que las lesbianas tienen de los servicios de salud

Se realizan menos exámenes ginecológicos de rutina	Porque no requieren anticonceptivos ni atención prenatal con la misma frecuencia que las heterosexuales, lo que implica menores posibilidades de detección temprana de cánceres cervical, uterino y ovárico.
Evitan las visitas de prevención de la salud	Exámenes pélvicos, toma de PAP cervical, exámenes de mama y mamografías lo que conduce a diagnósticos tardíos. Tienen la percepción de un riesgo más bajo dada su orientación sexo-afectiva
Temor	Omitir hablar de su orientación y prácticas sexuales durante la consulta conlleva que les administren métodos anticonceptivos que no requieren o el tratamiento no contempla a la compañera o compañeras sexuales dificultando así los tratamientos y aumentando las posibilidades de re-infecciones.
Limitaciones económicas	Disponen de menores recursos económicos ya que carecen del beneficio de un salario masculino superior y de la posibilidad de compartir el seguro médico con su pareja
El silencio sobre su vida sexual genera errores en las prescripciones	Omitir hablar de su orientación y prácticas sexuales durante la consulta conlleva que les administren métodos anticonceptivos que no requieren o el tratamiento no contempla a la compañera o compañeras sexuales dificultando así los tratamientos y aumentando las posibilidades de re-infecciones.



Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en contraste con las mujeres heterosexuales

Condición física y estilos de vida saludables	Investigaciones confirman que las lesbianas tienden a practicar menos ejercicio físico y a tener un mayor índice de masa y grasa corporal que las mujeres heterosexuales. La obesidad es asociada con un incremento en el riesgo de afecciones cardíacas, cáncer y muerte prematura, por lo que se requiere la promoción de la práctica de ejercicio y alimentación más saludables.
Osteoporosis	Las tasas de riesgos de osteoporosis en lesbianas no han sido bien caracterizadas aún, pero existe una relación entre déficit de calcio y sobrepeso, consumo de tabaco y alcohol, prácticas que están asociadas a la prevalencia de dicha enfermedad. Es necesario practicar densitometrías de rutina y la ingesta de complementos nutricionales para prevenir fracturas.
Corazón	El tabaco y la obesidad son los mayores riesgos de las lesbianas, en la posibilidad de sufrir problemas cardíacos. Así mismo, todas las lesbianas necesitan también un examen clínico anual donde se mida su presión sanguínea, colesterol, diagnóstico de diabetes y se discuta el tema de hacer ejercicio. La prevención de enfermedades cardíacas que mata al 45% de las mujeres, debería ser suficiente para hacer una visita médica.
Uso de drogas y consumo de tabaco y alcohol	Diversas investigaciones indican que el consumo de drogas legales e ilegales es más frecuente en mujeres lesbianas que en heterosexuales. Estas prácticas pueden estar asociadas a modelos de socialización, o la denominada “cultura de bar”, pero en muchos casos están relacionadas directamente con mecanismos o vías de escape y manejo del estrés la tensión. Este tipo de hábitos de consumo están asociados con mayores probabilidades de desarrollar cáncer, problemas cardíacos y enfisema pulmonar.
Depresión y ansiedad	Las lesbianas experimentan con frecuencia estrés crónico por discriminación homofóbica. Este estrés está asociado con la necesidad de ocultar su orientación sexual en la cotidianidad, la perdida de redes sociales o el aislamiento causado por haber asumido su orientación sexual.

Salud sexual	<p>Ser lesbiana o tener relaciones sexuales con otra mujer no protege de las ITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gonorrea y la clamidía pueden transmitirse al compartir juguetes sexuales • La vaginosis bacteriana (VB) y las infecciones por levadura (candidiasis) pueden transmitirse sexualmente entre mujeres • El herpes y las verrugas genitales son extremadamente comunes en todas las personas sexualmente activas
Cáncer	<p>Las lesbianas tienen mayor riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer ginecológico pues con frecuencia eluden la visita anual al ginecólogo para no tener que someterse a examen pélvico, toma de PAP y examen de mamas. Estos exámenes podrían facilitar una diagnosis temprana asociada con una taza mayor de efectividad en el tratamiento y curación del cáncer.</p> <p>Las lesbianas tienen la mayor concentración de factores de riesgo para el cáncer de seno con respecto a las mujeres en general, dado que no se realizan mamografías rutinarias, auto-exámenes de seno o exámenes médicos de seno, el cáncer no es diagnosticado a tiempo.</p>
Barreras de acceso a métodos de reproducción asistida	<p>No hay servicios formales dentro del sistema de salud Colombiano que provean tratamientos para parejas del mismo sexo que deseen tener hijos/as. Las actitudes y el trato pueden resultar negativos y discriminatorios para aquellas mujeres que expresan el deseo de ser madres como pareja del mismo sexo.</p> <p>En ocasiones, estas mujeres se someten a tratamientos simulando que lo hacen solas, lo cual excluye del proceso a sus parejas, situación que puede generar depresión, estrés y angustia en ambas personas⁸.</p>



⁸ En Colombia una mujer puede hacerse tratamientos de reproducción asistida sin ninguna limitación legal por su orientación sexual. Si esta mujer vive con una pareja de su mismo sexo, aunque esté reconocida legalmente para muchos otros derechos, en este caso el hijo no será considerado como de la pareja, sino que será exclusivamente de quien se haga el tratamiento. Quiere decir que este hijo/a no recibirá beneficios legales de la pareja de su mamá biológica, aunque en la realidad sean una familia, convivan y creen lazos emocionales y afectivos.

Desde 2005 en Suecia, los servicios de reproducción asistida están disponibles para parejas de lesbianas en los hospitales públicos, para poder calificar para gozar de este servicio, las lesbianas requieren demostrar que están registradas como pareja o convivientes. Así mismo la pareja de la mujer que recibe el tratamiento, debe presentar un consentimiento por escrito dando su autorización para ser reconocida legalmente como madre.

Salud de hombres gay y bisexuales

Sin duda los hombres gay y los bisexuales comparten los mismos problemas de salud que los hombres heterosexuales. No obstante, existen algunas singularidades en sus afecciones de salud, que suelen limitarse de manera errónea al VIH y al SIDA. Configuran un cuadro muy particular, la violencia homofóbica y el abuso que ellos enfrentan, asociados a su orientación o práctica sexual, el estrés, el abuso en el consumo de alcohol, las drogas y las prácticas sexuales de riesgo, además de la escasa asistencia médica, que registran todos los hombres, en general.

Si bien es cierto que la investigación sobre la salud no relacionada con ITS y VIH en esta población es notablemente limitada, existe documentación que da cuenta de distintas problemáticas específicas que se detallan a continuación.

Problemas asociados a las y los prestadores de servicios de salud

Estereotipos sobre las afecciones de salud	Usualmente se percibe que los problemas de salud de los hombres gay, bisexuales y, en general, aquellos que tienen sexo con otros hombres, están limitados a afecciones sexuales.
Temor a preguntar	El personal médico a menudo teme lidiar con preguntas o dudas relativas a la sexualidad en usuarios gay o bisexuales pues temen avergonzarlos con sus preguntas o por no saber cómo responder.
Inapropiada oferta de servicios	Omitir hablar de su orientación y prácticas sexuales durante la consulta conlleva que les administren métodos anticonceptivos que no requieren o el tratamiento no contempla a la compañera o compañeras sexuales dificultando así los tratamientos y aumentando las posibilidades de re-infecciones.
Limitaciones económicas	La falta de provisión de servicios junto con la falta de documentación de las dificultades que enfrentan los hombres para hablar de su orientación o práctica sexual, tiene serias implicaciones para la salud sexual de los usuarios LGBT y puede resultar en una inapropiada oferta de servicios para este sector social.

Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en contraste con los hombres heterosexuales

Condición física	<p>En la cultura de los “osos” (hombres de contextura gruesa y con abundante vello corporal) prevalece una valoración de la masa corporal lo cual acarrea riesgo de sobrepeso con las consecuentes problemáticas asociadas a esto.</p> <p>Existe una subcultura de gay o bisexuales que por el contrario manifiestan una práctica de sobre-ejercitación y culto al cuerpo, acompañada del uso de esteroides. En ocasiones esto además conlleva trastornos de la alimentación y el uso de implantes de silicona en pecho y glúteos que son poco monitoreados médicaamente.</p>
Salud sexual	<p>LGV [Linfogranuloma venéreo] es una forma poco común pero severa de clamidia, mayormente observada en hombres que tienen sexo con hombres, que puede causar sangrado, secreción y dolor rectal.</p> <p>La sifilis es otro problema frecuente en hombres que tienen sexo con hombres. Los síntomas incluyen irritaciones, sarpullido, pérdida de cabello, glándulas irritadas con o sin dolor.</p> <p>El herpes genital es extremadamente común entre los hombres que tienen sexo con hombres y puede aumentar enormemente el riesgo de contraer el VIH.</p> <p>Las verrugas genitales también son muy comunes.</p>
VIH-SIDA	<p>Las infecciones por VIH en hombres que tienen sexo con hombres se están incrementando, especialmente en menores de 25 años de edad. Se calcula que alrededor del 25% de las personas infectadas con el VIH no saben que son portadoras. Por ello, es importante no sólo practicar la prueba de Elisa para detectar si es portador del virus, sino además brindar recomendaciones de protección para él y su compañero o compañeros sexuales y reiterar la importancia del uso de condón.</p> <p>Para quienes son portadores o viven con VIH, deben estar dirigidas recomendaciones de cuidados secundarios relativos al mantenimiento de hábitos que contribuyan a mantener buenas condiciones de salud, a largo plazo.</p>
Limitaciones económicas	<p>Disponen de menores recursos económicos ya que carecen del beneficio de un salario masculino superior y de la posibilidad de compartir el seguro médico con su pareja.</p> <p>Las hepatitis A, B, y C pueden todas transmitirse sexualmente en hombres que tienen sexo con hombres.</p>

Hepatitis	<p>La hepatitis A puede transmitirse por contacto oral-anal.</p> <p>La hepatitis B puede transmitirse por sexo anal.</p> <p>La hepatitis C puede transmitirse por sexo anal o por introducción del puño en el ano (en inglés denominado fisting), y es más común en personas infectadas con el VIH.</p> <p>Las hepatitis A y B pueden prevenirse por vacunación.</p> <p>El médico o prestador de servicios médicos debe saber que la vacunación contra la hepatitis es recomendada para hombres que tienen sexo con hombres e invitar al usuario a determinar si está inmunizado y qué vacunas requiere.</p> <p>No hay vacuna contra la hepatitis C, pero el riesgo puede reducirse usando condones y técnicas más seguras de introducción del puño, como usar guantes, no combinar la introducción del puño con el uso de drogas y detenerse cuando haya dolor.</p>
Cáncer	<p>LGV [Linfogranuloma venéreo] es una forma poco común pero severa de clamidia, mayormente observada en hombres que tienen sexo con hombres, que puede causar sangrado, secreción y dolor rectal.</p> <p>La sífilis es otro problema frecuente en hombres que tienen sexo con hombres. Los síntomas incluyen irritaciones, sarpullido, pérdida de cabello, glándulas irritadas con o sin dolor.</p> <p>El herpes genital es extremadamente común entre los hombres que tienen sexo con hombres y puede aumentar enormemente el riesgo de contraer el VIH.</p> <p>Las verrugas genitales también son muy comunes.</p>

Salud de las personas Trans

Como ya se mencionó, trans es una categoría sombrilla que se usa para referirse a todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género (travestis, transgénero, transexuales y transgeneristas). Implica transiciones en la identidad de género tanto en hombres, como en mujeres.

Además de compartir con el resto de la población las necesidades de salud generales a toda la población, las personas trans tienen necesidades particulares dependiendo del tipo de transición que han hecho, el contexto socioeconómico en el que se mueven y las dificultades y problemáticas que en ese proceso han ido sorteando.

La mayoría han tenido dolorosas historias, de abuso físico y psicológico dentro de sus familias y fuera de ellas.

Quienes han vivido en situación de calle o que realizan trabajo sexual comúnmente enfrentan situaciones de abuso policial, violencia física, sexual y psicológica que deja graves secuelas y que pocas veces son atendidas. En esta población, es común encontrar personas con procesos de deterioro físico profundo asociado a la desnutrición, la falta de atención a enfermedades crónicas o degenerativas y el uso de implantes en mal estado o de productos inyectables para moldear o modelar la figura, que van desde aceite mineral, parafina, silicona industrial o retinol. Estos procesos de deterioro pueden acarrear incluso la muerte o la inmovilidad permanentes.

Problemas asociados a las y los prestadores de servicios de salud

Muchos factores resultan en un menor acceso a los servicios de salud y a la atención preventiva para las personas trans:

Falta de sensibilidad	Falta de sensibilidad del prestador o prestadora de servicios de salud y de educación sobre temas relativos a las personas transgénero.
Limitaciones del sistema de salud	Para poder hacer sus transiciones a nivel clínico, las personas trans requieren en Colombia de ser diagnosticados con un desorden de la identidad de género, emitido formalmente por un o una psiquiatra. Ante esta dificultad, enfrentan respuestas negativas, dilaciones, burlas y maltratos por parte del personal de salud.
Vacíos de política pública y regulación sobre cuestiones trans	No hay una política nacional formal para la atención de personas trans en Colombia. Esto hace que estén supeditadas "al azar y la suerte" de encontrar un proveedor de servicios de salud que entienda medianamente sus necesidades y problemáticas.
Falta de información	Falta de información sobre las necesidades de salud y entrenamiento formal sobre cuestiones de salud transexual para personal médico y de enfermería.
Falta de rutas de atención	Dificultad de entender desde el primer nivel las necesidades particulares de las personas trans y por tanto hay una errónea referencia a servicios de segundo y tercer nivel.
Falta de especialistas	La ausencia de una persona especialista en salud transgénero para supervisar la adecuación de servicios y rutas de atención para personas trans.

Problemas asociados con la conducta y percepción que las personas trans tienen de los servicios de salud

Temor a la discriminación y abuso	Temen ser discriminados/as y agredidos/as por el personal a partir de tener una historia de abusos y maltrato e instancias de provisión de servicios de salud.
Falta de cobertura en salud	Muchas personas trans no cuentan con seguro de salud ni con empleo. Quienes logran tener seguro de salud, enfrentan con frecuencia que muchas de sus necesidades no están cubiertas por los seguros.
Temor a ser expuestos	Incomodidad frente a un potencial examen físico y con el ser expuestos públicamente frente a un equipo de profesionales de la salud.
Temor a revelar su identidad	Muchas personas trans se rehúsan a revelar su identidad o el uso que hacen de hormonas, lo cual puede conducir a que no reciban una atención apropiada. Desafortunadamente, el revelar la identidad de género o el uso de hormonas, puede conducir también a la discriminación y a un tratamiento inapropiado.
Múltiple Discriminación	Enfrentar múltiple discriminación cuando además la persona trans se identifica como homosexual, lesbiana, gay o bisexual o pertenece a alguna minoría étnica o vive con algún tipo de limitación física o pertenece a un estrato económico bajo.
Limitados servicios de apoyo psicosocial	Limitados servicios de apoyo psicológico calificado para personas trans, para sus familias y terceras personas significativas.
Limitado número y calidad de especialistas	Limitada disponibilidad de cirujanos, cuidados post operatorios, endocrinólogos, psiquiatras calificados.
Costos exorbitantes	Costos exorbitantes de tratamientos no considerados en el POS que son esenciales para las personas trans.

Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en personas trans

Salud Cardiaca	El efecto de las hormonas en la salud cardiaca no está suficientemente comprendido, pero hay razones para preocuparse con el estrógeno y la testosterona.
Salud mental	Aislamiento social, violencia física, rechazo familiar, temor y estigmatización contribuyen a cuadros de depresión, ansiedad autocastigo, suicidio y abuso de substancias.
Transición de hombre a Mujer: Mujer trans	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonas (estrógeno) • Bloqueadores andrógenos • Aumento de mamas (implantes) • Vaginoplastia y labioplastia • Orquitectomía • Afeitado de tráquea • Reducción de huesos faciales • Rinoplastia
Transición de mujer hombre: hombre trans	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonas (testosterona) • Masculinización del pecho • Histerectomía, salpingo-forectomía • Faloplastia • Metoidioplastia • Vaginectomia • Escrotoplastia • Uretroplastia • Faloplastia • Prótesis testiculares

<p>Terapia Hormonal de género cruzado</p>	<p>Terapia hormonal de género cruzado – MAH Trans Andrógenos – inyectables: Testosterona (cipionato o enantato) Andrógenos – otros: Testosterona (Androgel, Androderm, Testim, Striant, etc.)</p> <p>Terapia hormonal de género cruzado – HAM Trans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrógenos inyectables • Estrógenos transdérmicos • Estrógenos orales: Estradiol (Estrace) Espironolactona [Anti-Andrógeno] • 5-α • Inhibidores de reductasa: Finasterida (Proscar, Propecia), Dutasterida, (Avodart) Flutamida (Eulexin)
--	---



<p>Efectos de la terapia estrogénica y anti-andrógenica De hombre a mujer trans</p>	<p>Efectos deseados de la terapia estrogénica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de mamas • Disminución del vello corporal • Reducir, detener o revertir la pérdida de pelo androgénico • Suavización de la piel • Efectos de la terapia estrogénica • Redistribución de grasa a un hábito ginecoide (menor cintura, caderas más amplias) • Reducción de la masa muscular de la parte superior del cuerpo y fuerza • Sentido psicológico de bienestar • Ningún efecto en pelo de la barba • Efectos de la terapia estrogénica <p>Cambios genitales (castración química):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia Testicular • Reducción de tamaño del pene • Disminución en la frecuencia y fuerza de las erecciones • Disminución en el volumen y contenido del semen • Reducción del tamaño de la próstata 	<p>Efectos Adversos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tromboembolismo. • Mayor riesgo de cáncer de mama • Hiperprolactinemia / adenoma pituitario • Hepatoxicidad • Riesgo cardiovascular • Infertilidad • Ansiedad/depresión • Cálculos biliares • Hipertensión
--	---	---

Mujeres Trans y silicona	<p>Es común encontrar mujeres trans de estratos económicos bajos, con procesos de deterioro físico avanzado y necrosis asociado al uso de implantes en mal estado o de productos inyectables utilizados para moldear o modelar la figura, que van desde aceite mineral, parafina, silicona industrial o retinol.</p> <p>Muchas veces cuando las mujeres llegan a los servicios de salud son revictimizadas y culpadas por su estado de salud resultado de haber recurrido a estas prácticas que ponían en riesgo su salud y que a juicio de algunos prestadores de servicios y del propio sistema de salud son simplemente "asuntos estéticos".</p> <p>Las inyecciones de silicona, especialmente en las llamadas 'fiestas de silicona o bombeo', pueden provocar muchos problemas y efectos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de la hepatitis B y C • Transmisión del HIV • Reacciones que resultan en cicatrices que desfiguran • Contaminantes que entran al torrente sanguíneo y causan la muerte
Cáncer	<p>Los efectos de las hormonas en el riesgo de cánceres – mamas, hígado, útero, próstata – no son bien comprendidas</p> <p>El riesgo de cáncer puede aumentar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un menor acceso a los servicios de salud • Evitar los servicios de salud • Evitar exámenes genitales específicos (pérvico, toma de PAP, anal, próstata, testicular, mamas/pecho) • Percepción de un menor riesgo (cáncer prostático en mujeres Trans, cáncer de mamas en hombres Trans) Si la persona conserva el órgano – testículo, próstata, cuello uterino – aunque este esté atrofiado, aún puede ser susceptible de desarrollar cáncer. • La cirugía superior en hombres Trans puede dejar tejido de mamas residual en el pecho y cerca de la axila. • El uso de estrógeno en mujeres Trans puede conducir a un mayor riesgo de cáncer de mamas, el cual puede ser más difícil de detectar debido a las inyecciones o implantes de silicona.

Bibliografía consultada

- Alpízar, Lydia y Bernal, Marina, “La construcción social de las juventudes”, Revista Ultima Década N°19, CIDPA, Viña Del Mar, Noviembre 2003
- Centro de Salud Comunitario Callen-Lorde “10 Principales temas de salud para las personas LGBT” presentación institucional en PPT.
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youths and their families: Disclosureof sexual orientation and its consequences. American Journal ofOrthopsychiatry, 68, 361-371
- Eiven, L., Sardá, A.y Villalba, V. “Lesbianas, Salud y Derechos Humanos desde una Perspectiva Latinoamericana: Un aporte para la discusión y la reflexión” en: <http://www.convencion.org.uy/menu8-038.htm>
- Foucault, Michel, (1995) Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas, México, Siglo XXI,;
- (1989) Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber”, 9a. ed. México: Siglo XXI editores.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Salter, N. P., & Hubbard, S. M. (2005). Female -to-male and male to female transgender youth: Comparing gender expression, gender a typicality, and parents' responses. Journal of GLBT Issues in Counseling, 1(1), 41-59
- Henderson, L. (2003) Prevalence of Domestic Violence among Lesbians and Gay Men: Data reporttoFlame TV. London: Sigma Research
- Hudspith, M. (1999) “Caring for lesbian health a resource for health care providers policy makers and planners” Minister’s Advisory Councilon Women’s Health. British Columbia.

- ILGA-Europe (2007). Suicidality among lesbian, gay, bisexual and transgender youth. Report by ILGA-Europe to the Social, Health and Family Affairs Committee of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe.
- Lauren Mizock a; Thomas K. Lewis b “Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care” en: journal Journal of Emotional Abuse, Volume 8, Issue 3 August 2008 , pages 335 – 354
- Minter, Shannon 2002, 2003 Legal Director National Center for Lesbian Rights “Legal and public policy issues for transgender elders” en <http://www.thefreelibrary.com/Legal+and+public+policy+issues+for+transgender+elders-a0112822110>>Legal and public policy issues for transgender elders. Acceso en febrero de 2010.
- O'Hanlan, K. “Top 10 Things Lesbians Should Discuss with their Health care Provider”. Gay and Lesbian Medical Association. en: <http://www.gdma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&PageID=691&CFID=5337956&CFTOKEN=46653594> Accesado 8 de febrero de 2010.
- Organización Mundial de la Salud (1998) “Promoción de la Salud. Glosario”. En: www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_sp.pdfAccesado el 17 de febrero de 2010
- Sowadsky, R. “Health Concerns for Lesbians” en: <http://www.thebody.com/content/art2290.html> Acceso 12 de febrero de 2010.
- Talavera, M. “El concepto de salud, definición y evolución” en: www.unal.edu.co/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc Acceso 15 de febrero de 2010.
- Vergara, P.”Salud sexual lésbica: una experiencia exitosa” en: <http://culturalesbiana.blogspot.com/2006/08/21/salud-sexual-lesbica/> acceso: 10 de febrero de 2010.
- Weeks, J., Heaphy, B. and Donovan, C. (2001) Same Sex Intimacies: Families of Choice and Other Life Experiments. London: Routledge.

Recursos

- Asociación Médica para Homosexuales y Lesbianas (Gay & Lesbian Medical Association) (referimientos a proveedores de atención médica para homosexuales y lesbianas):
www.gdma.org
- Centro de la Comunidad Lesbiana, Homosexual,Bisexual y Transexual de Nueva York (NYC Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Community Center)-orientación y referimientos:
www.gaycenter.org
- Coalición Nacional para la Salud de Personas LGBT (NationalCoalitionfor LGBT Health)- información sobre temas de salud:www.lgbthealth.net
- Colombia Diversa - www.colombiadiversa.org
- Devor, H. (1997).FTM: Female-to-maletranssexuals in society. Bloomington, IN: Indiana UniversityPress.
- Gay Health (información sobre temas de salud): www.gayhealth.com
- Harmer, J. (2000). Older gay, bisexual, transgender, transsexualpersons; Community services challenges and opportunities for the 519 Community Centre and the GLBT community, A review. Toronto. Disponible en: <http://www.the519.org/programs/older/index.shtml>.
- Mujeres al borde. www.mujeresalborde.org/
- Mulabi Colombia. <http://mulabi-colombia.blogspot.com/>
- Musas de Perú. <http://www.musasperu.org/>
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issuesandresearchevidence. Psychological Bulletin, 129, 674–697.

- Transgender Care (información sobre salud para trans): www.transgendercare.com
- Trans-Health (información sobre salud para trans): www.trans-health.com
- Whittle S, Turner L, Al-Alami M (2007). Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination. Manchester Metropolitan University. A Research Project and Report Commissioned by the Equalities Review.
- Derechos de parejas del mismo sexo: www.comohacemos.com



Anexos

Marco Normativo



Legislación Internacional

El artículo 93 de la Constitución Nacional señala que los tratados y acuerdos internacionales firmados por Colombia hacen parte del bloque de constitucionalidad. Entre los instrumentos internacionales de derechos humanos adoptados por parte de Colombia que tienen relación con esta temática se encuentran:

Ley 74 de 1968 (**Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**); Ley 16 de 1972 (Convención Americana sobre Derechos Humanos –Pacto de San José–); Ley 319 de 1996, (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos –Protocolo de San Salvador–); Ley 70 de 1986 (Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanas o degradantes); Ley 51 de 1981, (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) y Ley 248 de 1995, (Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer –Convención de Belem Do Pará–).

El Pacto Internacional para los derechos económicos, sociales y culturales, en su párrafo 18 prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo.

La **no discriminación por orientación sexual o identidad de género** viene siendo discutida en los foros internacionales desde la Conferencia de Beijing (1995). Posteriormente, se retoma la discusión durante la preparación de la Conferencia Mundial contra el Racismo, La Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, realizada en Durban (2001). En ese proceso preparatorio, en 2000, el Gobierno de Brasil llevó el tema a la Conferencia de las Américas, realizada en Santiago de Chile. La llamada Declaración de Santiago compromete a todos los países del Continente con la prevención y sanción de la discriminación por orientación sexual.

La Carta Andina para la Protección y Promoción de los Derechos humanos, firmada por Colombia en 2002, es explícita en señalar la obligación de los Estados en proteger a las personas de la discriminación que pueda resultar de su orientación u opción sexual y demanda de los estados el desarrollo de legislaciones al respecto. Así la Carta establece las siguientes responsabilidades para los Estados:

Parte II. Discriminación e Intolerancia

Artículo 10: (Los países miembros de la Comunidad Andina) reafirman su decisión de **combatir toda forma de racismo, discriminación, xenofobia y cualquier forma de intolerancia o de exclusión** en contra de individuos o colectividades por razones de raza, color, **sexo**, edad, idioma, religión, opinión política, nacionalidad, orientación sexual, **condición migratoria y por cualquier otra condición; (...)**

Artículo 11: Fortalecerán los planes educativos y programas de educación en derechos humanos, para promover una cultura social sustentada en la tolerancia, el respeto a las diferencias y la no discriminación.

Artículo 12: Acuerdan desarrollar las acciones necesarias para asegurar la protección de los derechos humanos de las minorías y combatir todo acto de discriminación, exclusión o xenofobia en su contra que las afecte.
(...)

Parte IX.

F. Derechos de las personas con diversa orientación sexual

Artículo 52. Reconocen que las personas, cualesquiera sea su orientación u opción sexuales (sic), tienen iguales derechos humanos que todas las demás.

Artículo 53. **Combatirán toda forma de discriminación a individuos por motivos de su orientación u opción sexuales**, con arreglo a las legislaciones nacionales y, para ello, prestarán especial atención a la prevención y sanción de la violencia y discriminación contra las personas con diversa orientación u opción sexual y la garantía de recursos legales para una efectiva reparación por los daños y perjuicios derivados de tales delitos.”

Principios Constitucionales

Artículo 1. Colombia es un Estado Social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el **respeto de la dignidad humana**, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2. (...) Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 5. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

Artículo 13. **Todas las personas nacen libres e iguales** ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

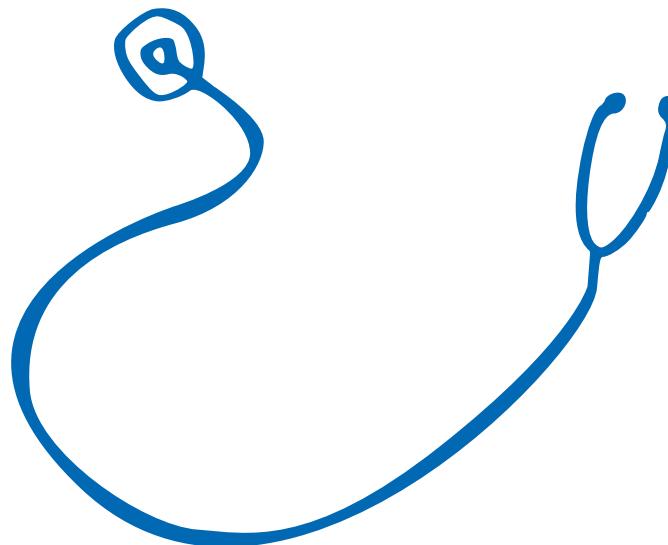
Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al **libre desarrollo de su personalidad** sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

Art. 48. **La Seguridad Social** es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Art. 49. **La atención de la salud** y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Art. 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.



Relación de sentencias de la Corte Constitucional Colombiana que han considerado los derechos de las personas LGBT y las parejas del mismo sexo⁹

1	T-594/93	Cambio de nombre
2	T-097/94	Conductas homosexuales en la escuela militar
3	T-539/94	Publicidad homosexual (beso en la Plaza de Bolívar de Bogotá)
4	T-569/94	Conductas travestis por niño en colegio
5	T-290/95	Adopción por homosexual
6	T-037/95	Homosexualidad en las fuerzas militares
7	T-477/95	Cambio de Sexo. Readecuación del sexo del menor
8	T-277/96	Despido de Jardín Infantil a profesor homosexual
9	C-098/96	Demanda contra la Ley 54 de 1990
10	SU-476/97	Prostitución de travestis en Bogotá
11	C-481/98	Régimen disciplinario para docentes
12	T-101/98	Estudiantes gay en Ginebra, Valle
13	T-101/98	Derecho a la igualdad en acceso a la educación por homosexual
14	C 507/99	Fuerzas armadas y homosexualidad
15	SU337/99	Pseudohermafroditismo-Niño “castrado”
16	T-551/99	La autorización paterna para la remodelación genital en casos de menores de cinco años es legítima, si se trata de un “consentimiento informado cualificado y persistente”.
17	T-692/99	Conocimiento informado de paciente para cirugía de reasignación de sexo.
18	T 999/00	Seguridad social y parejas del mismo sexo
19	T-1426/00	Seguridad social y parejas del mismo sexo
20	T-618/00	Seguridad social y parejas del mismo sexo
21	T-268/00	Desfile de travestis en Neiva
22	T-1390/00	Reiteración de la doctrina constitucional sobre el consentimiento informado en casos de ambigüedad genital o “hermafroditismo”
23	T-1390/00	Reiteración de la doctrina constitucional sobre el consentimiento informado en casos de ambigüedad genital “hermafroditismo”
24	SU.623/01	Seguridad social y parejas del mismo sexo
25	C 814/01	Adopción por homosexuales
26	T 435/02	Estudiante lesbiana Bogotá

⁹ Compilación realizada por Colombia Diversa actualizada a Marzo de 2010

27	C-373/02	Notario homosexual
28	T-1025/02	Consentimiento asistido e informado. Derecho a la salud y a la seguridad social de niño intersexual.
29	T-808/03	Discriminación a hombre gay en la organización Scouts de Colombia
30	T-499/03	Visita íntima lesbica en cárceles
31	T-1021/03	ESTADOS INTERSEXUALES-Supuestos fácticos que deben considerarse en las intervenciones médicas para corrección. Consentimiento Informado-Consentimiento sustituto Paterno
32	T-1021/03	ESTADOS INTERSEXUALES-Supuestos fácticos que deben considerarse en las intervenciones médicas para corrección. Consentimiento Informado-Consentimiento sustituto Paterno.
33	T-301/04	Uso de espacio público por homosexuales en Santa Marta
34	C-431/04	Demandas de inconstitucionalidad contra varios artículos de la Ley 836 de 2003 (Reglamento del régimen disciplinario para las fuerzas militares) - incluye alusiones negativas hacia personas homosexuales
35	T-725/04	Reconocimiento de pareja gay en San Andrés Islas
36	T-1096/04	Protección a hombre homosexual víctima de violencia sexual en cárcel
37	T-1096/04	Violación a persona homosexual en cárceles
38	T-349/06	Extensión de los beneficios de la seguridad social (sustitución de pensión) a parejas del mismo sexo
39	C-1043/06	Exclusión parejas homosexuales pensión de sobrevivientes (sentencia inhibitoria)
40	T-152/07	Discriminación de transexual en trabajo
41	C-075/07	Derechos patrimoniales
42	T-856/07	Afiliación pareja del mismo sexo al sistema de salud
43	C-811/07	Afiliación a salud como beneficiario de compañero/a permanente del mismo sexo
44	C-336/08	Sustitución pensional compañero/a permanente del mismo sexo
45	C-798/08	Deber derecho de alimentos entre compañeros/as permanentes del mismo sexo
46	T-1241/08	Derecho a la pensión de sobrevivientes de las parejas del mismo sexo. Derechos parejas del mismo sexo.
47	T-912/08	No es legítimo el consentimiento sustituto de los padres debido a que el niño ya ha superado el umbral crítico de la identificación de género
48	C-029 de 2009	Más de 28 leyes demandadas para reconocer otros derechos a parejas del mismo sexo. - derechos civiles, políticos, penales, sociales de las parejas del mismo sexo
49	T-911/09	Derecho a la pensión de sobreviviente en parejas de mismo sexo
50	C-802/09	Adopción por parejas del mismo sexo (sentencia inhibitoria)

T: Sentencia de Tutela

C: Sentencia de constitucionalidad

SU: Sentencia de Unificación

Glosario

Género:

Es producto de una construcción cultural, que establece, a partir del dato biológico de la diferencia sexual entre hombres y mujeres, un conjunto de valores, caracteres, creencias y actitudes que se adjudican o asocian a mujeres y hombres en relación a lo femenino y lo masculino.

Género de partida:

Alude al género asignado al nacer (por lo general asociado con marcadores bioanatómicos y genitales)

Género de llegada:

Alude al género que la persona reconoce como propio y diferente de aquel que le fuera asignado al nacer.

Hombre trans:

(trans de mujer a hombre) es una persona que al nacer fue asignada al género femenino, y la cual se identifica a sí misma en algún punto del espectro de la masculinidad, cualquiera que sea su status transicional y legal, su expresión de género y su orientación sexual.

Intersexual o intersex:

Es un término utilizado para aludir a una gran variedad de condiciones en las cuales una persona nace con una anatomía reproductiva o sexual que no encaja del todo en las definiciones convencionales bioanatómicas de ser sólo hombre o sólo mujer. Algunas personas intersex se identifican como transgénero o trans.

Mujer trans:

(de hombre a mujer) es una persona que al nacer fue asignada al género masculino, y la cual se identifica en algún punto del espectro de la feminidad, cualquiera que sea su status transicional y legal, su expresión de género y su orientación sexual.

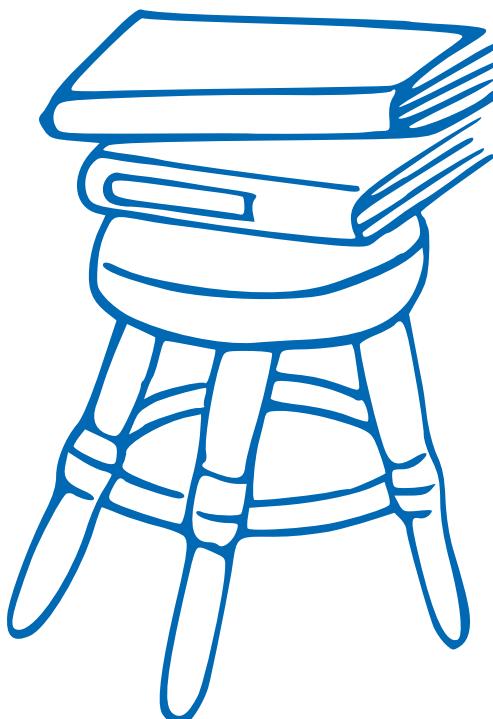
Transgénero o trans:

Son aquellas personas que viven en un género diferente del asignado al nacer, habiendo o no recurrido a cirugías y/u hormonas.

El término trans o transgénero se ha difundido como término sombrilla para todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género, es decir el proceso de moverse entre los géneros que realizan las personas trans.

Travesti:

Es una persona que, a distintos grados y con diferente regularidad, se viste con ropa que tradicionalmente corresponde al sexo opuesto. Puede designar sólo el acto o convertirse en la identidad de la persona, como en el caso de algunos países de América Latina, donde algunas travestis reivindican el término como una identidad política.





OFICINA ASESORA DE POLÍTICA SOCIAL



www.colombiadiversa.org