



Asociación Internacional de Lesbianas, Trans, Gays, Bisexuales, Intersex- ILGA LAC



isig ideas sin género

ISIG- Ideas Sin Género; Ideas de toda índole - Chile.

Asociación Internacional de Lesbianas, Trans, Gays, Bisexuales, Intersex- ILGA LAC
Trabajo autogestionado elaborado por Ideas sin Género; Ideas de toda índole- ISIG
Coordina Toli Hernández

Equipo de trabajo Laetitia Non Casta, Freya Schneider

Validación: Secretariado regional ILGA LAC conformado por Irina Bacci, Rosario
Villegas, Graciela Balestra, Marta Villanueva, Eugenia López, Yaneris González, María
José Espinoza, M^a Aurora Motta, Sherline Nageer.

1ra edición virtual, 28 de junio 2011

Permitida la copia, distribución, exhibición y utilización del trabajo mencionando la
fuente. Este trabajo es autogestionado, por lo que agradecemos que su uso no sea con
fines comerciales.

INDICE	Nº PÁGINA
Presentación	6
Introducción	7
I Parte: Antecedentes Generales y Resultados de Aplicación del instrumento	9
1. Contexto de aplicación de la encuesta	9
2. Resultados de la Encuesta	11
2.1. Escenarios legislativos relacionados con la salud lésbica y bisexual.	11
2.1.1. Derechos Sexuales y Reproductivos	11
2.1.2. Otras Leyes	17
a. Antidiscriminación	17
b. Leyes que penalizan a lesbianas y bisexuales	23
c. Leyes que protegen a lesbianas	25
2.1.3. Multisectorialidad	26
2.2. Atención en Salud de Lesbianas y Bisexuales	31
2.2.1. Del chequeo regular de la salud	32
a. ¿Qué puede decir de la regularidad con que lesbianas y bisexuales en su país chequean su salud?	32
b. ¿Qué obstáculos impiden que lesbianas y bisexuales de su país chequeen regularmente su salud?	34
c. ¿Existen elementos en su país que faciliten que lesbianas y bisexuales acudan a chequear su salud regularmente?	36
d. ¿Qué realizaría su organización, colectiva, agrupación para mejorar la calidad de la atención en salud a lesbianas y bisexuales?	38
2.3. Enfermedades e inquietudes en torno a	40

salud lésbica y bisexual.	
a. De acuerdo a su experiencia y conocimientos activistas indique cuáles son las enfermedades que más afectan a lesbianas y bisexuales en su país. ¿Qué evidencias sustentan su respuesta?	41
b. ¿Hay problemas de salud emergentes que involucren significativamente a lesbianas y bisexuales en su país?	47
c. ¿Cuáles son las principales inquietudes sobre salud que lesbianas y bisexuales en su país han comunicado a sus colectivos, organizaciones o en otras instancias públicas?	49
2.4. Acciones de promoción de la salud de lesbianas y bisexuales	51
a. Qué actividades usted y su grupo han desarrollado relacionadas con la salud lésbica y bisexual	52
b. ¿Qué otras actividades se han desarrollado en su país relacionadas con la salud lésbica y bisexual?	54
c. ¿Cómo se incorporan las exigencias en torno a la salud lésbica en fechas emblemáticas conmemoradas en su país?	58
2.5. Percepción sobre atención médica a lesbianas y bisexuales.	59
2.6. ¿Qué prácticas discriminatorias afectan a lesbianas y bisexuales en los centros de salud pública de su país?	60
2.7. ¿Desea realizar alguna otra observación sobre la atención en salud que reciben lesbianas y	62

bisexuales en su país?	
Apartado: Lesbianas, bisexuales y relación con VIH	64
1. ¿Crees que las LESBIANAS tienen riesgos o posibilidades de adquirir el VIH? ¿Por qué?	65
2. ¿Crees que las BISEXUALES tienen riesgos o posibilidades de adquirir el VIH? ¿Por qué?	67
3. ¿De qué modo se debe prevenir que lesbianas y bisexuales adquieran el VIH?	67
4. ¿Conoces a mujeres LESBIANAS y BISEXUALES que viven con VIH en tu país?	70
Conclusiones	74
1. Sobre Escenarios legislativos de salud lésbica y bisexual en LAC	78
2. Sobre atención en salud de lesbianas y bisexuales	80
Agradecimientos	85
Bibliografía	88

PRESENTACIÓN

Las activistas lesbianas y bisexuales feministas de ILGA LAC acordaron en el año 2010 levantar información en torno a la temática salud, en tanto, existe inquietud frente a la escasa construcción y difusión de información; al enfoque limitado de la salud de lesbianas que tiende a referirse sólo a su aspecto sexual y a la debilitada calidad de la atención a la que acceden.

Ideas Sin Género- ISIG de Chile se encarga del desarrollo del trabajo lo que fue realizado de modo autogestionado, es decir, sin que existiera ningún tipo de recurso económico para ello. Las activistas lesbianas feministas de ISIG elaboran un instrumento de recopilación de información, que es validado por las activistas de ILGA LAC y pre testeado en Chile para mejorarlo. Posterior a esto, el instrumento es difundido en los principales canales de discusión y difusión de información lésbica y bisexual de América Latina y El Caribe.

El siguiente Informe consigna la descripción de las aplicaciones realizadas por activistas lesbianas y bisexuales en torno a la salud de esta población. De este modo, se pretende generar -en un paso siguiente-, una propuesta de acción que colabore con la modificación de la situación de discriminación que lesbianas y bisexuales viven en LAC y en cada uno de los territorios que lo conforman.

Con este trabajo se aporta a la visibilidad de una problemática vinculada a discursos que dan cuenta de un supuesto “bajo riesgo” de lesbianas y a la mala calidad de la atención que se les ofrece a éstas y bisexuales en los centros de salud, entre otros, con el fin de apoyar la transformación de una realidad que afecta negativamente.

ILGA LAC agradece sinceramente el trabajo desarrollado por ISIG y las aplicaciones de cada una de las colectivas lésbicas y bisexuales que se incorporaron a este proceso de construcción de información.

Toli Hernández

Secretaría Regional Lésbica ILGA LAC

INTRODUCCIÓN

La salud lésbica y bisexual es un tema sobre el cual existe escasa información. Las activistas reproducen de boca en boca sus conocimientos, sin embargo, ellas mismas asumen que las necesidades son altas en comparación a las mejoras que en este ámbito de la vida humana se han desarrollado.

En este contexto es cuando se reconoce que existe una larga data de trabajo lesbofeminista en América Latina y El Caribe que atesora diversos conocimientos basados en las intervenciones directas de la realidad que el movimiento ha venido desarrollando desde la década de los 80.

Este trabajo desea aportar a la visibilidad de esta historia, desde un aspecto específico: la salud lésbica y bisexual en América Latina y El Caribe. Dicha visibilidad se enlaza específicamente con un enfoque de salud integral, es decir, un enfoque que va más allá de la ausencia de enfermedades, en tanto, se ocupa del desarrollo de un estado amplio de bienestar social, emocional y físico.

Los estudios sobre salud lesbobisexual son escasos en el continente es por esto que este trabajo -en base a datos entregado por distintas activistas- da cuenta de un panorama general del estado de la salud de lesbianas y bisexuales para facilitar el desarrollo de acciones que modifiquen la carencia que allí habita. Por otro lado e indiscutiblemente este trabajo es parte de la denuncia que visibiliza la aplicación de diversos mecanismos de exclusión que afectan a esta comunidad política.

Los datos que se han logrado recopilar corresponden a las respuestas de once países. Lamentamos enormemente que algunas organizaciones y colectivas lésbicas a las cuales nos dirigimos de manera específica y en reiteradas ocasiones- sobre todo en aquellos países de los cuales no tenemos o poseemos escasa información- no nos contestaran. Sólo podremos especular en torno a sus razones, pues el silencio fue absoluto. En otros casos, las respuestas nuestros mails llegaron rápidas y animosas, sin embargo, la aplicación realizada nunca llegó a nuestras manos. No obstante,

estamos profundamente agradecidas de las 33 organizaciones y colectivas que generosamente dieron cuerpo a este informe con sus saberes y conocimientos.

Este Informe es fundamentalmente descriptivo. Más que en datos empíricos; se basa en las percepciones de cada activista. Éstas, basadas en la realidad lésbica que observan, son invaluableles al momento de profundizar en las descripciones de los datos obtenidos.

Una primera parte se organiza de la misma forma en que la encuesta sobre salud lésbica y bisexual estaba estructurada. De este modo se desarrolla una sistematización de las aplicaciones, lo que permite describir aspectos comunes en lo local y regional; establecer problemáticas respecto de la salud lesbobisexual e iluminar lo que está ocurriendo respecto del VIH/SIDA entre lesbianas y bisexuales entre otros aspectos.

Este trabajo no ha desarrollado un marco teórico al respecto; su objetivo enfatiza la descripción del estado de la salud lésbica y bisexual en voces de las activistas lesbianas y bisexuales y de otras organizaciones de derechos humanos que han desarrollado trabajo al respecto. Sin embargo, las descripciones y conclusiones, intentan ser fortalecidas con algunos hallazgos investigativos que configuran, sobre todo en el caso de las conclusiones, un cierto marco referencial. Estas darán cuenta de nuestros posicionamientos sobre el debate que pone al frente el ámbito de la salud. Así, este gesto como muestra de nuestra autonomía respecto de un modelo científico que habitualmente no funciona de este modo.

La segunda parte y final del trabajo se centra en las conclusiones articuladas como palabras finales. Un anexo compila los datos de las colectivas y organizaciones que participaron por cada país por dos razones fundamentales. La primera para visibilizar nuestra gratitud, pues sin ellas este trabajo no habría sido posible. La segunda para aportar a la constitución de una red más visible de apoyo a lesbianas y bisexuales en cada país y en LAC.

¿Cuál es el estado de la salud de lesbianas y bisexuales en LAC?, es la pregunta que este trabajo intenta ayudar a responder. La utilización de los datos que posteriormente

realicemos, para intervenir la realidad y transformarla, es el camino que propone. De ahí su importancia.

I PARTE: ANTECEDENTES GENERALES Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

1.- Contexto de aplicación de la Encuesta

La encuesta fue colgada en la página www.ilga.org y difundida entre organizaciones y colectivas lésbicas en las principales listas de lesbianas de América Latina y El Caribe. De este modo, se logró gestar la aplicación de activistas argentinas, bolivianas, chilenas, colombianas, costarricenses, ecuatorianas, mexicanas, nicaragüenses, peruanas, dominicanas, venezolanas y brasileras.

El siguiente Informe excluye a Brasil, pues la traducción de los datos no pudo ser efectuada oportunamente. Lo anterior, nos deja en deuda con las compañeras brasileras, no obstante, más pronto que tarde dicha información, será difundida ampliamente. A continuación un panorama general de las aplicaciones por país:

Tabla 1: Síntesis de Aplicaciones

Sub Región	País	Aplicaciones
Andina	Ecuador	2
	Perú	5
	Colombia	1
	Bolivia	3
	Venezuela	1
Cono Sur	Argentina	2
	Chile	9
Centro América	Nicaragua	3
	Costa Rica	1

México	México	5
W El Caribe	R. Dominicana	1
Total aplicaciones LAC	11	33

La **Tabla 1** informa que la subregión andina fue en donde hubo mayor completación del instrumento; en donde menos aplicaciones existieron fue en las subregiones de Centroamérica y Cono Sur en donde aplicaron dos países por subregión. En esta última zona se ubica Chile, país en donde paradójicamente, se concreta la mayor cantidad de aplicaciones (9). En el Caribe sólo se concretó una aplicación.

Cabe indicar, que en cada una de las subregiones se intentó establecer contacto a través del mail con las organizaciones y colectivas lésbicas y bisexuales que allí existían. Lo mencionado se enfatizó en los países que no tuvieron aplicaciones o en donde fueron escasas, sin embargo, no fue posible concretar su participación¹. Es necesario realizar el alcance respecto de los países que aplicaron sólo una vez, en tanto, la información otorgada por las activistas podría –desde el rigor científico- no ser representativa, sin embargo, insertas en un contexto regional, dichas aplicaciones más que debilitarse se validan, a través de las coincidencias que se pueden establecer.

En total se gestaron 33 aplicaciones; 29 de agrupaciones lésbicas; tres de organizaciones feministas de derechos humanos y una de una organización de personas viviendo con VIH.

¹ Cabe decir, que posterior a esto, se gestó una búsqueda en internet sobre los temas que aborda este informe especialmente en los países que aplicaron escasamente. La búsqueda fue infructuosa, pues no se logró acceder libremente a un informe de salud sobre lesbianas y bisexuales; a documentos que sistematicen las actividades desarrolladas por activistas lesbianas y bisexuales u a otro tipo de informaciones que ampliaran la representatividad de las aplicaciones, entre otros.

2.- Resultados de la Encuesta

2.1.- Escenarios legislativos de la Salud Lésbica y Bisexual.

En esta primera parte, el instrumento se abocó a indagar en los escenarios legislativos que directa/indirectamente afectan a lesbianas y bisexuales. Para ello, se indagó en cómo eran contenidas por diversas leyes que se asocian a la promoción de la no discriminación por sexo y orientación sexual de tal modo de obtener información sobre su relación con el acceso a la salud de esta población.

2.1.1.- Derechos Sexuales y Reproductivos

Este trabajo asume los derechos sexuales y reproductivos como una versión que interpreta los derechos humanos desde la sexualidad. Enfatizamos, entre otros, que dichos derechos garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en la esfera sexual y reproductiva. Considerando la importancia de lo indicado, al aplicarlo a la vida de lesbianas y bisexuales, es que se indaga en cómo han sido resguardados por los gobiernos que representan a los estados.

La indagación dio cuenta de que en la mayoría de los países no existe Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos. Sólo Argentina cuenta con esta ley (Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable) la que fue sancionada por el parlamento en el año 2002². Cabe indicar –lo que no era objeto de indagación, pero que se extrae de las aplicaciones- que en cada país sí existen políticas y normativas que rigen sobre la sexualidad y la reproducción cuyo enfoque está bajo el alero de la planificación familiar heterosexual. El enfoque hegemónico para abordar estas temáticas, inhibe un adecuado acceso a la salud de lesbianas y bisexuales y además obstruye debates

² Para ampliar la visión sobre este tema se sugiere revisar: Cárdenas, Edume, Tandeter Leah: “Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Una revisión de su legislación y jurisprudencia”, CONDERS 2008

significativos relacionados con aquellos parentescos que desestabilizan los rígidos contenidos de la familia heterosexual y el aborto, entre otros.

En Ecuador existe una aprobación constitucional de los derechos sexuales y reproductivos desarrollada en 1998 que se expresa como Derechos Civiles en el artículo 23 numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 20, 25, 26 y como Derechos Económicos, Sociales y Culturales en los artículos 37, 39, 40, 41, 42, 43 párrafo 2, 49, 50 numeral 4 y 7. La consagración ecuatoriana se destaca, en tanto, en América Latina y el Caribe, ha sido la primera Carta Magna en incluirlos. No obstante, una Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos, no existe en ese país.

En Chile, Perú, Bolivia, Costa Rica, Colombia se han elaborado propuestas de ley en este sentido que han ingresado al parlamento. Hasta la fecha no han sido discutidas. En México, República Dominicana, Venezuela, Nicaragua no existen propuestas al respecto³. En la **Tabla 2** se sintetizan los datos entregados por las activistas al respecto.

Tabla 2. Países con/sin Leyes de D.D.S.S.R.R

PAISES		
Con Ley de D.D.S.S.R.R	Sin Ley de D.D.S.S.R.R.R	Con propuestas de ley
1 de 11	5 de 11	5 de 11

Al hablar de los obstáculos que inhiben la concreción de la ley en Argentina, las activistas relevan que la influencia e intervención de grupos conservadores logran impedir el debate en torno a los temas que regula. Para las activistas, es éste un tema de vulneración de derechos humanos que afecta especialmente a lesbianas y bisexuales. Las activistas informantes establecen que la promulgación de la ley no incorpora a lesbianas y bisexuales de manera explícita, sino que opera desde un

³ Para ampliar la visión sobre este tema se sugiere revisar: "Sistematización y análisis de Leyes de salud Sexual y Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina y El Caribe". UNFPA 2006; Villanueva Rocío: "Protección Constitucional de los Derechos Sexuales y Reproductivos". Revista II DH. Nº 23, junio 2006

ideario heterosexista. Sólo hace un tiempo –indican “se hizo una modificación a la ley en donde se incorpora la temática LTGB, pero en la práctica aun nada”.⁴

La investigación al respecto permite indicar que existen provincias que no legislan sobre la materia, pero sí lo hacen -a modo de contraste- en favor de la protección de los derechos de la persona por nacer lo que claramente apunta a la obstrucción de la libertad, gratuidad y seguridad respecto del aborto. Así también en Argentina “aún continúan vigentes algunas leyes provinciales que poseen terminología que evidencian posiciones tradicionalistas y conservadoras en relación a la familia, los roles de los géneros”⁵. Ejemplo de ello son las faltas contravencionales que penalizan expresamente la expresión homosexual y travesti en 11 provincias de Argentina⁶.

Lo indicado permite establecer que no existe una relación coherente entre la promulgación de la ley y la modificación de las situaciones de discriminación que afectan en ese país a lesbianas y bisexuales.

En la siguiente tabla se describen los obstáculos que existen a nivel local y regional para aprobar una Ley de D.D.S.S.R.R. Lo regional se aborda en base a las coincidencias que se establecen entre los países.

Tabla 3. Obstáculos para promulgación de Ley D.D.S.S.R.R

OBSTÁCULOS PROMULGACIÓN LEYES D.D.S.S.R.R		
País	Descripción	Coincidencias
Chile	La ley, presentada en el 2002, no es considerada importante, por esto no moviliza el compromiso parlamentario en pro de su conquista. Lo anterior es fortalecido por el sistema binominal de elección parlamentaria y presidencial. Existe	Existe obstrucción de la aprobación de leyes de D.D.S.S.R.R ejercida por grupos conservadores. Entre estos se cuentan sectores políticos que temen las consecuencias de apoyar este tipo de leyes y los que se vinculan con idearios religiosos. En relación a esto último la Iglesia católica es signada como una opositora a la ley de

⁴ Grupo Humanidad

⁵ Op.cit pp. Nº 41

⁶ Para profundizar en estas informaciones revisar “A 40 años de Stonewall: Transfobia, Lesbofobia, Homofobia, Bifobia en América Latina y El Caribe”. ILGA LAC, 2008. Disponible en internet

una fuerte invisibilización del debate que está en manos de grupos conservadores como la iglesia y la derecha política. A lo anterior se agrega que el movimiento social no ha incorporado el tema a sus agendas políticas. Son las agrupaciones de mujeres y feministas las que han gestado presión social al respecto; en este contexto es significativa la ausencia del movimiento LTGBI, lésbico y bisexual.

D.D.S.S.R.R en todos los países que aplicaron el instrumento. En la mayoría existe un trabajo desarrollado por la sociedad civil para ingresar esta ley a la discusión parlamentaria, sin embargo, se aprecia un decaimiento de las fuerzas iniciales que han mermado la incidencia de los distintos grupos sociales que se han vinculado a esta temática. Se observa un fuerte protagonismo del movimiento feminista y de mujeres y una debilitada representación del movimiento lésbico, bisexual, LTGBI. Esta situación ha facilitado que la incorporación de estas identidades a las propuestas de ley no haya abordado -en la mayoría de los casos- sus especificidades identitarias.

Perú Las modificaciones realizadas al proyecto original han gestado que la perspectiva de género que incluía cuando fue presentada en el año 2007, haya perdido su fuerza original. Lo indicado se inscribe en un escenario de conservadurismo legislativo frente al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esto es considerado el principal obstáculo para la votación favorable de la ley.

En base a lo anterior se puede establecer que el movimiento social no ha asumido estas temáticas profusamente asociadas a mujeres. De este modo se releva la ausencia de debate político ciudadano de los temas que se plantean en una Ley de D.D S.S.R.R. Esto tiene consecuencias diversas. Unas se relacionan con la invisibilidad de esta temática asociada a la inferiorización e la misma, por lo que es reemplazada, por distintos otros temas de “mayor importancia”. Otras se relacionan con la no articulación entre distintas variables discriminatorias que construyen en la actualidad a América Latina y El Caribe. Esta última consecuencia es significativa, pues los fenómenos relacionados con raza, clase y género se articulan fuertemente en este continente, en base a nuestra historia de colonización. Ésta se reproduce en la omisión de la discusión respecto de estas temáticas; en la no ampliación de sus contenidos; en la reproducción de un enfoque binario que no considera especificidades respecto de lesbianas y bisexuales y de otras categorías identitaria; en la no articulación, vale reiterar, de variables de discriminación en pro de procesos de liberación y transformación amplios e integrales.

Bolivia En Bolivia la ley presentada en el año 2008 cuenta con la fuerte oposición de la Iglesia católica y de otras que se identifican con el cristianismo. Pese a que se han gestado acciones en pro de la no discriminación por orientación sexual no se ha facilitado el desarrollo de ninguna acción en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Costa Rica La acción de grupos conservadores ha sido fundamental para obstruir la tramitación y promulgación de la ley que fue presentada en el año 2006 al parlamento. Dichos grupos, a través de la acción de Diputados y Diputadas, han impedido que esta ley sea aprobada.

En lo anterior late el ideario de la institucionalidad heterosexual. Con ello nos referimos a un mecanismo social que normaliza comportamientos. De este modo las voluntades son trascendidas, pues se identifican con la imposición de un sentido común que priorizará la

Nicaragua La propuesta de ley ha sido presentada en el año 2010. El proceso de tramitación y discusión de la

misma se ha visto intervenida por la acción en el marco de lo que considera normal. falta de voluntad de política de Diputadas y Diputados de la nación

En base a lo anterior emergen dos elementos íntimamente relacionados. Por un lado la **invisibilidad** lésbica bisexual, ampliamente difundida como mecanismo de exclusión que les afecta. *“Se enfatiza su asociación a la violencia gubernamental. Ésta vulnera derechos de grandes grupos de la población en base a imposiciones culturales dominantes que instituyen la idea de un único bien común”*⁷. *“Por otro lado la **Interseccionalidad** como estrategia que ilumina la existencia de aquellas invisibilizadas por los discursos dominantes. Nombrar “mujer” selecciona culturalmente una figura blanca, burguesa, heterosexual. Esto excluye a la lesbiana y a la bisexual”*⁸.

Cabe indicar, que los obstáculos que se consignan son plataforma de la obstrucción de otras leyes y/o normativas que impiden la concreción de un enfoque de salud integral. Esto, por cierto, que afecta negativamente la calidad de vida de lesbianas y bisexuales.



Estas son algunas de las principales temáticas y exigencias inscritas en el marco que proveen los Derechos Sexuales y Reproductivos. El derecho a decidir sobre el propio cuerpo es vulnerado por imposiciones estatales y religiosas en los distintos países de Latinoamérica y El Caribe. Han sido las organizaciones feministas las que especialmente se han vinculado a la lucha por conquistarlos.

⁷ Hernández Toli: “Derechos y Exigencias políticas Lésbicas y Bisexuales”. Borrador de documento de discusión para el Encuentro Lésbico Chileno con participación de cuatro regiones, junio 2011. Dicho Encuentro fue un proyecto ejecutado por Mums en base al apoyo financiero de UNIFEM. El documento en cuestión fue elaborado de manera voluntaria y gratuita.

⁸ Ibídem pág.Nº1

Los derechos sexuales y reproductivos -sin leyes que inhiban su administración en función de bienes hegemónicos politizados - son vulnerados, como se observó, en la mayoría de los países de LAC. Así también, existe una escasa enunciación de las identidades lésbicas y bisexuales en las presentaciones que la sociedad civil ha desarrollado. Lo indicado, anticipa un abordaje de la salud precario, dada la heteronormatividad que le sustenta, que excluye a las sexualidades no heterosexuales.

A la pregunta **¿Describa cómo se aborda en su país la salud sexual de lesbianas y bisexuales. ¿Existe preparación profesional, hay sensibilidad frente al tema, otros?,** las activistas afirmaron, en un 100% de los casos, que la sensibilidad y los conocimientos de profesionales de la medicina, administrativas/os y de las organizaciones de la sociedad civil son las principales dificultades de la atención en salud a la que acceden lesbianas y bisexuales.

La implementación heterosexista de aquellas leyes que se promulgan y la no promulgación de aquellas que la sociedad civil exige, impulsan las conductas médicas y civiles mencionadas. Las activistas develan, que si bien existen grupos organizados que abordan estas temáticas, las intervenciones que desarrollan son de cobertura escasa; que la inclusión de lesbianas y bisexuales es tangencial -muchas veces sólo corresponden a enunciaciones promovidas por las activistas. Esto se agudiza con la falta de preparación al respecto y la falta de intercambio con el activismo de mujeres feministas⁹. Vale decir que estas últimas son mucho más visibles en procesos de

⁹ Dicho resultado encuentra explicación en la denuncia permanente en torno al compromiso del feminismo experimentado por mujeres heterosexuales. Son diversos los textos, notas que develan la falta de colaboración, dada la escasa comprensión de lo que significa ser lesbiana, como una opción política, más allá de la orientación sexual. *“Si una feminista no puede ser lesbiana lo que está diciendo es que sólo nos representa como una práctica sexual que nos vacía de contenido político a la vez que profundiza la inscripción de la mujer en el régimen heterosexual”*. Para ampliar las miradas respecto de este tema se sugiere revisar: Mogrovejo Norma: *“Un amor que se atrevió a decir su nombre: La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos homosexual y feminista en América Latina”*. Plaza y Valdés 2000; Hernández Toli: *“¿Heterocéntricas o diversas? Descripción de algunos fragmentos políticos lesbofeministas y de su relación con el movimiento feminista asociado a la heterosexualidad n Chile. (Versión final), 2010.*

incidencia política, siendo voz mayoritaria frente a lesbianas y bisexuales, muchas veces atrapadas por la opresión que se gesta a partir de sus deseos sexuales, entre otros. En este sentido, las activistas agregan, que la preparación/formación y/o educación comunitaria, se ha focalizado fundamentalmente en la prevención del VIH, lo que ha invisibilizado las problemáticas de salud que las afectan. Finalmente, la sensibilización es una práctica descrita como necesaria en un grupo significativo de países. Este hecho anticipa la existencia de conductas discriminatorias que implican la no existencia de atención especializada en la salud de este grupo de humanas.

2.1.2.- Otras Leyes

Intentar desarrollar un camino que finalice con el planteamiento de acciones específicas que beneficien la salud de lesbianas y bisexuales, requiere profundizar en otros aspectos legales. En este apartado el instrumento recopiló información en torno a otros aspectos normativos que posibilitan el reconocimiento de las particularidades lésbicas y bisexuales, ya sea a través de su penalización o de la protección y/o resguardo de sus derechos.

a. Antidiscriminación

Sólo en México existe Ley Antidiscriminatoria. En Bolivia y Ecuador existe consagración constitucional respecto de la no discriminación por orientación sexual. En Bolivia, esto se expresa en el artículo 14 que determina la prohibición de la discriminación por orientación sexual e identidad genérica. En Ecuador la Constitución en su artículo N° 11 prohíbe la discriminación por orientación sexual. Además, en este mismo país, la ordenanza N° 240 refuerza lo indicado en función de resguardar el bienestar y castigar la discriminación en caso de que esta existiera. En todos estos países- México, Bolivia, Ecuador- se declaran problemas de implementación que afectan la erradicación de la discriminación a personas lesbianas y bisexuales. En este sentido, dichas normativas no

enuncian específicamente a lesbianas y bisexuales. Lo anterior ocurre en todos los países de LAC en donde la ley ha tipificado la orientación sexual como ámbito de acción legal. Ésta, en los últimos años, ha ampliado sus contenidos incorporando la identidad de género ligado a la identidad travesti, transgénera, transexual.

En Argentina y Brasil una Ley Antidiscriminatoria sólo ha sido promulgada en algunos estados, es decir, no posee carácter de ley nacional. Esto, que da cuenta de las complejidades de una organización política federativa en LAC, expresa a su vez, las contradicciones existentes en este ámbito en esos países, que se proyectan, por cierto, a otros países del territorio. Si bien la Ley de Matrimonio Igualitario en Argentina es una ley nacional, es decir, que rige para todos los estados del país, la ley antidiscriminatoria no posee el mismo rango.

En Perú existe una Ley de Igualdad de Oportunidades- L.I.O, que castiga la discriminación por sexo y género, entre otras variables de discriminación. Esta fue aprobada el 2007, pese al significativo cuestionamiento de grupos lésbicos feministas articulados como Bloque Lésbico, que denunciaban la eliminación de la orientación sexual del listado de discriminaciones arbitrarias.

En Costa Rica y República Dominicana no existe Ley Antidiscriminatoria; sí existen algunas leyes que contienen indicaciones específicas respecto de la discriminación por orientación sexual. En Costa Rica, la Ley General sobre VIH expresa lo indicado. Considerando que las lesbianas no son concebidas como un grupo vulnerable frente a esta epidemia, no es errado pensar en que serán invisibilizadas por un enfoque que atiende las necesidades de aquellos –pese al tránsito desde el enfoque de riesgo al de vulnerabilidad-, considerados prioritarios frente a los impactos del virus. Lo anterior es homologable a todos los países que cuentan con Leyes VIH que enuncian el concepto orientación sexual como variable que se prohíbe discriminar. En República Dominicana, la Ley General de la Juventud consigna en su artículo Nº 27 que las y los jóvenes dominicanas/os no pueden ser discriminadas/os por su sexo u orientación sexual.

En Chile no existe promulgación de ley Antidiscriminatoria. Ésta, que fue presentada en el año 2002 al parlamento recibió respuesta en marzo del año 2005 a través de una iniciativa que estaba orientada a “eliminar y prevenir” los actos discriminatorios ocurridos en país. En el año 2010 Chile pasa a ser demandado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos por el caso de Karen Atala, a quien se le arrebató la tuición de sus hijas en base a su orientación sexual. No obstante, tomadoras/es de decisión han movilizado cambios a la Ley que establece medidas en contra de la discriminación que involucran la no contemplación de la variable género en el listado de discriminaciones arbitrarias y la reducción de sus alcances respecto de la eliminación y prevención¹⁰. Lo indicado se contrapone a indicaciones municipales que declaran a algunas comunas del país como libre de discriminación por orientación sexual, lo que claramente no tiene injerencia en la toma de decisiones a nivel nacional.

En Nicaragua no existe Ley Anti Discriminatoria. Las activistas que aplicaron el instrumento desconocen otros mecanismos que tiendan a erradicar la discriminación a lesbianas, bisexuales u otras categorías no heterosexuales por su orientación sexual. Las activistas enfatizan que las indicaciones generales respecto de la discriminación, carecen de un enfoque de género que desestabilice los contenidos binarios del mismo. Así es que en el Código Penal nicaragüense los artículos 315, 427, y la ley 238 sobre Vih-Sida abordan la discriminación sin enunciar categorías no heterosexuales. Sólo en el marco de la salud existe la resolución ministerial 249 del año 2009 que resuelve movilizar una serie de acciones en contra de la discriminación por orientación sexual que involucran a establecimientos públicos y privados; personal del Ministerio de Salud; Instituciones del Estado y agencias multilaterales. Dicha resolución es aún escasamente conocida por la sociedad civil y también por las/os profesionales de la salud.

¹⁰ Para ampliar esta información se sugiere revisar páginas y blogs tales como: <http://ideassingeneroideasdetodaindole.blogspot.com/>; <http://www.transexualesdechile.org/>; www.mums.cl; www.humanas.cl

En Venezuela no existe Ley Antidiscriminatoria; sí existe un caso de Unión Afirmativa en donde la sentencia emitida por la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia indicó la inconstitucionalidad de la discriminación por orientación sexual, sin embargo, no se establecen medios específicos para sensibilizar, promover e implementar sus contenidos.

En términos generales, no existen alcances específicos respecto de lesbianas y bisexuales. Estos se hacen de modo indirecto al relacionarlos con el concepto de orientación sexual e identidad de género. Esta última categoría, que se relaciona especialmente con personas trans, expresa un sentido de mejora que afinan los enfoques legales en razón de las necesidades específicas que poseen distintas identidades. En este sentido, cabe mencionar, que en Chile el Tribunal Constitucional ha sentado diferencias contradictorias respecto del consentimiento sexual entre homosexualidad y heterosexualidad. Su último fallo en esta área ha sostenido que la edad de consentimiento sexual varía entre personas homosexuales y heterosexuales, estableciéndose que para las primeras la edad corresponde a 18 años y para las segundas 14 años. En este contexto, del todo arbitrario, se declara y establece que las lesbianas no serán penalizadas¹¹.

Finalmente cabe resaltar que en Costa Rica y Argentina se realizan acciones en el marco del 17 de mayo, “Día internacional en contra de la Homofobia”. En Costa Rica las instituciones del Estado son alentadas a realizar acciones para erradicar la discriminación por orientación sexual. En Argentina el Día en contra de la Homofobia es parte del calendario escolar. En Ecuador la ordenanza 240 establece sólo para el municipio de Quito el 17 de mayo será conmemorado como el día internacional contra la homofobia.

¹¹ Las declaraciones de algunas activistas lesbianas dan cuenta de lo contradictorio de la medida, en tanto, aparentemente aporta a la igualdad legal de lesbianas, sin embargo, aporta a la constitución de un ideario que favorece la vulneración de derechos de lesbianas, a través de un ideario gatopardista que promueve: Cambia poco, para que no cambie nada. Para ampliar la mirada sobre este tema se recomienda visitar: <http://www.rompiendoelsilencio.cl/2011/01/08/tc-rechaza-requerimiento-de-inaplicabilidad-de-articulo-365-y-dice-que-relaciones-lesbicas-son-legales/>; <http://www.elciudadano.cl/2011/01/11/lesbofobia-y-no-solo-homofobia/>

Tabla 4. Panorama General Antidiscriminatorio

	Ley Antidiscriminatoria		Leyes, artículos, indicaciones antidiscriminatorias relevantes	Descripción General respecto de lesbianas y bisexuales
	Sí	No		
Ecuador		X	Protección Constitucional	Sin coherencia entre discurso y práctica. Sin inclusión específica de lesbianas y bisexuales
Perú	X			Sin inclusión de orientación sexual como variable de discriminación. Sin inclusión específica de lesbianas y bisexuales
Colombia		X		Se establece igualdad de todas las personas en la Constitución sin diferenciaciones. No se incluye variable orientación sexual. Existe un marco legal progresista que avanza en distintas leyes. Sin inclusión específica de lesbianas y bisexuales
Bolivia		X	Constitucional	Sin coherencia entre discurso y práctica. Sin inclusión específica de lesbianas y bisexuales
Venezuela		X	Dictamen declara inconstitucionalidad de la discriminación por orientación sexual	Dicho dictamen no ha facilitado el desarrollo de acciones concretas para hacer realidad su mandato. Sin inclusión específica de lesbianas y bisexuales
Argentina	Sólo en algunos estados		Día contra la Homofobia incorporado en calendario escolar.	Escenario contradictorio, pues logra Matrimonio Igualitario; algunos estados poseen ley antidiscriminatoria, sin

			embargo, existen edictos que penalizan el travestismo. No existen especificaciones respecto de lesbianas y bisexuales
Chile	X	Indicaciones municipales declaran la discriminación por orientación sexual	Pese a que CIDH ha expuesto internacionalmente las deficiencias de este país en la materia, lo que se ha desarrollado en base al caso de Karen Atala, no ha generado ninguna acción específica de no discriminación a lesbianas y bisexuales u orientación sexual de modo general.
Nicaragua	X	Resolución ministerial 249 del año 2009	Existe invisibilidad de lesbianas y bisexuales. Las activistas mencionan que el enfoque de género es aquel que alude a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, lo que las excluye de posibles beneficios respecto de la salud desde un enfoque integral. En el marco jurídico-agregan- las lesbianas no existen.
Costa Rica	X	Día en contra de la homofobia con acciones institucionales; Ley general sobre VIH	No existen alcances específicos que aborden la realidad de lesbianas y bisexuales.
México	x		
R.	X	Ley de la Juventud	No existen alcances

 Dominicana

 específicos que
 aborden la realidad de
 lesbianas y bisexuales.

b. Leyes que penalizan a lesbianas y bisexuales

Las activistas no reconocen leyes que de modo específico y directo penalicen a lesbianas y bisexuales, sin embargo, establecen que la interpretación de la ley que realizan quienes actúan como juezas/es, es determinante en las tipificaciones de delito que se han establecido en distintos lugares y que han afectado a esta población.

Las activistas mencionan en los distintos países algunos artículos y reglamentaciones que afectan a lesbianas y bisexuales. En Chile esto se expresaría a través de la existencia del artículo 373 del Código Penal que rige sobre la moral y las buenas costumbres. Dicho artículo, ha sido utilizado en diversas oportunidades para reprimir la expresión libre de afectos en lugares públicos de lesbianas y bisexuales.¹² En México los Reglamentos de Policía y Buen Gobierno de Municipios se han usado para detener o extorsionar a parejas de lesbianas en la vía pública o en sus vehículos¹³. Es difícil para las activistas mexicanas establecer si esta es una realidad que se aplica a todo México, en tanto, existen 2.445 municipios y cada uno de ellos puede tener o no reglamentos o incluso policía municipal. En este mismo país y contexto las activistas declaran que la bisexualidad de las mujeres es causal de divorcio.

Tanto en Bolivia como en Chile las activistas declaran que lesbianas y bisexuales han sido impedidas de donar sangre por ser lesbianas o bisexuales. En Argentina “la

¹² Existen antecedentes sobre este hecho que se remiten al año 2000, momento en que se inicia una campaña de derogación del artículo 373. En el Informe de D.D.H.H.H de MUMS 2006 coordinado por Toli Hernández se establece vía fuentes instaladas en el Ministerio de Justicia que se ha emitido una orden no oficializada de no aplicación de dicha ley a personas lesbianas, trans, gays, bisexuales, sin embargo, las declaraciones apuntan a que su aplicación se realiza hasta momentos antes de que los casos deban ser remitidos al Tribunal, lo que invisibiliza la arbitrariedad y violencia de sus explícitas impugnaciones.

¹³ Para ampliar la mirada sobre este dato se recomienda revisar:

http://portal.monterrey.gob.mx/pdf/reglamentos/Reg_policia_buen_gobierno.pdf

Resolución N° 865/2006, que reglamenta la Ley N° 22.990, mediante la cual los distintos servicios de hemoterapia de los hospitales públicos de la Ciudad realizan una entrevista previa a donar sangre que contiene términos discriminatorios por la que se nos impide donar sangre a las personas gays, lesbianas, travestis, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI)”¹⁴.

En base a las consignaciones de las activistas se puede enunciar que la penalización de lesbianas y bisexuales se basa fundamentalmente en:

- La interpretación de leyes en base a prejuicios y al reconocimiento de la heterosexualidad como conducta normal;
- Artículos del Código Penal discriminatorias;
- Normativas que impiden prácticas ciudadanas específicas como la donación de sangre;
- La transformación de la identidad lésbica y bisexual en argumento que justifica la violencia expresada en el cuestionamiento de la maternidad, en los despidos, en la muerte;

Lo anterior, se basa en construcciones culturales que -siguiendo a Lamas- se constituyen en base a clasificaciones que indican lo que se es y lo que no se es, es decir, en base a oposiciones binarias entre dos categorías¹⁵. La construcción cultural de la diferencia sexual, alude a los distintos símbolos, ideas, prácticas, discursos que construyen las diferencias basadas en el sexo en las distintas culturas. Los procesos de significación exacerban dichas distinciones, relegando a las personas y sus deseos a espacios sociales diferenciados de mayor o menor valía, lo que se concreta a través de mecanismos -en el caso de lesbianas y bisexuales- como los indicados en el párrafo anterior.

¹⁴ Para ampliar la mirada sobre este tema en Argentina se sugiere revisar:
<http://cha.org.ar/articulo.php?art=423&cat=16>

¹⁵ Lamas Marta: “Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género”. En Papeles de Población. Julio- Septiembre N° 021. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca- México, 1999

Las activistas no reconocen la existencia, como ya se indicó, de leyes que afecten directamente a lesbianas y bisexuales, sin embargo, es importante reforzar que tras las interpretaciones -que gestan discriminación y penalización- se oculta la operación del sistema heteronormativo. Éste, instituye limitantes a comunidades humanas- entre ellas lesbianas y bisexuales-, para preservar la organización política de su dominación. Lo anterior ayuda a explicar casos como los de Karen Atala, Sandra Pávez o Natalia Gaytán¹⁶.

POR SER LESBIANA



KAREN ATALA,
NO PUEDE SER MADRE

SANDRA PÁVEZ,
NO PUEDE HACER CLASES

NATALIA GAYTÁN,
NO LA DEJARON VIVIR

Volante creado por lesbianas de ILGA LAC que denuncia la violencia que afecta a lesbianas. En el caso de Karen Atala la interpretación de la ley vulnera su derecho a ser tratada con igualdad frente a ésta. Sandra Pávez fue impedida de hacer clases de Religión por ser lesbiana y Natalia Gaytán asesinada por el padre de su novia que no aceptaba la relación.

¡REBÉLATE!

13 de octubre-Día de las Rebelías Lésbicas

ilga LAC

c. Leyes que protegen a lesbianas

En general no existen leyes que protejan especialmente a lesbianas y bisexuales. La protección legal se gesta en base a la interpretación del concepto de orientación sexual que ha sido incorporado en las enunciaciones legales ya revisadas en las páginas anteriores. Sólo en Perú, las activistas dan cuenta de la inclusión de la palabra lesbiana

¹⁶ Lesbianas vulneradas en sus derechos fundamentales. Atala, en Chile, fue impedida de ejercer su maternidad por convivir con una pareja mujer; Pávez, también en Chile, es impedida por la Iglesia de hacer clases de Religión por asumirse como lesbiana; Natalia Gaytán fue asesinada brutalmente en Córdoba Argentina en marzo del 2010. Cabe decir que se han registrado otros asesinatos a lesbianas en LAC. Un Informe sobre ello será desarrollado por ILGA LAC.

en el Plan de No Violencia en contra de la mujer 2009-2015¹⁷. En dicho documento se puede encontrar, entre otros, los datos de una sociedad en donde las mujeres no tengan distinción por diversas variables en donde es mencionada la orientación sexual; la cita de la violencia sexual y homofobia al hablar de expresiones de violencia a la mujer y en la página 14 inciso VI se habla específicamente sobre homofobia y discriminación a lesbianas. El documento además plantea casos de mujeres con condiciones de mayor vulnerabilidad. Allí inscribe a aquellas que poseen una orientación sexual distinta de la heterosexual.

2.1.3.- Multisectorialidad

El instrumento en este punto enfatizó la descripción de información en torno a la relación de lesbianas y bisexuales con el concepto vulnerabilidad en base a la información de algunos trabajos al respecto¹⁸. Las temáticas que fueron consideradas en la indagación fueron nueve. Su selección se basó en los argumentos que someramente se consignan:

- **Políticas de Género:** Se considera al género como una construcción cultural que debe transgredir el limitado enfoque heterosexual, base de la discriminación y violencia que afecta a lesbianas y bisexuales.
- **I.T.S:** Algunas ITS han incrementado su incidencia en lesbianas y bisexuales. Los datos corresponden fundamentalmente a estudios basados en realidades europeas, lo que exige confirmar si esta realidad se reproduce en LAC.

¹⁷ Para ampliar el conocimiento sobre este tema se sugiere revisar:
http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/publicaciones/plan_nacional_contra_violencia_mujer_2009_2015.pdf

¹⁸ Entre otros: Galarreta María Elena: "Salud de lesbianas en Lima. Apuntes desde la experiencia de atención". http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/Art_MariaElena.pdf; ILGA: "La salud de las mujeres lesbianas y bisexuales", 2007; Platero Raquel: "Lesbianismo y Salud: Revisión breve de la cuestión", 2002.

- **Prevención VIH:** En las afirmaciones que indican que lesbianas no tienen riesgos frente al VIH/SIDA, se oculta una mirada heterocéntrica que soslaya que el estigma y discriminación es variable estructural de la epidemia. Dados los impactos del virus éste se aborda de modo separado a las ITS.
- **Depresión, Obesidad Mórbida y Consumo Conflictivo de drogas y alcohol:** Los significados otorgados a la identidad lesbiana son por lo general vagos y negativos¹⁹. Este proceso se vincula a estados depresivos y ansiosos que se manifiestan a través de la obesidad, del consumo conflictivo de drogas y alcohol, entre otros.
- **Cáncer:** Un número significativo de lesbianas no asume un rol reproductivo. Durante este proceso se liberan células que inhiben el cáncer de mamas, lo que explica la doble incidencia del cáncer de mamas que estudios europeos han detectado en esta población. La depresión, obesidad mórbida y/o consumo conflictivo de drogas y alcohol, se transforman en factores de riesgo que agudizan esta problemática²⁰.
- **Educación y Laboral:** Estos son los ámbitos en los cuales se detectan una mayor cantidad de denuncias por discriminación en América Latina y El Caribe. En Educación las denuncias se han hecho más visibles que en el ámbito laboral. Estos aspectos dan cuenta de un enfoque integral de la salud que transgrede el escenario físico de manifestación.

En el siguiente cuadro se incluyen sólo aquellas temáticas en donde se aprecian acciones y hechos más concretos o que las activistas vinculan directamente con lesbianas y bisexuales.

¹⁹ Ken Plumier (ed.) Routledge: "Coming out. Lesbian identities and the categorization problem" en *Modern homosexualities: Fragments of lesbian and gay experience*: London and New York. 1992.

²⁰ Para obtener más datos sobre este y otros temas revisar entre otros: Hernández Ana: "Identidad Sexual y hábitos de salud" LAMBDA, 2003; Eiven Laura, Sardá Alejandra y Villalba Verónica: "Lesbianas, salud y derechos humanos desde una perspectiva latinoamericana Un aporte para la discusión y la reflexión" Documento presentado en el 9no. Encuentro Internacional Mujer y Salud en Toronto, Canadá, entre otros. Todos disponibles en Internet.

Tabla 3. Lesbianas, bisexuales y temáticas de su vulnerabilidad

Temática	Descripción	
	Coincidencias	Diferenciaciones
Políticas de Género	En términos generales estas abordan la relación heterosexual entre hombres y mujeres. Las políticas de género se implementan para superar la desigualdad entre estas categorías sin considerar las necesidades especiales que poseen lesbianas y bisexuales dado los impactos de la discriminación que les afecta. En todos los países, lesbianas y bisexuales son parte -no permanentemente- de algunas cátedras del currículum de Universidades que desarrollan post grados en género.	En Perú el Plan Nacional de Lucha contra la violencia hacia la mujer 2009-2015 menciona la homofobia como una de las causas de agresión hacia las mujeres. No obstante la invisibilidad del concepto lesbofobia- indican las activistas- da cuenta de la no existencia de lesbianas y bisexuales para el Estado. En México existen apoyos específicos al desarrollo de proyectos impulsados por y para lesbianas.
I.T.S	No existen políticas de gobierno que incorporen a lesbianas y bisexuales en programas de salud que aborden estas temáticas. Las acciones de sensibilización y educación respecto de este tema son realizadas fundamentalmente por activistas lesbianas	No existen diferenciaciones significativas. Lesbianas y bisexuales no son consideradas especialmente en las políticas de gobierno destinadas a disminuir la prevalencia de la población a distintas I.T.S
Prevención VIH	Se aprecian campañas de sensibilización dirigida fundamentalmente a población heterosexual, El enfoque preventivo enfatiza la vulnerabilidad de gays y trans sin considerar aquella que afecta a lesbianas y bisexuales, por lo que los fondos de apoyo gubernamental y fondo global de lucha contra el sida no consideran acciones más amplias que prevean embates sorpresivos que la epidemia ya realizó en décadas anteriores.	Las Campañas de sensibilización masiva a través de medios de comunicación en algunos países han incluido imágenes de personas no heterosexuales gays, lo que abre una posibilidad más amplia a la visibilidad de la identidad lésbica en el marco de la salud. Sin embargo en LAC no existe reconocimiento de la vulnerabilidad de lesbianas frente a la epidemia del VIH.
Educación y Laboral	No existen alcances específicos a lesbianas y bisexuales. Las disposiciones legales no discriminatorias no son coherentes respecto de sus impactos con la realidad discriminatoria que existe en cada uno de los países participantes del Quick Scan. La discriminación en estos dos ámbitos, especialmente en el que corresponde al laboral es significativamente invisibilizada.	En Argentina se incorpora a través de las indicaciones de la Ley de educación Sexual que las incluye en el marco de la diversidad sexual. En Ecuador se establece el respeto por los espacios académicos sin importar su orientación sexual; lo mismo en el trabajo. En Nicaragua existe una intencionalidad estatal de promover que la diversidad

En estas opera una lógica que naturaliza la discriminación, por lo que a las lesbianas y bisexuales les cuesta comprender que han sido vulneradas en sus derechos. De este modo se comentan casos en educación relacionados con los cambios de ambiente escolar- que han afectado especialmente a lesbianas- en donde éstas indican haber decidido retirarse de sus centros educativos por una decisión personal. Dicha decisión es movilizadora por el acoso del entorno, lo que no es considerado en la precaución que releva la autonomía de la decisión que han tomado. En los trabajos la violencia discriminatoria inhibe las denuncias al respecto.

sexual complete la primaria lo que no considera la secundaria. En Chile existen unas orientaciones para el desarrollo del plan de sexualidad del año 2005 que plantea la no discriminación por orientación sexual; en el ámbito laboral existe el artículo 161 del Código del Trabajo que despiden a la trabajadora/trabajador por necesidad de la empresa, lo que ha sido utilizado para despedir a lesbianas y gays arbitrariamente. En Venezuela la Ley Orgánica del Trabajo incluye la no discriminación por orientación sexual.

Otros

En México la salud emocional y prevención de la violencia en las parejas lesbianas y bisexuales han sido temas considerados en la intervención de su vulnerabilidad. En Perú enfatizan que la no existencia de un amparo legal facilita que crímenes cometidos en contra de lesbianas y por lesbianas queden impunes.

Las temáticas Depresión, Obesidad Mórbida, Consumo conflictivo de drogas y alcohol y Cáncer, no observan, en ninguno de los países que aplicaron la encuesta, acciones gubernamentales dirigidas a lesbianas y bisexuales, que expresen una consideración especial, en base a la relación que se ha podido detectar entre éstas y su calidad de vida.

La temática depresión da cuenta de la inexistencia de una atención especializada, lo que se potencia con la falta de capacitación médica al respecto, producto de la ausencia de políticas de salud que consideren los daños de la discriminación en un marco que cuestione la imposición de la heterosexualidad. Sólo algunas organizaciones abordan esta temática, en varias ocasiones, derivada de la atención de consejería surgida en el marco de los impactos de la epidemia VIH/SIDA. En el caso de programas de nutrición -que abordan la obesidad mórbida- estos existen en cada uno de los

países que aplicaron la encuesta, sin embargo, no hay consideración de lesbianas y bisexuales a través de algún aspecto que enfatice la promoción de su participación en los mismos. El consumo conflictivo de drogas y alcohol, tampoco cuenta con acciones específicas que se dirijan a minimizar sus impactos en la comunidad lésbica y bisexual, no obstante, existen fondos gubernamentales que apoyan acciones de la sociedad civil basado en la relación que existe entre un consumo problemático y el VIH/SIDA; desde esta perspectiva sólo se enfatiza la visibilidad de las identidades gays y trans. El cáncer es un tema que afecta a las mujeres significativamente. En el caso del cáncer de mamas -de mayor incidencia entre lesbianas en base a algunas de las investigaciones citadas en este informe- tampoco se han generado en América Latina y El Caribe, acciones que favorezcan la reducción de sus impactos en esta población.

En este sentido se alimentan las tesis respecto de la baja percepción del riesgo que poseen las lesbianas sobre su salud y los profesionales de la salud sobre la salud de lesbianas y bisexuales. La salud lesbiana y bisexual es considerada de bajo riesgo. La literatura al respecto asocia la “homosexualidad femenina a “una singular “invulnerabilidad” hacia las ITS²¹. Ésta ha sido problematizada a través de la expresión “inmunidad lésbica”²².

Un enfoque de salud integral considera todos estos aspectos. Una adecuada atención en salud implica además el acceso a vivienda, a un trabajo digno, a alimentación, educación, descanso, entre otros, que construyan ambientes libres de violencia y discriminación.

²¹ Dolan K: Lesbian Women and Sexual Health: The Social Construction of Risk and Susceptibility. 2005 New York: Haworth Press

²² Fishman, S; Anderson, E: Perception of HIV safer sexual behaviors among lesbians. Journal of the Association of Nurses in Aids Care 2003; Vol. 14, No. 6, Nov-Dez: 48–55.



Cada vez son más las acciones que visibilizan a lesbianas y bisexuales en instancias donde comúnmente la sujeta de derechos es la mujer. En Chile, poco a poco, grupos feministas han comenzado a desarrollar una práctica permanente de visibilización, lo que se ha sostenido en la interacción entre feministas lesbianas y mujeres feministas. Proceso complejo, pero significativo en el quehacer respecto del logro del respeto del derecho a decidir sobre los cuerpos.

2.2.- Atención en salud de lesbianas y bisexuales

En este apartado se intentó recopilar información en torno a las características del acceso a la salud de lesbianas y bisexuales en los países que aplicaron el instrumento. Se plantearon preguntas abiertas para que las activistas expusieran sus conocimientos. En este ámbito, éstas se plantean más desde la percepción; que desde datos empíricos. Las experiencias al respecto son escasas y aunque los datos no son representativos de los territorios en los cuales se han gestado estos esfuerzos, se validan, pues las respuestas surgen en base a los conocimientos que obtienen en la relación constante con otras lesbianas y bisexuales²³. Sorprende la escasa construcción de información al respecto y el desconocimiento de tesis u otros tipos de trabajos académicos que hayan abordado esta temática. No obstante lo indicado, sus planteamientos posibilitan que se establezcan coincidencias entre los países -lo que entrama realidades y anticipa necesidades comunes- y también características locales específicas.

A continuación se presenta la descripción de las respuestas para cada pregunta formulada.

²³ Es importante relevar que la relación de las activistas lesbianas tiende a desarrollarse entre pares, es decir, con otras lesbianas. La realidad bisexual es aún menos develada que la lésbica. Este estudio hace los alcances cuando considera que son inevitablemente necesarios.

2.2.1.- Del chequeo regular de la salud

a.- ¿Qué puede decir de la regularidad con que lesbianas y bisexuales en su país chequean su salud? Si hay datos en los que se basa su respuesta por favor descríbalos. Si existe bibliografía al respecto cite su nombre y en lo posible cómo acceder a ella.

La percepción de las activistas no permite establecer una frecuencia respecto de los chequeos de salud que realizan lesbianas y bisexuales. La falta de información al respecto, es explicada por las activistas en base a la ocultación de la identidad, datos de salud expresados en categoría mujer y la baja asistencia a centros médicos fundamentalmente por problemas económicos. Los datos entregados, además, entregan información implícita sobre una mirada limitada de la salud de lesbianas y bisexuales, en tanto, varias afirmaciones se centran exclusivamente en la salud sexual y reproductiva. Así mismo –se asume el sesgo de este informe al respecto- no existen datos en torno al acceso a salud basado en modelos de medicina alternativa.

Bajo este alcance, las afirmaciones de las activistas facilitan la construcción del siguiente cuadro:

Tabla 4. Causas de lesbianas y bisexuales para no chequear su salud.

Afirmaciones:	País/países	Cantidad opiniones por país
<i>“No chequean su salud, por...”</i>		
1.-No creer que lo necesitan	Chile, Perú	3 de 8; 3 de 5 respectivamente
2.-Pensar que no adquieren ITS	Chile	Chile: 1 de 8
3.- Ser tratadas como heterosexuales	Argentina	2 de 2
4.-Falta de capacitación médica	Bolivia, Nicaragua.	Chile 1 de 3; 1 de 8; 1 de 3 respectivamente
5.-No tener el hábito	Chile, Perú	4 de 9; 1 de 5
6.-Un servicio poco amable	Chile	2 de 9

7.-Resistencia de las mismas lesbianas	Costa Rica	1 de 1
8.-No preocuparse por su salud	México	1 de 6
9.-No tener conciencia del riesgo	México	1 de 6
10.-Factores económicos	México, Bolivia	1 de 6; 1 de 3 respectivamente
11.- La discriminación	Nicaragua, Perú	1 de 3; 2 de 4 respectivamente
12.- Temor a una experiencia desagradable	Perú	1 de 5

Los datos del cuadro permiten observar la interrelación entre todas las afirmaciones que se consignan. Así se puede establecer una relación directa entre afirmaciones (1), (2), (9) centrada en mitos que indican el bajo riesgo que poseen de adquirir enfermedades asociadas a su identidad; entre afirmaciones (3), (4), (6), (10) en base a aspectos, si bien relacionados con los anteriores, definitivamente vinculados a aspectos institucionales que no están en manos de las usuarias y entre afirmaciones (5), (7), (8) que ponen al centro la autogestión del riesgo de las mismas lesbianas y bisexuales. La afirmación (11) relacionada con la discriminación, es sin duda, una síntesis de todas las afirmaciones que de este modo se entienden como producto y/o resultados de prácticas discriminatorias basadas en la aplicación de mecanismos de exclusión. Más que diferenciaciones territoriales se establecen formas de ver diferenciadas, que así y todo no generan una disrupción significativa en el concierto regional. Así es como, a modo de ejemplo, la aplicación de Costa Rica enfatiza la acción de la propia lesbiana en este proceso. Ellas mencionan “*la resistencia de las mismas lesbianas*” (6), lo que es reforzado por una de las aplicaciones mexicanas que delata que lesbianas y bisexuales no se preocupan por su salud (8). Al preguntarse el por qué de esta mirada, emerge un soporte subterráneo configurado en base a todas las otras afirmaciones que las activistas consignaron y que se registran en el cuadro. Este se relaciona con la percepción de bajo riesgo que poseen lesbianas y profesionales de la medicina respecto de la salud de las primeras lo que articula un círculo vicioso que sólo reproduce este ideario, pues si la medicina no enfatiza la necesidad del chequeo médico de esta población difícilmente aumentarán los índices de atención. Cabe decir

que las respuestas se centraron fundamentalmente en lesbianas. Se puede especular que prácticas heterosexuales de bisexuales incidirían en un chequeo de su salud más habitual, en relación a la construcción de conocimientos al respecto. No obstante, vale establecer, que no existe mucha información al respecto, en tanto, las atenciones brindadas en salud aplican un enfoque heterosexual que invisibiliza la identidad bisexual, al igual que la lésbica.

b.- ¿Qué obstáculos impiden que lesbianas y bisexuales de su país chequeen regularmente su salud?

Las afirmaciones de las activistas transitan por varios tópicos interrelacionados entre sí que se consignan en la tabla Nº 7. Es interesante que no se establezcan elocuentes diferenciaciones territoriales. Las respuestas de las activistas a esta pregunta son notablemente similares en cada uno de los países que son parte de este informe.

Tabla 7. Obstáculos que impiden el desarrollo del hábito de chequeo regular de la salud.

Obstáculos	País/países	Cantidad opiniones por país
1.- Falta de capacitación médica	Chile, Argentina, Bolivia, Colombia, México	7 de 9; 2 de 2; 1 de 3; 1 de 1; 1 de 6 respectivamente
2.- Falta de opciones y heterosexualización de la atención	Bolivia	1 de 3
3.- Mala Atención basada en discriminación lesbofóbica	Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Perú, Venezuela	6 de 9; 1 de 1; 1 de 2; 1 de 6; 1 de 3; 3 de 5; 1 de 1 respectivamente
4.- Baja percepción del riesgo de lesbianas	Chile, Colombia, México, Perú, República Dominicana	1 de 9; 1 de 1; 1 de 6; 2 de 5; 1 de 1 respectivamente
5.- Problemas económicos y culturales de acceso	Bolivia, Chile, México, Nicaragua	1 de 3; 1 de 9; 1 de 6; 1 de 3

Las respuestas articulan un escenario principal respecto de los obstáculos, relacionado con la capacitación médica. Allí los obstáculos Nº 1, 2, 3 se vinculan íntimamente exponiendo una deteriorada atención profesional respecto de las necesidades específicas de lesbianas y bisexuales en salud. Esto es coherente con lo interrogado en el punto 2.1.1 sobre escenarios legislativos (*Describe cómo se aborda en su país la salud sexual de lesbianas y bisexuales. ¿Existe preparación profesional, hay sensibilidad frente al tema, otros?*), en donde el 100% de las aplicaciones plantean que la falta de capacitación médica es una dificultad para que lesbianas y bisexuales accedan a un buen servicio de salud. La falta de capacitación es enunciada a través de distintas afirmaciones relacionadas con “la falta de información, preparación, formación y/o desconocimiento” que poseen profesionales y administrativas/os de la salud. Así mismo, revelan que la baja percepción del riesgo y el desconocimiento de lesbianas y bisexuales sobre este tema es también un factor que incide en el control de su salud. Lo anterior, se relaciona con las indicaciones que realizan, sobre un debilitado empoderamiento político y con el temor provocado por prácticas discriminatorias ampliamente difundidas entre lesbianas.

Pese a que en la pregunta anterior se asume que la discriminación está al centro de un chequeo regular o no de la salud, en este apartado, se realiza una especificación al respecto, dada la cantidad de veces que es mencionada por las activistas. En este sentido, vale decir, que quienes la enuncian no lo hacen en asociación a manifestaciones concretas de su práctica²⁴. Debe relevarse además, que en este punto, las activistas consideran la incidencia de la falta de construcción de conocimiento al respecto. Por otra parte agregan que problemas económicos y culturales inhiben el desarrollo del hábito en cuestión. Estos son funcionales a la consideración de la salud como un aspecto no prioritario de la vida, dadas las exigencias impuestas por la sobrevivencia básica.

²⁴ Entre estas, en base a algunos documentos que se mencionan en este estudio, se cuentan la atención heterosexualizada, la negación de la atención, la derivación a otros profesionales de la salud, entre otras. Más adelante se indaga en la información y percepción de las activistas al respecto.

No existen alcances en torno a la no existencia de políticas y/o programas de salud que aborden la especificidad lesbiana y bisexual, sin embargo, estos aspectos anticipan que éstas -de ser diseñadas- deberían considerar la intervención de los obstáculos informados.



Por una mejor salud para lesbianas y bisexuales es el nombre del texto que ILGA elaboró y que abordó distintas temáticas en torno a su salud en el año 2007. Dicho trabajo ha servido de base para distintas acciones de difusión y capacitación desarrollada por distintas activistas en Latinoamérica y el Caribe.

c.- ¿Existen elementos en su país que faciliten que lesbianas y bisexuales acudan a chequear su salud regularmente?

De los once países que aplicaron la encuesta siete indican que no existen elementos que faciliten que lesbianas y bisexuales chequeen su salud. Tres indican que existen ciertas instituciones privadas que se han ocupado de brindar este servicio; dos plantean que observan la existencia de un sistema de salud que atiende a toda la población y uno que se está generando un proceso de empoderamiento lesbobisexual respecto de la exigencia de los derechos en salud. Sobre la existencia de un plan de salud general –que existe en todos los países- y de instituciones que han abierto este servicio, indican que son del todo insuficientes.

Los países en donde las activistas expresan que no existen facilitadores son: Colombia, Ecuador, México, República Dominicana, Nicaragua. En los casos de Chile y Nicaragua se observa una discrepancia en la información otorgada con la que ILGA LAC maneja de esta situación. En cinco de nueve aplicaciones chilenas se incluyeron respuestas en torno a la no existencia de instituciones que brinden el servicio. La realidad indica que existen a lo menos tres instancias que están prestando este servicio a la comunidad

lésbica; entre estas, dos han sido capacitadas por la Secretaria Regional de ILGA LAC. Nicaragua aplicó en tres oportunidades, sólo en una de ellas se indica que existe una ONG que aborda la atención de la salud de lesbianas y bisexuales. En el siguiente cuadro se consignan estos datos más descriptivamente:

Tabla 8. Facilitadores país que aportan al desarrollo del hábito de chequear regularmente la salud de lesbianas y bisexuales.

Facilitadores	País/países	Descripción
Existencia de instancias privadas y/o gubernamentales comunitarias	Bolivia, Nicaragua, Chile, Venezuela, Perú	Instancias que abren espacios de atención específica a lesbianas y bisexuales. En Bolivia se menciona la ONG Marie Stop; en Nicaragua Sí Mujer; en Chile REDOSS y APROFA Chile; en Perú INNPARES- Chiclayo. En el caso de Venezuela existen Programas de salud privado: PLAFAM y AVESA.
Sistema de salud para toda la población.	Costa Rica, Perú	Sistema de salud general cuyo enfoque es heterosexual. Esto implica falta de sensibilización, preparación médica y desarrollo de conocimientos respecto de las necesidades en salud de lesbianas y bisexuales. Esto es especialmente enfatizado por las activistas peruanas. Esto ocurre en todos los países, sin embargo, sólo los aquí consignados lo mencionan como un facilitador.
Empoderamiento	Argentina	Desarrollo de la confianza, visión y protagonismo para impulsar transformaciones que mejoren su calidad de vida. Es una capacidad que se desarrolla en aquellas lesbianas y bisexuales que participan de grupos

políticos- se afirma en esta aplicación²⁵.

En términos generales, las activistas indican, que pese a que existe un incipiente abordaje de la atención en salud de lesbianas y bisexuales, ésta es aún del todo insuficiente. Dicho abordaje se realiza, vale decir, sólo en instancias no gubernamentales y que no necesariamente son LTGBI o se reconocen como tales. Las instancias en su mayoría son organizaciones cuyo centro de acción se ha focalizado en la salud sexual y en la concreción de los derechos sexuales y reproductivos en los países en que han sido mencionados.

d.- ¿Qué realizaría su organización, colectiva, agrupación para mejorar la calidad de la atención en salud a lesbianas y bisexuales?

Las acciones se pueden agrupar en aquellas que se relacionan con la elaboración e implementación de Políticas Públicas que cubran las necesidades de lesbianas y bisexuales; el desarrollo de conocimientos que involucren a una trama diversa de actrices y actores ciudadanas/os; la sensibilización específica de profesionales, técnicas/os y administrativas/os de la salud y la difusión de información.

Las activistas plantearon en un 80% de los casos, más de una propuesta de acción para mejorar la calidad de la atención en salud a lesbianas y bisexuales.

²⁵ El empoderamiento alude a una filosofía que encuentra su origen en los principios de Educación Popular desarrollados por Paulo Freire. Su desarrollo teórico ha estado significativamente ligado a las mujeres y al camino en el cual éstas acceden al control de los recursos materiales y simbólicos y reforzamiento de sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos de la vida. El enfoque feminista establece que éste incluye el cambio individual y la acción colectiva para desestabilizar las relaciones de poder que las ubican en posiciones de menoscabo económico, social y cultural.

Tabla 9. Acciones para mejorar la atención en salud de lesbianas y bisexuales

Ámbito	País/países	Descripción
Políticas Públicas	Nicaragua, Venezuela, Argentina, Costa Rica	<p>Perú, Chile, Bolivia,</p> <p>Existe un planteamiento general que indica la elaboración e implementación de políticas públicas y otro que especifica sus contenidos. Son mencionadas acciones vinculadas directa e indirectamente al diseño y elaboración de políticas públicas:</p> <p>Chile: Trabajo conjunto con instancias gubernamentales; inclusión de un artículo sobre su atención en salud en el proyecto de Ley de DD.SS.RR que incluya la preparación de personal médico al respecto; Inclusión en políticas de ciudadanía, sexualidad, educativas²⁶.</p> <p>Bolivia: Estrategias de incidencia política dirigidas a empoderar y visibilizar a lesbianas y bisexuales; Planteamiento de necesidades específicas de lesbianas y bisexuales.</p> <p>Costa Rica: Construcción de un protocolo de atención diferenciada en la consulta ginecológica; inclusión en las políticas de la salud de lesbianas y bisexuales</p> <p>Argentina: Realización de mesa interministerial e intersectorial a nivel provincial y nacional en torno al tema.</p> <p>México: Diseño e implementación de un programa integral y accesible a la comunidad lésbica y bisexual.</p> <p>Ecuador: Elaboración y presentación de propuestas de ley.</p>
Desarrollo de conocimientos	Chile, Argentina, Costa Rica	<p>México, Perú,</p> <p>Centradas fundamentalmente en acciones de aprendizaje-enseñanza en torno al tema.</p> <p>Chile: Talleres de Salud y formación profesional, desarrollo de investigaciones que permitan argumentar el por qué de las necesidades de contar con servicios que implementen una atención diferenciada de lesbianas y bisexuales</p> <p>México: Talleres en sexualidad, consejería psicoterapia.</p> <p>Argentina: Talleres de reflexión y discusión.</p> <p>Perú: Desarrollo de investigaciones</p> <p>Costa Rica: Estudios segregados por orientación sexual.</p> <p>Ecuador: construcción de información que demuestre</p>

²⁶ En la actualidad se ha conformado una Mesa de Trabajo de Lesbianas en torno a políticas públicas que incluye el ámbito salud.

			que lesbianas son vulnerables al VIH y otras ITS; que informe sobre la violencia sexual que les afecta
Sensibilización	Nicaragua, Chile, Colombia	Perú,	Acciones que buscan influir sobre las personas para que perciban el valor e importancia de lesbianas y bisexuales Nicaragua: Sensibilización médica Perú: Campañas masivas; alianzas estratégicas con médicos Chile: Campañas masivas con recursos del estado. Colombia: Campaña masiva en torno al respeto por las diferencias en lesbianas, bisexuales y Estado
Difusión de información	Nicaragua, República Dominicana, Chile,		Distribución de información en torno a este tema en la población general de tal modo que se facilite el desarrollo de nuevas acciones y la articulación de los trabajos políticos. Nicaragua: Sobre instancias alternativas de atención en salud R. Dominicana: Sobre instancias alternativas de atención en salud a usuarias lesbianas y bisexuales. Chile: en instancias proveedoras y profesionales de la salud; en población lésbica y bisexual sobre sus derechos; elaboración de material gráfico informativo; consejería Perú: Consejería

2.3.- Enfermedades e inquietudes en torno a salud lésbica y bisexual

En este ítem se intentó recopilar información sobre las necesidades detectadas para favorecer la salud integral de lesbianas y bisexuales. Lo anterior, para favorecer que la lectura de estas líneas oriente las acciones de intervención que realiza el activismo lésbico bisexual a nivel local y regional.

a.- De acuerdo a su experiencia y conocimientos activistas indique cuáles son las enfermedades que más afectan a lesbianas y bisexuales en su país. ¿Qué evidencias sustentan su respuesta?

Las activistas enunciaron un conjunto de varias enfermedades por país. Se observa un enfoque de salud más amplio, en tanto, la diversidad de afecciones transitaron por lo físico y mental. Las informaciones en pocas ocasiones se basan en estudios desarrollados al respecto, por lo general, son resultado de la observación directa, de la información recopilada en las discusiones realizadas en talleres que abordan esta temática, de relatos recurrentes sostenidos por lesbianas y bisexuales; de las informaciones entregadas en citas psicológicas y en talleres de reflexión sobre sexualidad. En Perú se menciona el informe desarrollado por María Elena Galarreta, basado en las atenciones que la profesional desarrolló en el Movimiento Homosexual de Lima- MHOL.

Tabla 10. Enfermedades que afectan a lesbianas y bisexuales

Enfermedad	Menciones
ITS	13
Cáncer de mama	8
Cáncer de útero	6
Salud Mental, Depresión, Ansiedad	6
Consumo conflictivo drogas y alcohol	4
Obesidad	3
Violencia familiar y de parejas	1
Infección urinaria	1
Miomas uterinos	1
No sabe	4
No contesta	2

Infecciones de transmisión sexual, cáncer de mamas, cáncer de útero y la salud mental representan la mayoría de las menciones realizadas por las activistas. Observar el conjunto de las menciones permite establecer que la salud mental se vincula al consumo de drogas y alcohol; a la violencia familiar y entre parejas y a la obesidad mórbida. En lo que concierne al enfoque integral de la salud, es válido instalar que las respuestas de las activistas tienden a enfatizar su aspecto físico.

Al especificar territorialmente la información se compone la **Tabla Nº 11**. Vale decir, que podría sugerirse que algunas realidades –dada la cantidad de aplicaciones realizadas- son más representativas que otras. No obstante, es importante reiterar que no se deben desestimar las indicaciones activistas pertenecientes a países que aplicaron escasamente, pues éstas se basan en experiencias recurrentes de la comunidad lésbica y bisexual, que además, son alimentadas por las informaciones que construyen otras instancias y grupos que abordan estas temáticas.

Es importante enfatizar que no existen significativas diferenciaciones entre los territorios. Llama la atención, en algunos casos, el desconocimiento respecto de algunos temas, en donde, del conjunto de aplicaciones por país, sólo una posee información. Lo mencionado podría encontrar algunas causas en un activismo joven e incipiente lo que es más evidente en provincias; en una debilitada red de difusión de información; en conflictos que construyen a la otra/o como enemigo, lo que inhibe la distribución y validación de conocimientos, entre otros²⁷.

En un caso particular, se observó información en la cual fue necesario indagar. Las activistas registraban haber realizado talleres de salud lesbiana. En otro ítem, indicaban que no conocían enfermedades asociadas a esta identidad. La indagación, respecto de esta disonancia informativa, iluminó elementos interesantes. Uno hace referencia a los tiempos acotados de las activistas dada la escasez de recursos, lo que

²⁷ Existe un proceso de construcción de la identidad lésbica que no se vincula en un inicio a temáticas como la abordada por este informe. Son muchos los grupos lésbicos que se articulan, aún hoy, en función del encuentro con la par. Esto probablemente desencadena necesidades comunes que posteriormente se transforman en proyectos políticos. Algunos textos que profundizan y amplían la mirada sobre este tema son: Careaga Gloria: "Relaciones entre mujeres". En Cáceres, Frasca, Pecheny: "Ciudadanía Sexual: Abriendo el debate". Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2004; Falquet Jules: "Breve reseña de teorías lésbicas".

implica desgaste físico y mental. Así, la mayoría de sus acciones políticas son autogestionadas lo que redobla los esfuerzos que deben realizar para resolver otros aspectos de su vida cotidiana también vinculada a sus proyectos políticos. Esta indagación informó que: existe escaso apoyo de las agencias de colaboración a la realización de investigaciones que aborden temáticas directamente relacionadas con lesbianas y bisexuales²⁸; las acciones de apoyo fundamentalmente se dirigen al fortalecimiento organizacional y al empoderamiento político de las colectivas; existe una especie de política de asociatividad que ha llevado a que se favorezcan las acciones conjuntas entre lesbianas y trans, lo que se lee en ocasiones como una merma de los apoyos para ambas identidades y sugiere la búsqueda de cómo estos agentes de poder articulan las diferencias y distintas necesidades de estas comunidades²⁹.

Tabla 11. Enfermedades que afectan a lesbianas y bisexuales en los distintos territorios³⁰

País	Cantidad de aplicaciones	de Enfermedad	Cantidad de menciones
Argentina	2	Cáncer de útero	2
		Cáncer de mamas	1
		ITS	2
Bolivia	3	Cáncer de mamas	1

²⁸ En la Pre Conferencia Lésbica de ILGA LAC desarrollada en Curitiba el año 2010, estos temas fueron abundantemente denunciados y analizados. Dicha Conferencia contó con la presencia de activistas lesbianas de Brasil, Chile, Argentina, Perú, República Dominicana, Nicaragua, Venezuela, México, Estados Unidos, Guyana, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Jamaica.

²⁹ Las agencias de colaboración feminista se abrieron al apoyo de organizaciones trans hace algunos años. En la actualidad agencias como UNIFEM han apoyado el desarrollo de Encuentros lésbicos y trans conjuntos que han sido realizados por organizaciones LTGBI. No se reflexiona en este informe respecto de este hecho y tampoco en torno a las diversas posiciones que han atomizado al activismo lésbico feminista y también al trans en base –expresado a muy grandes rasgos- al conflicto que emerge en torno a los idearios que circulan sobre masculinidad, heterosexismo y diferencia que expresan.

³⁰ La información consignada da cuenta de las respuestas de aplicaciones que tenían la posibilidad de mencionar una o varias enfermedades.

		Cáncer de útero	1
		No sabe	2
Chile	9	Cáncer de mama	3
		Consumo conflictivo drogas alcohol	3
		ITS	2
		Obesidad	2
		Salud mental	2
		Infección urinaria	1
		No sabe	1
		No contesta	1
Ecuador	2	ITS	1
		No sabe	1
		No contesta	1
Colombia	1	Cáncer de mama	1
		Cáncer de útero	1
		ITS	1
		Alcoholismo/Tabaquism o	1
		Depresión	1
Costa Rica	1	ITS	1
		Miomas uterinos	1
		Cáncer de mamas	1
México	6	ITS	3
		Salud Mental	3
		Violencia	1
		Obesidad	1
Nicaragua	3	Cáncer de mama	1

		Cáncer útero	1
		Consumo Conflictivo	1
		Salud mental	3
		Violencia	1
Perú	5	Cáncer de mamas	3
		Cáncer de útero	2
		ITS	4
		Obesidad	1
		Salud Mental	3
		Consumo conflictivo ³¹	2
República Dominicana	1	ITS	1
Venezuela	1	ITS	1

Las ITS y el cáncer de mamas nuevamente son enfermedades recurrentes en las aplicaciones. Respecto de esta última sólo Ecuador, República Dominicana y Venezuela no lo consignan. La salud mental, es otra preocupante de las activistas. Si bien en la tabla se presenta como una variante específica, ésta se vincula directamente- como ya fue indicado- a estados depresivos, consumos conflictivos de drogas y alcohol y a la obesidad. Esta última enfermedad –fue planteado en el caso de dos aplicaciones chilenas- afecta a cada 5 de 10 lesbianas y bisexuales³².

La mención de ITS que hacen las activistas permite confeccionar el siguiente cuadro, que las consigna en orden de mayor a menor mención:

³¹ En base al estudio de Galarreta, las activistas asumen dicho consumo como un factor que incide en una mayor incidencia de problemas cardiovasculares en esta población.

³² Estos datos son obtenidos a través de la observación directa de grupos de personas lesbianas. No se mencionan estudios al respecto desarrollados en ese país, pero si se localiza información en los documentos sugeridos por este mismo informe y que están disponibles en internet.

Tabla 12. ITS que más afectan a lesbianas.

ITS	Cantidad de menciones	País/países
Virus papiloma humano-VPH	Chile, Colombia, República Dominicana, Venezuela	México, 6 de 9; 1 de 1; 1 de 6; 1 de 1; 1 de 1
Herpes	Chile, Perú, Venezuela	3 de 3; 1 de 5; 1 de 1
Candidiasis	Ecuador, México, Perú	1 de 2; 2 de 6; 2 de 5
Vaginosis bacteriana	México, Perú	1 de 6; 2 de 5
Clamidia	México	1 de 6
Sífilis	Perú	1 de 5
Vulvitis	Perú	1 de 5
No especifican ITS	México	2 de 6
Infecciones vaginales sin especificar nombre	Costa Rica, Perú.	1 de 1; 1 de 5

El VPH es la ITS con mayor cantidad de menciones realizadas en los distintos países. Cinco de once la mencionaron como una enfermedad recurrente en lesbianas y bisexuales. Tres de los países mencionan la incidencia de la candidiasis en esta población uno de los cuales también enunció la incidencia del VPH. Lo mismo ocurre con el herpes. Sobre el VPH es válido indicar que las menciones pueden justificarse en razón de la prevalencia que este virus tiene en población heterosexual. Por otro lado se sabe que es un virus muy fácil de adquirir a través del frote de piel con piel. Es interesante que las respuestas de las activistas consignadas en la **Tabla 11** expresan una relación no menor entre VPH con el cáncer cervical o del cuello uterino que nombran como cáncer de útero. Un 43.7% de las activistas que mencionaron las ITS como enfermedad que afecta a lesbianas también mencionó el cáncer del cuello uterino en esa tabla. Desde este prisma es interesante que en Chile, el país con mayor cantidad de aplicaciones, el cáncer de útero no haya sido mencionado.



La salud sexual es un tema que preocupa a lesbianas y bisexuales en LAC. La desinformación fluye encadenada a los prejuicios, desconocimiento y ausencia de formación de profesionales de la salud. De este modo la detección temprana de diversas enfermedades en muchas ocasiones no ocurre. Un primer paso para inhibir los impactos de esta situación es que las lesbianas y bisexuales visibilicen su identidad sexual y exijan el derecho a ser atendidas en un ambiente de salud libre de discriminación.

b.- ¿Hay problemas de salud emergentes que involucren significativamente a lesbianas y bisexuales en su país? ¿Qué evidencias sustentan su respuesta?

Las respuestas se basan fundamentalmente en los registros que se obtienen en base a consejerías, consultas, talleres de reflexión y la observación de la realidad. Es así que abundan afirmaciones como “desde hace un tiempo observo más casos de..; se habla más de..; mis compañeras/amigas se han enfermado de...”. Las activistas además, establecen relaciones entre enfermedades que han registrado un aumento de prevalencia en mujeres, para asumir que también afectan a lesbianas y bisexuales.

Tabla 13. Enfermedades emergentes que afectan a lesbianas.

Enfermedad	Menciones	País/países
Fibromialgia	2	Chile
Hipertensión	2	Chile
Diabetes	2	Chile
Cáncer	2	Perú
Cáncer de mamas	1	Chile
ITS	2	Perú
	1	Chile

	1	Ecuador
VIH	2	México
	2	Perú
	1	Chile
	1	Ecuador
Salud Mental	1	Ecuador
Consumo conflictivo	2	Nicaragua, Perú
HPV	1	República Dominicana.
No sabe	2	Chile
	2	Bolivia
	1	Costa Rica
	1	México
	1	Nicaragua
	1	Perú
No contesta	4	Chile
	1	Argentina
	1	Bolivia
Sin información	2	Colombia, Venezuela

En este ámbito se podría aseverar que existe desinformación; redundancia de la misma o reiterar incluso, que la salud sexual posee la especial atención de los grupos lésbicos y bisexuales. Se observa que varias de las enfermedades calificadas como propias de lesbianas en el ítem anterior, son calificadas también como enfermedades emergentes. Evidentemente, esta es una apreciación general que debe ser situada en los distintos contextos para realmente hacerse válida. Este hecho, se puede explicar a través de la ausencia de información al respecto, lo que da cuenta de un trabajo que debe mejorar constantemente. De todas formas, esta realidad encuentra explicación en la efectiva emergencia de la salud sexual lesbiana. La literatura internacional al respecto da cuenta de un reciente reconocimiento de la vulnerabilidad a las ITS,

VIH/Sida de lesbianas y bisexuales, lo que contribuye al desarrollo de conocimientos que no dejan de ser nuevos al respecto. Esto encuentra un punto de apoyo en la “interseccionalidad”, en tanto, los análisis de contexto informan que tales riesgos varían según sus posiciones de género, clase y sexualidad³³.

Ocho países que completaron el instrumento mencionan a las ITS como una enfermedad emergente significativa. Se sintetiza en ITS, pues no existen grandes diferencias en las menciones específicas que las activistas de los distintos países realizan, pese a las especificaciones que las mismas ya habían desarrollado con anterioridad. El VIH, en este contexto, emerge como una preocupación de las lesbianas. Existe al parecer una alerta sobre este tema que ha impulsado la recolección de información al respecto. A modo de ejemplo, en México se efectúa un catastro de los casos VIH positivo que afectan a lesbianas y bisexuales, que son detectados por los centros de salud.

c.- ¿Cuáles son las principales inquietudes sobre salud que lesbianas y bisexuales en su país han comunicado a sus colectivos, organizaciones o en otras instancias públicas?

Desde hace algunos años las voces activistas han manifestado su preocupación por la salud de lesbianas y bisexuales. Este hecho es impulsado, sin duda, por la realidad que han podido diagnosticar a través de talleres, encuentros y otros. En esta pasada, se intenta descubrir cuáles son las principales inquietudes lésbicas y bisexuales respecto de su salud. En este contexto surge un nuevo ámbito, relacionado con la mejora de la calidad de la atención en salud que se les brinda a lesbianas y bisexuales. Se observa

³³ Para ampliar la información al respecto se recomienda revisar: Monteiro Simon: “Mujeres con prácticas homo eróticas y vulnerabilidad al VIH/SIDA: Un análisis de las prácticas e identidades sexuales”. Para profundizar en el concepto de interseccionalidad se sugiere revisar: María Lugones: “Colonialidad y Género”. *Tábula Rasa*. Número 9, julio-diciembre, 2008, pp.73-101. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Bogotá-Colombia. Ambos textos disponibles en internet.

además una especial atención en torno al VIH –lo que ya ha sido mencionado- aspecto que este Informe aborda de modo introductorio en el último ítem que lo estructura.

Tabla 14. Principales inquietudes de lesbianas y bisexuales respecto de su salud

Inquietudes	Menciones	País/países
Salud Integral	1 de 3	Bolivia
Salud Mental	3 de 5	México
	2 de 3	Bolivia
	1 de 9	Chile
	1 de 5	Perú
Salud Sexual	4 de 5	Perú
	3 e 3	Bolivia
	3 de 9	Chile
	2 de 5	México
	1 de 2	Ecuador
	1 de 3	Nicaragua (exámenes)
	1 de 1	R. Dominicana (s. de protección)
	Consumo conflictivo	3
VIH	2	Chile, Ecuador
Violencia	3	Chile, México, Nicaragua
Mejora calidad de atención en salud	3 de 9	Chile
	5	Costa Rica, México, Nicaragua, Perú, Venezuela.
Sin exigencias al respecto	2 de 2	Argentina
No sabe	1 de 9	Chile
No contesta	2	Ecuador, Chile

La información consignada refuerza las afirmaciones ya desarrolladas por las activistas. Existe una clara preocupación por la salud sexual y mental de lesbianas. **En Nicaragua** las inquietudes se expresan en el marco de los procedimientos que se utilizan para distintos exámenes relacionados con la salud sexual de lesbianas y bisexuales. **En República Dominicana**, las activistas mencionan que la información en torno a sistemas de protección es una inquietud de esta población. Las activistas reflexionan en torno a la desinformación que existe al respecto, lo que se ve agudizado por la mala atención que reciben en los centros de salud públicos, llegando -en países como Nicaragua- a acciones de abuso sexual a través de tactaciones indebidas del personal médico. En este sentido, las activistas logran establecer una caracterización de cómo se mejoraría dicha atención: sensibilizando y capacitando a personal médico y administrativo; realizando investigaciones al respecto; generando ambientes acogedores.

Lo anterior es coherente con los resultados referidos a los obstáculos que inhiben que lesbianas y bisexuales chequeen regularmente su salud.

Atención Ginecológica y Consejería

"UNA OPORTUNIDAD PARA EJERCER TU DERECHO"

A partir de MAYO:

Horario de Atención todos los martes de 19:00 a 20:30 horas

Atención con Bono FONASA Nivel 3 Centro Médico Max Cifuentes, ONG RED OSS

Teléfonos: 7365542 - 7345958
E-mail: contacto@redoss.cl

APROFA ilga LAC

Programa de Salud implementado por Red OSS en Chile. ILGA LAC capacitó a los profesionales de salud. Este programa se ubicó en un sector de escasos recursos de la capital de ese país, transformándose en el primer programa de atención en salud sexual de lesbianas y bisexuales. ILGA LAC en el mismo país capacitó a profesionales de salud de centros de salud público de la zona norte, centro y sur asociados a APROFA Chile. Vale decir que poco a poco van en aumento las instancias de salud que ofrecen servicios específicos a lesbianas y bisexuales.

2.4.- Acciones de promoción de salud de lesbianas y bisexuales

Reconocer las acciones que las activistas desarrollan en pro de la salud lésbica bisexual se transforman en una posibilidad cierta de beneficiar a la comunidad. Dichas

actividades a lo largo de la historia lésbica han sido, por efectos de la discriminación, de escasa cobertura. En un principio, desarrolladas en espacios cerrados entre pares, hasta tránsitos que incluyen el desarrollo de acciones de incidencia que buscan la promulgación de políticas públicas; acciones separatistas radicales basadas en la política de identidad; intervenciones en un marco post feminista que obstruye la estabilidad del paradigma de reconocimiento y las políticas gays. Las acciones de intervención son realizadas con estos particulares énfasis. Este punto del instrumento permite acceder a un panorama general de las acciones que desarrollan organizaciones y colectivas lésbicas y bisexuales. Así se favorece la construcción de otras nuevas actividades quizás inspiradas por éstas.

a. Describa qué actividades ha desarrollado su grupo político relacionadas con la salud lésbica y bisexual

La mayoría de las organizaciones y colectivas a las que pertenecen las activistas han desarrollado acciones en pro de la salud de lesbianas y bisexuales. Lo anterior es una evidencia de la existencia de una(s) necesidad(es) específica(s). Lo manifestado ha sido organizado en ámbitos por este informe, lo que se describe a continuación:

Tabla 15. Actividades desarrolladas por agrupaciones lesbianas.

Ámbito	Cantidad de menciones	País/países	Descripción
Talleres	7 de 9	Chile	Diversas temáticas son las que articulan estos encuentros educativos que concientizan respecto de esta temática. Así se encuentran experiencias tallerísticas en Valparaíso Chile que enfatizan la promoción del chequeo regular de la salud y la formación y capacitación
	3 de 5	México	
	2 de 2	Argentina	
	1 de 5	Perú	

	1 de 1	R. Dominicana	profesional; de autoconocimiento, comunitarias en Argentina, dirigidos a mujeres privadas de libertad ³⁴ ; y abocados al uso de mecanismos de protección en R. Dominicana.
Acciones de sensibilización	4	Bolivia, Colombia, Nicaragua, Perú	Dirigidas, en base a lo indicado por las activistas, fundamentalmente a establecer alianzas con profesionales de la salud. Así se establece alianzas con Marie Stopes en Bolivia, con APROFA y REDOSS en Chile y se desarrollan acciones de sensibilización médica en Colombia y Nicaragua.
Difusión de información	4 de 5	México	Dirigido a la visibilización y transmisión de información en distintos soportes. De este modo es recurrente el diseño y elaboración de material gráfico (cartillas, volantes, afiches, manuales) en la voz de activistas chilenas, documentos informativos; la realización de foros, seminarios y charlas. Se incrementan las acciones audiovisuales caseras como las elaboradas por activistas lesbianas de Perú ³⁵ .
	4 de 9	Chile	
	2 de 5	Perú	
	2 de 2	Argentina	
Incidencia Política	4	Costa Rica, Ecuador, Perú, Venezuela	Acciones dirigidas a favorecer los escenarios para el diseño e implementación de políticas públicas al respecto

Las acciones, por lo general, son similares entre cada territorio, sin embargo, hay algunas que destacamos. **En Chile** la capacitación a profesionales de la salud pública de tres zonas geográficas del país, incluyó la construcción de un grupo virtual en donde las experiencias de atención LTGBI realizada por profesionales de la medicina- con énfasis en la salud lésbica y bisexual- eran comentadas, discutidas y apoyadas por los conocimientos de la Secretaria Regional de ILGA LAC con experiencia y habilidades desarrolladas en el tema. **En Argentina** las experiencias al respecto y la difusión de información, logran construir un Manual de Salud. En el año 2006 se desarrolla la campaña “Cambiemos las preguntas”. Efectuada por el Espacio de Articulación Lésbica

³⁴ No se obtuvo información sobre si estas mujeres privadas de libertad se definen como lesbianas o, bisexuales.

³⁵ Las activistas argentinas mencionan un Manual de Salud. La experiencia de activistas peruanas del grupo MUSAS -desarticulado en la actualidad- recoge los resultados de algunas encuestas que aplicaron a lesbianas y bisexuales y los expone a través de trabajos audiovisuales.

se dirigía a concientizar sobre la atención que recibían lesbianas en los centros de salud. **En Perú** se producen videos artesanales que dan cuenta de los resultados de algunas encuestas sobre salud lésbica y bisexual aplicadas a esta población. La incidencia política, logra **en Venezuela**, establecer una zona libre de discriminación en la atención en salud. Vale decir que en términos generales, las intervenciones descritas se pueden leer como acciones de incidencia, más que como una estrategia de incidencia política claramente articulada y que las intervenciones descritas han sido desarrolladas fundamentalmente por el activismo lésbico, es decir, no ha estado en manos de organizaciones mixtas.

b.- Describa qué otras actividades se han desarrollado en su país relacionadas con la salud lésbica y bisexual.

¿Existen otras instancias que estén preocupadas por la salud de lesbianas y bisexuales?, es lo que se indaga en esta pregunta. Reconocer su existencia abre espacios al fortalecimiento de alianzas y a la entrega de una mejor atención a esta población.

En términos generales las activistas no identifican otras instancias que desarrollen actividades en este sentido, más bien enuncian otras actividades que no han sido desarrolladas por sus colectivos y organizaciones.

Tabla 15. Instancias que realizan acciones a favor de la Salud Lésbica y Bisexual

Acciones	Instancias	País	Descripción
Talleres	No identificada	Bolivia	Talleres de autoayuda desarrollados en 5 ciudades del país
	Movimiento Homosexual de	Perú	De difusión de información en

	Lima- MHOL		torno al tema
	Universidad de Nueva York	R. Dominicana	Sobre Salud sexual lesbica: "Mejor puta que pájara?" ³⁶
Programas	Redes de Orientación en Salud Social- RED OSS.		REDOSS desarrolla un programa de atención en salud sexual lesbica. Sus profesionales de la salud han sido capacitados por ILGA.
	Asociación Pro Familia – APROFA.		
	Clínica		APROFA desarrolla un Programa de Atención en Salud integral, que enfatiza salud sexual y mental, cuyos profesionales han sido capacitados por ILGA
			Centro de Salud CIS. Centro Privado de atención en salud que aborda esta temática desde sus experiencias activistas al respecto.
	Centro comunitario de Atención LTGBI	México	No existe especificidad lesbica, pero se advierte que en este contexto es un espacio mucho más amable para la comunidad
	No identificado	Nicaragua	La colectiva SAFO está representada en el Mecanismo Coordinador de País- MCP, desde allí han impulsado la creación de una Clínica de atención de lesbianas y bisexuales que esperan concretar.
	Instituto peruano de paternidad responsable - INPPARES	Perú	Han incluido en el programa del Diplomado de Orientación en Salud Sexual y Salud Reproductiva en la Universidad Federico Villarreal, un módulo de

³⁶ Pájara es el término peyorativo que en República Dominicana se utiliza para nombrar a la lesbiana. Es más suave que mariconas y es utilizado de modo recurrente por la población lesbica de ese país. En alusión a esa definición se indica que al identificar a una lesbiana se expresa: ¡Esa vuela!

			talleres sobre salud lésbica que se imparte gratuitamente entre las/os alumnas/os. Entre estas/os se cuentan profesionales de la salud, funcionarios de los Ministerios de Educación y Salud
Difusión de información y denuncias	Hitos emblemáticos 1ro de diciembre, 28 de mayo	Chile	Exposición pública de problemáticas y exigencias en torno a salud lésbica y bisexual
	No identificado	México	Charlas y distribución de información en internet
	No identificado	Perú	Aplicación de encuestas dirigidas a construir información en torno a salud lésbica y bisexual.
Campañas	Movimiento Homosexual de Lima- MHOL	Perú	
	INPPARES	Perú	Campaña que busca promocionar el acceso a los servicios de la comunidad LTGBI.
Acción en instancias políticas y gubernamentales	Consejo consultivo de Género y salud de las mujeres	Chile	La participación de una activista lesbiana gestó en el año 2009 la aprobación para incluir en la célula de salud sexual y reproductiva la temática lésbica. El cambio de gobierno no ha permitido la continuidad de este trabajo.
	Ley D.D.S.S.R.R	Costa Rica	Incorporar la temática lésbica y bisexual en la Ley de DD.SS.RR.
No existen		Argentina(2), Bolivia (2), Chile, Ecuador, México(2), Nicaragua(2)	
No contestan		Colombia, Ecuador, México,	

Nicaragua

Existe un proceso incipiente de alianzas entre el activismo lésbico y otras instancias que se han atrevido a otorgar este servicio. Vale destacar, que esto es producto del trabajo de la sociedad civil al respecto, en donde en la mayoría de los casos, se destaca la acción de incidencia de las activistas. Las acciones surgen en base a intervenciones e informaciones que ellas mismas realizan y difunden lo que ha entroncado con el sentido social de las instancias que se mencionan.

En **Bolivia** de tres aplicaciones sólo una reconoce la existencia de talleres de autoayuda que se mencionan; en **Nicaragua** ocurre lo mismo, lo que puede ser explicado por ser una acción aún en calidad de propuesta. Los casos de **Ecuador, Colombia y Argentina** (indican que no existen y no contestan), dan cuenta de la necesidad de dirigir algunas acciones a lograr una atención que considere todas las problemáticas de lesbianas y bisexuales. En este marco la realidad exige que se afinen los canales de difusión de información; se establezcan puentes de comunicación entre colectivas y organizaciones lésbicas y bisexuales, LTGBI y de la sociedad civil en general; se fortalezca, en base a lo anterior, la colaboración solidaria entre las distintas agrupaciones para difundir las pesquisas informativas, entre otros, para favorecer la concreción de este derecho en particular. Es sabido que existen diversos conflictos entre organizaciones y colectivas que inhiben la comunicación entre éstas. Esta situación, no se cuestiona, en tanto es expresión de la pluralización de la realidad. Lo enriquecedor es que en el marco del pluralismo dichos conflictos emerjan públicamente y se confronten posiciones, sin construir a otra/o (s) como enemiga/o, sino como un adversaria/o con el cual se debate y se defienden las propias posiciones. En este sentido, existen voces, que han manifestado su inquietud respecto de la metodología del silencio que en oportunidades se aplica frente a situaciones de colisión ideológica³⁷.

³⁷ Lo indicado es una postura que releva el debate como fórmula de construcción. Dos alcances se realizan al respecto. El primero se relaciona con que dicho debate se realiza en el marco de principios ético políticos feministas. El segundo tiene que ver con que es una postura no profundizada en el

c.- Describa cómo se incorporan las exigencias en torno a la salud lésbica en fechas emblemáticas conmemoradas en su país (Día en contra de la violencia a la mujer, Día de la salud de la mujer, Día Mundial de Lucha contra el SIDA, 17 de mayo, 28 de junio, 13 de Octubre día de las Rebeldías Lésbicas, otras)

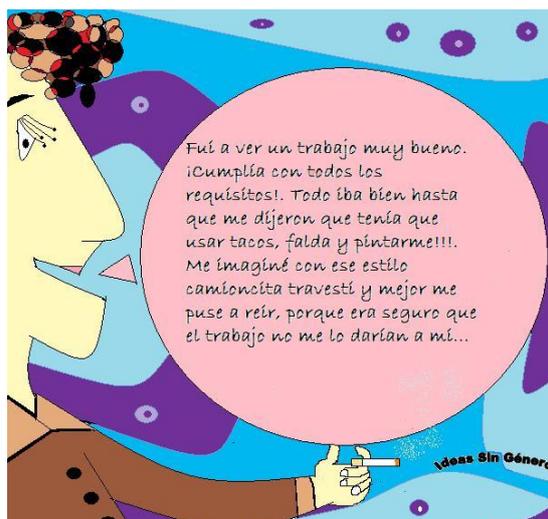
La tendencia expresa que dichas exigencias no están incorporadas en las fechas emblemáticas que se sugieren. **En Perú y en Chile** se explicita que se ha visibilizado esta temática en fechas como el 28 de mayo (Día internacional de la salud de la mujer) y 1ro de diciembre (Día internacional de la lucha contra el SIDA). Esta última, en especial, devela un énfasis en la salud sexual. **En República Dominicana**, se plantea que se ha desarrollado un trabajo de visibilidad de estos tópicos especialmente en las fechas y acciones pro despenalización del aborto. **En Argentina** se indica que han estado incorporadas en hitos relacionados con la Marcha del Orgullo.

Otras instancias y mecanismos para difundir las exigencias se ubican en espacios gubernamentales como MCP en Nicaragua o en Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres en Chile. Comunicados, declaraciones y notas al respecto son los mecanismos que mayormente se utilizan para difundir los planteamientos al respecto.

Llama la atención que el día 13 de octubre Día de las rebeldías lésbicas feministas, no se mencione elocuentemente por las activistas. Sólo en dos de las aplicaciones chilenas y en una de las aplicaciones peruanas esta fecha es identificada como un momento en donde se incorporan este tipo de demandas.

Cabe plantear que las respuestas para cada pregunta de este punto develan un énfasis que deja de lado, a modo de ejemplo, aspectos emocionales de la salud de lesbianas y bisexuales lo que despierta el estado de alerta respecto de la implementación de un enfoque integral de la salud considerando las características de la vulnerabilidad de este grupo.

Informe; ésta tiene distintas aristas en donde los conceptos de ciudadanía, radicalidad y heterosexualidad son fundamentales. Finalmente se debe recalcar que los conflictos no sólo son característicos en los grupos lésbicos, sino, que existen en toda la gama de organizaciones políticas.



Un abordaje de la salud desde un enfoque integral exige que sean considerados los diversos aspectos que constituyen la vida de una persona lesbiana o bisexual. El trabajo, la recreación, entornos libres de violencia, acceso a educación –como ya ha sido planteado en este informe- son sólo algunos de los aspectos que deben ser contemplados. Una adecuada salud física no es suficiente si el entorno es violento y deriva a lesbianas y bisexuales a posiciones de menoscabo social que le exigen, a modo de ejemplo, ocultar su identidad. El enfoque integral, valga la redundancia se ocupa del bienestar social, emocional y físico de las personas.

2.5.- Percepción sobre Atención Médica a lesbianas y bisexuales

Para indagar en las apreciaciones personales de las activistas sobre la atención a la que acceden lesbianas y bisexuales en los centros de salud se elaboró una tabla de doble entrada que consignó un conjunto de afirmaciones relacionadas con las características de la atención vinculadas a la calidad de la misma. Las activistas marcaron las afirmaciones que les identificaban y que se expresaban en los conceptos muy bueno, bueno, suficiente, insuficiente.

Tabla 16. Características de atención a la que acceden lesbianas y bisexuales.

Características de atención	Muy Bueno	Bueno	Suficiente	Insuficiente
1.-Conocimiento de profesionales de la salud sobre necesidades de lesbianas y bisexuales	0 de 33	0 de 33	0 de 33	33 de 33
2.-Calidad de la atención que profesionales de la salud otorgan a lesbianas y bisexuales	0 de 33	0 de 33	2 de 33	30 de 33
3.-Entrega de información específica a lesbianas y bisexuales sobre problemas que las afectan	0 de 33	0 de 33	0 de 33	33 de 33
4.-Espacios amables para lesbianas con avisos que las incluyan, adornos que hagan alusión a ellas, otros.	0 de 33	0 de 33	0 de 33	33 de 33

5.-Indagación médica (preguntas de identificación) que incluyan a lesbianas y bisexuales (Anamnesis)	0 de 33	0 de 33	0 de 33	33 de 33
6.-Conducta amable que calme posibles nervios de las pacientes	0 de 33	0 de 33	2 de 33	30 de 33

El resultado es contundente. Sólo en los ítems 2 y 6 dos aplicaciones establecen el criterio de suficiente. Uno de estos países es Chile en donde considerando la aplicación mayoritaria de “insuficiente” de igual forma establece una ponderación desfavorable de las características medidas por el ítem. El otro caso es Costa Rica. Su respuesta no discrepa notoriamente de las respuestas regionales, sin embargo, considerando su fuerte anclaje en lo perceptivo, emanan a lo menos dos caminos de acción. El primero vinculado a indagar en aquellos aspectos que inciden en la ponderación de “suficiente” otorgada, pues pudieran resultar ser aspectos replicables que faciliten una mejora sustancial de la atención en salud que reciben lesbianas y bisexuales. El segundo, se refiere a recopilar mayor información sobre la percepción de otras agrupaciones activistas al respecto.

2.6.- ¿Qué prácticas discriminatorias afectan a lesbianas y bisexuales en los centros de salud pública de su país?

Esta pregunta buscaba esclarecer las prácticas discriminatorias en salud que afectan a lesbianas y bisexuales en los distintos países. Éstas, que de una u otra manera ya se han venido mencionando a lo largo del Informe, son necesarias de especificar para facilitar el proceso de elaboración de propuestas de acción que ya se ha comentado y que es parte de la continuidad de este trabajo.

La pregunta permitía que las activistas se exhibieran, por lo que en un significativo número de aplicaciones enunciaron a lo menos tres características de las prácticas discriminatorias en salud. Sólo Argentina expresa una única característica que, sin embargo, genera el desarrollo de diversas conductas discriminatorias.

La descripción de las respuestas se gesta agrupándolas en dos grupos: Culturales y Técnicas de Atención en salud. A su vez el primer grupo se divide en dos subgrupos: Violencia simbólica y Violencia Real³⁸. Cabe indicar que lo denominado como Cultural es plataforma para la expresión de conductas discriminatorias en las técnicas de Atención que poseen las/os profesionales de la salud.

Tabla 17. Prácticas Discriminatorias en Centros de salud.

Cultural	
Violencia Simbólica	Violencia Real
<p>Invisibilidad, Heterosexualización.</p> <p>La invisibilidad es un mecanismo de exclusión que refuerza las prácticas heteronormativas. En este sentido las activistas indican que se presupone su heterosexualidad. Lo indicado se sostiene en la falta de capacitación e ignorancia de las/os profesionales de la salud, por lo que existe evasión del tema cuando una paciente se plantea como lesbiana. Invisibilidad y heterosexualización de las prácticas fueron mencionadas directa e indirectamente por 7 de los 8 países que aplicaron</p>	<p>Violencia verbal expresada en cuestionamientos a su sexualidad y en los discursos que reproducen la idea del bajo riesgo.</p> <p>La violencia se manifiesta de forma concreta a través de mala atención expresada en malas miradas, gestos despectivos, falta de cortesía, retardo en la atención, acoso sexual, trato violento, entre otras mencionadas en cada uno de los países. Cabe indicar que las indicaciones de trato violento han sido indicadas en Venezuela y Perú y el acoso sexual ha sido mencionado por Nicaragua y Perú.</p>
Técnicas de Atención en salud	
<p>Las activistas mencionan la falta de protocolos médicos adecuados para indagar en la vida clínica de lesbianas y bisexuales. En este sentido las anamnesis son enunciadas recurrentemente como inadecuadas, en tanto, son construidas desde un enfoque heterosexual.</p>	

³⁸ Asumimos la complejidad de esta subdivisión, en tanto, toda violencia es real, sin embargo, aplicamos de modo económico el concepto de Bordieu respecto de la que llamamos simbólica: “Formas de violencia no ejercidas directamente mediante la fuerza física, sino a través de la imposición por parte de los sujetos dominantes a los sujetos dominados de una visión del mundo, de los roles sociales, de las categorías cognitivas y de las estructuras mentales”. Bordieu en BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Löic, *Respuestas. Por una Antropología Reflexiva*, Ed. Grijalbo, 1995. pág. 120; define la violencia simbólica como: “El análisis de la aceptación dóxica del mundo que resulta del acuerdo inmediato de las estructuras objetivas con las estructuras cognoscitivas, es el verdadero fundamento de una teoría realista de la dominación y de la política. De todas las formas de “persuasión clandestina”, la más implacable es la ejercida simplemente por el orden de las cosas”

Lo indicado en la tabla N° 18, sostenido a su vez por prejuicios y conductas machistas, propicia otras acciones de discriminación enunciadas por las activistas:

- **Exclusión**, a través del impedimento para ser donantes de sangre, de campañas preventivas del VIH, exigencias para realizar el Test de Elisa en caso de intervenciones quirúrgicas sin aplicar protocolos de consejería;
- **Transgresión de la ley**, a través de una atención que inhibe el acceso universal a la salud o incumplimiento de normativas específicas como la resolución 249-2009 de Nicaragua.
- **Reparativas**, a través de la existencia en distintos países de terapias dirigidas a curar la orientación sexual no heterosexual que incluye a lesbianas.

Finalmente la “heterosexualización” recurrentemente mencionada por las activistas da cuenta de ejemplos concretos respecto de cómo la heterosexualidad transgrede la práctica sexual para transformarse en una institución de ordenamiento y normalización.

Cabe agregar en este punto, que las indicaciones realizadas por las activistas, determinan la detección tardía de diversas enfermedades que afectan especialmente a lesbianas y a bisexuales.

2.7. ¿Desea realizar alguna otra observación sobre la atención en salud que reciben lesbianas y bisexuales en su país?

A continuación, consignaremos algunas significativas afirmaciones emitidas por las activistas al responder esta pregunta. Se genera esta selección, en tanto, estas afirmaciones refuerzan y amplían lo indicado recurrentemente por otras activistas para esta misma pregunta y porque también plantean nuevos desafíos:

Bolivia:

“Necesitamos como población tener insumos para saber que mas podríamos exigir a nuestro gobierno, porque si bien estamos trabajando con las demandas que se muestra en nuestro contexto consideramos que aprender de otras realidades ayudaría a fortalecernos”

“En mi país como mujeres tenemos algunas dificultades porque todavía se mantienen el machismo y el patriarcado. Como mujeres lesbianas y bisexuales aún más, porque no somos tomadas en cuenta”

Chile

“(...) Es importante recuperar los saberes indígenas en el marco de la salud”.

“Me parece que las mismas organizaciones lésbicas y bisexuales necesitan abrirse más a la comunidad, y difundir información no solo a nivel de sus propias integrantes”

Ecuador

“(...) Es IMPERATIVO sensibilizar y capacitar a las/os prestadoras/es de servicios de salud”

“Necesitamos una amplia campaña de sensibilización e información”

México

“Las respuestas INSUFICIENTE, no son buenas, porque realmente no existen, pero no dan esa opción”³⁹.

³⁹ En alusión a la tabla de doble entrada que evaluaban las características de la atención que reciben lesbianas y bisexuales en centros de salud.

Perú

“No existen en los centros de atención pública, los diferentes tamaños de espejos. Los cuales son muy importantes pues no todas las lesbianas y bisexuales tienen prácticas penetrativas sexualmente”

“Para recibir una adecuada atención nos valemos de amistades proveedoras de salud o por otro lado de servicios cuyos costos son altos y que no están al alcance de la mayoría”.

República Dominicana

“Es bastante mala para todas las mujeres sin distinción de opción sexual, particularmente difícil, para lesbianas”.

APARTADO: Lesbianas, bisexuales y relación con VIH

El VIH/SIDA como ya ha sido planteado, es un tema de importancia para la comunidad lésbica y bisexual. Permanentemente se ha insistido en la posesión de un bajo riesgo frente al virus, sin embargo, se vuelve a reforzar que la consideración del estigma y discriminación como variable estructural de la epidemia, incide en que el riesgo de esta población sea re mirado.

Si la investigación en LAC respecto de las ITS que afectan a lesbianas ya son escasas en LAC, las relacionadas con VIH/SIDA son casi inexistentes. Algunos estudios y propuestas de acción las han incorporado, sin embargo, los énfasis siguen apuntando a la población gay, trans y bisexual, lo que finalmente oculta la vulnerabilidad de este grupo.

Indagar por tanto en el entramado general que enmarca la relación lesbianas/bisexuales/VIH/SIDA resulta necesaria de realizar. Los resultados de dicha indagación se consignan a continuación.

1.- ¿Las LESBIANAS tienen riesgos o posibilidades de adquirir el VIH? ¿Por qué?

Todas las aplicaciones indican que lesbianas y bisexuales tienen riesgo de adquirir el VIH/SIDA. Las afirmaciones de las activistas para cada país se sintetizan en la siguiente tabla. En el caso de los países que poseen más de una aplicación, se sintetizan las ideas en base a las coincidencias. En el caso de los países que aplicaron sólo una vez, si es pertinente, se resume el planteamiento:

Tabla 18. Riesgos de lesbianas y bisexuales frente al VIH/SIDA.

País	Sí	No	Descripción
Argentina	x		Por prácticas sexuales que implican intercambio de fluidos
Bolivia	x		Por prácticas sexuales no seguras
Chile	x		Por prácticas sexuales no seguras. La discriminación facilita prácticas sexuales con mujeres y hombres sin protección a lo que se agregan prácticas sexuales con hombres antes de asumirse, violaciones e intercambio de jeringas.
Colombia	x		Por prácticas sexuales no seguras y transfusiones sanguíneas.
Costa Rica	x		Por contactos bisexuales, uso de dildos, consumo de drogas y transfusiones ⁴⁰ .
Ecuador	x		Por prácticas sexuales no seguras con intercambio de fluidos con mujeres y hombres. La discriminación facilita prácticas sexuales con mujeres y hombres sin protección a lo que agregan violaciones reparativas. Se indica a las ITS como una antesala del VIH.
México	x		Por prácticas sexuales variadas y con distintas parejas. Enfatizan que el riesgo no sólo es sexual también sanguíneo y que no existe investigación sobre la orientación sexual de mujeres adictas.
Nicaragua	x		Por prácticas sexuales que implican intercambios de fluidos con mujeres y con hombres a lo que agregan intercambio de jeringas y las interrogantes sobre la sexualidad lésbica y bisexual juvenil.
Perú	x		Por prácticas sexuales sin protección con hombres y mujeres y uso de dildos, basado en una baja percepción del riesgo. Mencionan como factores de riesgo el consumo conflictivo de drogas y

⁴⁰ La activista destaca que no existen estudios al respecto y en ese contexto no se puede plantear lo contrario

		alcohol, las violaciones reparativas y el trabajo sexual.
R. Dominicana	x	Por el intercambio de fluidos que existe en sus prácticas sexuales y el no uso de mecanismos de protección.
Venezuela	x	El riesgo resulta posible aunque más limitado que en el caso de otras mujeres.

Regionalmente las activistas coinciden en que lesbianas y bisexuales tienen prácticas sexuales de riesgo. Una investigación chilena da cuenta de que el 52% de personas identificadas como lesbianas, bisexuales, queers u otros términos afines se iniciaron sexualmente con un varón⁴¹. En este punto, se rescatan las afirmaciones recurrentes en torno a la desinformación; el no uso de mecanismos de protección; la no distribución comercial ni en centros de salud de dichos mecanismos. Lesbianas y bisexuales cuentan con la información de colectivas en torno a cómo construir en forma casera dichas protecciones, lo que incide en su bajo nivel de adherencia a las mismas. Lo anterior por la escasa cobertura de las acciones; por cuestionamientos a lo deficitario de estos sistemas alternativos de protección y por discursos incipientes que aluden a la disminución del placer sexual, muy en coherencia con los discursos gays y trans sobre el no uso consistente del condón. Un estudio realizado en Nicaragua plantea el escaso uso de mecanismos de protección de lesbianas⁴². Esta situación es problemática en tanto la comunidad lésbica bisexual, no cuenta con campañas de prevención que promuevan una adecuada gestión de su riesgo.

Por otro lado, el estigma y discriminación, cuyas consecuencias se expresarían en un complejo proceso de construcción identitaria que las relacionaría sexualmente con

⁴¹ Muñoz Fernando, Donoso Carla: "Salud Sexual en Mujeres Lesbianas y Bisexuales en Chile: Desafíos y Contribuciones desde la Antropología Feminista". MUMS 2010. Se puede acceder a una panorámica general de este estudio en:

<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=%5F5FBR&inoid=8252&sid=51>

⁴² Para seguir ampliando sobre el tema se sugiere revisar: González, Estrada, Pachelly, Gómez, Moreno: "Factores socioculturales relacionados al VIH en lesbianas Municipio de Managua". Trabajo final II Diplomado de Atención Integral al VIH/SIDA. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, 2009.

hombres y mujeres; en el consumo conflictivo de drogas y alcohol y en acciones de violencia sexual reparativa serán otros enlaces en donde habita el riesgo de lesbianas y bisexuales frente al virus.

2. ¿Crees que las BISEXUALES tienen riesgos o posibilidades de adquirir el VIH? ¿Por qué?

Las activistas expresan similares argumentos en relación al riesgo de bisexuales de adquirir el VIH. Esencialmente enuncian que éste radica en prácticas sexuales no seguras sostenidas con hombres. A todo lo ya indicado, se agrega la invisibilidad de las bisexuales; la escasa organización política identitaria y la exclusión que muchas lesbianas aplican, basadas en idearios respecto del amor que demonizan sus prácticas sexuales con varones. Esto tiende a construir la diferencia bisexual desde preceptos que tiñen sus prácticas con conceptos de promiscuidad y deslealtad. Vale decir- en el marco de esta última afirmación- que no son las activistas las que construyen estas diferencias; ellas sólo manifiestan los discursos que han reconocido al respecto.

3. ¿De qué modo se debe prevenir que lesbianas y bisexuales adquieran el VIH?

Las afirmaciones son coincidentes entre los distintos países que aplicaron la encuesta. No existen diferenciaciones territoriales significativas. Lesbianas y bisexuales han logrado configurar un entramado de conocimientos al respecto que facilitan futuras intervenciones.

Tabla 20. Mecanismos de prevención frente al VIH

Mecanismo de Prevención	País/países	Cantidad de menciones por país
Educación e información sobre sexo seguro	Chile	6 de 9
	México	5 de 5
	Perú	5 de 5

Barreras de látex	Nicaragua	3 de 3
	Bolivia	1 de 3
	Colombia	1 de 3
	Ecuador	2 de 2
	Venezuela	1 de 1
	Perú	5 de 5
	Chile	3 de 9
	Nicaragua	2 de 3
	Costa Rica	1 de 1
	Argentina	2 de 2
Uso de condón	Chile	2 de 9
	Perú	2 de 5
	Costa Rica	1 de 1
	Bolivia	1 de 3
	Ecuador	1 de 3
	México	1 de 5
Guantes quirúrgicos	Costa Rica, Nicaragua, Perú,	1 de 1; 1 de 3; 1 de 5
Desarrollo de autoestima y sensibilización	Perú	4 de 5

La tabla consigna las indicaciones que de modo mayoritario mencionaron las activistas. Estas se centran en la práctica de sexo seguro, lo que se forjará en base a los procesos de difusión de información que se gesten en torno a él. Mencionan prácticas específicas -de sexo seguro- relacionadas con – en orden de mayor a menor mención- el uso de barreras protectoras las que, valga la reiteración, no existen a la venta y no son distribuidas en los centros de salud públicos; uso de condón lo que es enfatizado en el caso de bisexuales y de guantes de látex para prácticas que involucren la penetración con dedos. En este caso vale aclarar que este informe no dilucida si el uso de condón tan sólo hace referencia a la práctica heterosexual que podrían sostener o

a su adaptación como barrera protectora ampliamente difundida en talleres de salud sexual en distintos países de LAC.

La preocupación por el uso seguro de dildos fue expuesta por una aplicación de México y otra de Nicaragua. Las activistas plantean que estos deben ser protegidos con condones y evitar los intercambios. Así también realizan alusión indirecta a la adquisición del virus vía transfusión sanguínea. Bolivia plantea en una de sus aplicaciones que el uso de agujas debe ser con aquellas que son desechable. Así también dos aplicaciones chilenas y una realizada por Nicaragua exponen que lesbianas y bisexuales deben tener libre acceso a mecanismos de protección lo que nuevamente expone la necesidad de que estos se encuentren a la venta, sean distribuidos en servicios públicos y existan políticas que masifiquen la información respecto del tema. Una aplicación nicaragüense y otra de República Dominicana, no incluidas en la tabla, indican que es importante limitar la práctica sexual si no se posee protección o si se está menstruando.

Es importante el planteamiento frente a las ITS. Las activistas reconocen estudios que indican que las ITS aumentan las posibilidades de adquirir el VIH/SIDA⁴³. Lo indicado exige el desarrollo de investigaciones que faciliten relacionar las ITS de mayor prevalencia con el VIH/SIDA, más allá de las declaraciones establecidas. Si bien representan una información de importancia se requiere de procedimientos de mayor rigurosidad científica para ello.

⁴³ Para ampliar la mirada sobre este tema se sugiere revisar: Bascuñana Antonio, Pueyo Isabel "Enfermedades de Transmisión sexual e infección por VIH". Disponible en Internet. El texto incluye un interesante cuadro con las estrategias terapéuticas para controlar ITS recurrentes.



Escribiendo una historia.

Las políticas relacionadas con la prevención del VIH/SIDA y el contexto que las sostiene representan una posibilidad de inclusión de lesbianas y bisexuales en la medida en que sean consideradas las causas y consecuencias del estigma y discriminación que las afecta y su relación con el virus que debe enfatizar su relación con las I.T.S. En este camino, es relevante que en el ámbito de la salud y en otros ámbitos se potencie y apoyen procesos de investigación.

4. ¿Conoces a mujeres LESBIANAS y BISEXUALES que viven con VIH en tu país?

La tabla que a continuación se consigna describe el conocimiento que tienen las activistas de casos de lesbianas y bisexuales. Considerando que la mayoría de los países tiene más de una aplicación se detallarán cada una de ellas.

Tabla 21. Conocimientos de lesbianas y bisexuales que viven con VIH en países que aplican.

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
Argentina	1	x	5	x	30
Total	1 de 2	-	5	-	30

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
Bolivia	Nº 1	-	-	x	2
	Nº 2	-	-	-	-
	Nº 3	-	-	-	-
Total	3 de 3	-	0	1	2

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
Chile	Nº 1	-	-	x	1
	Nº 2	-	-	-	-
	Nº 3	x	1	x	5
	Nº 4	-	-	-	-
	Nº 5	-	-	-	-
	Nº 6				
	Nº 7				
	Nº 8	-	-	-	-
	Nº 9	-	-	-	-
Total	9 de 9	-	1	-	6

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
Ecuador	Nº 1	-	-	-	-
	Nº 2	x	4	-	-
	Nº 3	-	-	x	1
Total	3	1	4	1	1

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
México	Nº 1	-	-	-	-
	Nº 2	x	1	-	-
	Nº 3	-	-	-	-
	Nº 4	x	5	x	2
TOTAL	4	2	6	1	2

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
Perú	Nº 1	-	-	-	-
	Nº 2	X	1	-	-
	Nº 3	-	-	-	-
	Nº 4	x	3	x	1
	Nº 5	-	-	x	3
Total	5	2	4	2	4

País	Aplicaciones	Lesbianas		Bisexuales	
		Sí	Cuántas	Sí	Cuántas
Venezuela	Nº 1	-	-	x	4
Total	1	0	0	1	4

En los casos de Colombia, Costa Rica y República Dominicana no existen menciones de las activistas en torno a su conocimiento de casos de lesbianas y bisexuales que vivan con VIH. En el caso de Nicaragua, sólo existe una aplicación que indica la existencia de lesbianas viviendo con VIH. La activista indica: *“No puedo decir la cantidad exacta debido a que no hay un censo y está en grupos de mujeres que conviven con el VIH y no revelan abiertamente su preferencia sexual”*.

En base a las indicaciones de las activistas consignamos a continuación una tabla de resumen general:

Tabla 22. Lesbianas y bisexuales viviendo con VIH

País	Lesbianas viviendo con VIH	Bisexuales viviendo con VIH
Argentina	5	30
Bolivia	0	2
Chile	1	6

Ecuador	4	1
México	6	2
Perú	4	4
Venezuela	0	4
Total	20	49

En base a estos datos y a lo anteriormente consignado cabe mencionar que el reciente reconocimiento de la vulnerabilidad a las ITS/Sida de mujeres lesbianas y bisexuales se ve reforzado por el punto de vista apoyado por la interseccionalidad, en tanto, diversos análisis dan cuenta de que los riesgos frente a la epidemia varían según las posiciones que ocupan en el marco del género, clase, sexualidad entre otros. Que el estigma y discriminación sea considerado variable estructural de la epidemia, sin duda, que debe despertar los estados de alerta respecto de su intervención en la comunidad.

Las activistas dan cuenta de 20 lesbianas y 49 bisexuales que viven con VIH en los países que aplicaron este instrumento. En ese contexto ya no importa el mecanismo de adquisición del virus, sino, cómo el estigma y discriminación que pesa sobre ellas es modificado para disminuir la prevalencia. Por otro lado emerge con claridad los insatisfactorios alcances de un enfoque preventivo que aún se basa en un modelo cognitivo que no logra modificar los comportamientos de riesgo de las personas, independiente esto de su identidad sexual o de género.

Es importante indicar que la indagación en este ámbito aporta más a construir estimaciones que cantidades exactas, lo que encuentra su causa, en el respeto por la confidencialidad y anonimato que implica el diagnóstico del VIH.

II CONCLUSIONES

El Informe de Salud Lésbica y Bisexual da cuenta del óptimo funcionamiento de la institución heterosexual. La invisibilidad de lesbianas y bisexuales se reproduce en el enfoque hombre/mujer-femenino/masculino que aplica la salud. Lo indicado, expone la necesidad de profundizar en los esfuerzos que se desarrollan por pluralizar la realidad y obstruir miradas generalizadoras de la misma. La *orientación sexual* es un ejemplo de lo indicado; ésta adquiere formas que reproducen la heterosexualidad en función de un deber ser dominante que excluye a las identidades que no son coincidentes con su mandato⁴⁴. En este contexto -que da cuenta de una mirada amplia sobre los sentidos que constituyen las ineficiencias en salud- es preciso reforzar los estados de alerta respecto de la heteronormatividad y las relaciones de dependencia que gesta en la homosexualidad⁴⁵. La implementación de la diferencia sexual que opera en los centros de salud, la reproducción de una atención basada en el género, las lógicas de la salud sexual y reproductiva, entre otras, nos enfrentan a elementos que otorgan coherencia interna y *sujeción cultural al sujeto heterosexual normativo*⁴⁶, por lo tanto, se comprende del todo que el acceso y ejercicio de derechos en salud de lesbianas y bisexuales sea comprendido por este Informe como resultado de la reformulación de las normas de la sexualidad, de tal modo, que se desestabilice el régimen político heterosexual.

El escenario es complejo. En el marco de los derechos la información recopilada indica que sólo existe un país, Perú, con alusión directa a lesbianas. La normalidad es que existan algunos escasos países que prohíben la discriminación por orientación sexual, concepto que se homologa a la identidad lésbica. Lo indicado debe despertar los estados de alerta, pues dicho concepto en salud aún remite a hombres gays y trans

⁴⁴ La orientación sexual invoca la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otras/os de igual o diferente sexo.

⁴⁵ La heteronormatividad alude al régimen que transforma la heterosexualidad en una obligación.

⁴⁶ Judith Butler, *El Género en Disputa, sujetos de sexo, género, deseo*. Edit. Paidós, colección Género y sociedad.

femeninas, quienes se inscriben en los grupos de mayor prevalencia a la epidemia del VIH/SIDA. De este modo, el enfoque de salud se sectoriza en base a las patologías dejando de lado su abordaje integral. Lesbianas y bisexuales no son consideradas sujetas en situación de vulnerabilidad frente al VIH SIDA e ITS y es que sólo pareciera importar –para el caso de la “homosexualidad”- contener sanitariamente la expansión del virus y las ITS. Lo anterior, sin duda, precariza la calidad de la atención, lo que profundiza -asido de la no aplicación del enfoque de interseccionalidad- la reproducción de una idea unitaria dominante de sexualidad. Así, la selección cultural invisibiliza variables de raza, clase, edad y también de sexo, pues oculta -en un proceso similar a lo que ocurre en la institución heterosexual respecto de hombre/mujer- a lesbianas y bisexuales y sus distintas expresiones.

Considerando lo indicado sobre coherencia interna y sujeción cultural del sujeto heterosexual normativo; la construcción cultural de conceptos como orientación sexual que cohesionan y aportan a un ideario universalista de la diversidad sexual y la toma de conciencia respecto de cómo la selección cultural manipula las visiones y demandas de quienes no se identifican como heterosexuales es que resulta de importancia formular preguntas tales como ¿De qué manera la salud sexual homosexual ha facilitado la construcción de un espacio de normatividad sexual de la disidencia? ¿Cómo en ese espacio se constituyen nuevas exclusiones? Si las lesbianas y bisexuales no existimos en salud y la orientación sexual se ha ido consolidando como un enclave homosexual que hace frente a la epidemia del VIH, ¿Cómo nuestras acciones en salud transgreden la sexualización de la salud para construir un proceso de intervención integral que no reproduzca los sentidos de la sexualidad dominante?, ¿Nuestra sexualidad alzada como diferencia ha significado aportes y/o problemas a la construcción de pluralismo? ¿En qué sujeta lesbiana y bisexual pensamos cuando hablamos del derecho a la salud? , entre otras.

Probablemente las preguntas anteriores suenen vacías al no formular respuestas, sin embargo, proponerlas moviliza un proceso reflexivo necesario que hace frente al ejercicio del derecho conculcado como vía natural de resolución de conflictos. La claridad de las necesidades que se expresan en salud afina las propuestas en este

sentido, sin embargo, recomendamos ligar lo anterior al análisis de los procesos de construcción de ciudadanía. Estos exponen cómo los ámbitos públicos y privados se han constituido en función de hombres y mujeres respectivamente, lo que amplía el ámbito de reflexión apostando a la radicalidad que implica la no reproducción de la masculinidad hegemónica basada en la enunciación e intervención de las causas que en la raíz la constituyen. El régimen heterosexual allana todos los espacios, por lo que cabe plantear que no sólo el logro del ejercicio del derecho es vital, sino también, el análisis de cómo estos derechos modifican o no los sustratos que sostienen la organización genérica del mundo⁴⁷. Atender, vale reiterarlo, a que un enfoque integral no sólo aborda aspectos físicos de la salud, sino que establece condiciones para que se afecte a todas las dimensiones que configuran a una sujeta, expone que interrogarnos sobre los aportes de la incidencia LTGBI, lésbicas y bisexuales –independiente del ámbito en donde se inserten- resulta ser de absoluta importancia. Es por esto que nos parece relevante plantearnos desde la interrogación, para no generar nuevas formas de legitimidad que ilegitimen lo que no se representa bajo los códigos normativos del poder hegemónico. Por ejemplo ¿qué ocurre con una indígena que occidentalmente es leída como lesbiana en un centro de salud urbano? ¿Cómo el entrecruzamiento de variables de discriminación que la constituyen facilitan o no la construcción de espacios culturales que reconozcan su derecho a la diferencia conjunta? ¿De qué manera los códigos normativos médicos la hacen existir o desaparecer? ¿Cómo nuestras propuestas legales basadas en la diferencia excluyen o no a otras diferencias? Se insiste: puede ser que para el ámbito de la salud esto no parezca tan pertinente e incluso suene rebuscado y fuera de contexto, pero construir pluralismo debe reconocer de antemano la heterogeneidad y posibilidad identitaria. Si no nos interrogamos tendemos a construir un entramado de humanas estable que se alza como hegemonía en medio de la multiplicidad. Consecuentemente con lo indicado, informamos que los datos otorgados por el activismo lésbico para este informe, no representan la diversidad de lesbianas y bisexuales existentes y por tanto la diversidad total de sus problemáticas y es que no es lo mismo ser lesbiana en Guyana, ser

⁴⁷ La organización genérica refiere a la organización de espacios definidos para hombres y mujeres basados en su sexo.

mapuche urbana lesbiana en Santiago de Chile, ser lesbiana pobre y obesa en Buenos Aires o ser Ti Nguíû en la comunidad muxhe del istmo de Tehuantepec.

Como ya fue planteado este Informe no resuelve estas inquietudes, pero cumple con entrelazarlas a un debate respecto de la normatividad en su más amplio sentido. En este marco -que resulta ser referencial para las conclusiones que desarrollaremos- se insertan dos aspectos que son fundamentales. El primero se relaciona con un posicionamiento particular que se liga a posturas transformativas del paradigma de reconocimiento, que por el contrario de lo que pueda pensarse, no deslegitima los aportes de la política de identidad. Es un hecho que todo este informe se construye en base a un imaginario politizado de la identidad lésbica y bisexual⁴⁸. El segundo aspecto se vincula a una perspectiva evolutiva e interseccional de los derechos, de tal manera que el acceso y ejercicio a éstos se realice en aquellos espacios en donde han sido vedados. Lo anterior se basa fundamentalmente en la movilización del debate universalidad/diferencia que recoge los aportes de Monique Wittig respecto de la afirmación: *las lesbianas no somos mujeres*.

En este contexto se desarrollan las siguientes conclusiones que más que un peldaño final de este trabajo, es plataforma que intenta impulsar diversas reflexiones y actuancias. Las conclusiones no se desprenden explícitamente de los datos, pero sí son semillas para que las lectoras construyan las propias, adaptadas a su realidad y necesidades.

⁴⁸ El paradigma de reconocimiento enfrenta injusticias culturales enraizadas en patrones de representación, interpretación y comunicación. Trata las diferencias excluidas –sexo, color de piel, género, etc.- de dos maneras. La primera se centra en revalorar diferencia: Lesbiana y qué?; Soy lesbiana, soy profesora; etc. Se podría decir que construye una imagen positiva de lo que la cultura ha connotado negativamente. La segunda deconstruye los términos en los cuales se elabora la diferencia, por eso, cuestiona conceptos como género, orientación sexual, sexo para desde allí desestabilizar la institución heterosexual y también la homosexual.

1. Sobre Escenarios legislativos de salud lésbica y bisexual en LAC

La inclusión del concepto orientación sexual es lo que facilita la enunciación de lesbianas y bisexuales en los distintos marcos legislativos, sin embargo, dicho concepto es considerado de modo limitado o inexistente en un número importante de países. Este concepto, además, moviliza un sesgo respecto de las identidades no heterosexuales asido a imaginarios burgueses blancos o al estereotipo exacerbado por el VIH desde la década de los '80. En este contexto, se hace imprescindible que lesbianas y bisexuales emerjan como sujetas políticas y ejerciten su derecho a una salud de calidad. También es necesario favorecer el encuentro entre bisexuales, puesto que su organización política es escasísima, siendo lesbianas y organizaciones LTGBI quienes intentan hablar por ellas.

En escenario de derechos es interesante incidir en espacios directamente vinculados a lesbianas como lo son aquellas que se dirigen a mujeres. Lo anterior se manifiesta con claridad en el proceso de incidencia política desarrollada por activistas peruanas que lograron incluir el sustantivo “lesbiana” en el Plan de No Violencia en contra de la mujer 2009-2015. Considerar la aplicación de un enfoque de género en la mayoría de los países de LAC facilitaría -de incorporar a la sujeta lesbiana y bisexual- la desestabilización de una normatividad que hace referencia tan sólo a la sujeta mujer. El sistema sexo/género al mencionar “mujer” sólo selecciona a la que es blanca, heterosexual, urbana, entre otras características, invisibilizando a la lesbiana y la bisexual. El enfoque de interseccionalidad en el marco del sistema sexo/género, podrá ilustrar lo que este sistema deja de lado, entrecruzando variables de discriminación que facilitarían una posición sobre los procesos de construcción de las diferencias y su desarticulación desde la raíz, para este informe, dicha raíz se enquista en el pensamiento heterosexual. Éste para Monique Wittig posee un carácter opresivo en su tendencia a universalizar su producción de conceptos, a formular leyes generales que valen para todas las sociedades, épocas, individuos/os creando categorías que *“no tienen sentido en absoluto más que en la heterosexualidad o en un pensamiento que*

produce la diferencia de los sexos como dogma filosófico y político"⁴⁹. Incidir en las políticas relacionadas con los derechos de la mujer puede ser una de las vías de acción en el marco de la mejora. Considerar que los enfoques de género se inscriben en los planes de acción de distintos ministerios, se utiliza a favor de esta posibilidad, que a su vez podría abrir espacio a otras formas de subjetividad y modelos alternativos de salud. Sin duda, que la interseccionalidad colabora con la construcción de definiciones que enfrentan la unión existente entre clasificación biológica (organizada en función de mujeres y hombres en los centros de salud); la construcción cultural del género (expresada en el tipo de atención que se les brinda a hombres y mujeres en un centro de salud); las condiciones materiales que acompañan esta construcción cultural (relaciones de menoscabo para mujeres y superioridad para hombres) y la conciencia de lesbianas y bisexuales sobre estos temas para desestabilizar y reconstruir la realidad para que no les afecte.

En este contexto los derechos sexuales y reproductivos siguen siendo un punto negativo en la consolidación democrática de los países en LAC. Vale recordar que de acuerdo a este informe sólo en Argentina existe una ley al respecto. Estos derechos facilitan la enunciación de la diversidad y allí de la lesbiana y bisexual. Podría considerarse que una enunciación de todas las diferencias resulta agotadora e interminable, sin embargo, es ésta una forma de saldar la deuda cultural que existe respecto de lésbicas y bisexuales y de abrir la puerta para que estratégicamente emerjan en este sector otras cualidades pertenecientes aún al ámbito de lo invisible.

Las leyes antidiscriminatorias son otras articulaciones legales que exponen la discriminación estatal a diferentes comunidades políticas. Básicamente éstas deben contener las variables de orientación sexual y bajo ningún punto de vista deben excluir variables como género y sexo del listado de discriminaciones arbitrarias. Así también deben establecer la responsabilidad del estado sobre las acciones reparativas y de prevención de la discriminación, aspectos que vale denunciar, intentan ser transgredidos en Chile. La promulgación de dichas leyes debe posibilitar la revisión de

⁴⁹ Monique Wittig: "El pensamiento heterosexual". En "El pensamiento Heterosexual y otros ensayos". Editorial Egales, 2006.

los espacios de exclusión que se han constituido y se pueden llegar a constituir. De esta manera se facilita el desarrollo de políticas públicas diferenciadas que contengan a lesbianas y bisexuales y se acorta la distancia entre realidad y erradicación de la discriminación.

Emerge la discusión universalidad/diferencia en donde un camino es la reflexión respecto de los totalitarismos identitarios que se refuerzan a través de las plataformas legales. Aunque sea redundante, esto alude, a construir un norte que no se ensimisme sólo en un tipo de lesbiana sino a la diversidad y multiplicidad lésbica y bisexual que claramente no existen en los idearios de los centros de salud.

2. Sobre atención en salud de lesbianas y bisexuales

El informe consigna distintas descripciones que dan cuenta de la discriminación efectiva que existe y afecta a lesbianas y bisexuales. Más allá de estos datos, que se espera sirvan para alimentar la acción diversa de las activistas latinoamericanas, relevamos -en las siguientes líneas- algunos aspectos que nos parecen preponderantes.

Las voces activistas establecen propuestas de mejora que se han articulado en base a la observación de la realidad. Más allá de las distintas acciones mencionadas y de su propio carácter, esto habla de la necesidad de un debate permanente con quienes toman las decisiones en los distintos países. En este escenario es del todo necesario generar instancias de diálogo y participación ciudadana vinculante. Lo anterior debe enfatizar la presencia de lesbianas y bisexuales en consideración de la subrepresentación de su voz. Pese a que el informe no lo describe, la mayoría de estos espacios están constituidos con la participación de organizaciones LTGBI. Este tipo de agrupaciones indican luchar por los derechos de todas las identidades- incluidas lesbianas y bisexuales- pero bien es sabido que la participación de éstas allí, por lo general es minoritaria. Este dato es un argumento que sustenta la realidad de exclusión lésbica y bisexual, en función de que la mayoría de las luchas en estos

espacios, surgen desde una gobernabilidad gay que ha construido un tránsito activista desde sus propias y específicas demandas. Es así que las temáticas de salud, por lo general han adscrito a la problemática VIH/SIDA, dejando de lado a la comunidad lésbica y bisexual. Por otro lado, la organización de lesbianas y gays dificulta que las demandas de las primeras sean consideradas consistentemente en las agendas políticas gay generando a lo largo del continente historias de escisión lésbica que se cruzan en la denuncia de la masculinidad y verticalidad gobernante gay. Lo indicado se mezcla además con los conflictos éticos que emergen en base a la relación que los gobiernos poseen con la ciudadanía. Grupos activistas lésbicos no iniciarán una relación de negociación para validar mecanismos de violencia neoliberal, por mencionar, sólo un aspecto que aleja a las lesbianas de los procesos de incidencia política⁵⁰. Son muchas las comunidades políticas lésbicas que no se inscriben en la lógica institucional, lo que facilita que los apoyos gubernamentales y de agencias de colaboración no beneficien a grupos lésbicos ni bisexuales –sino a los LTGB– dificultando el desarrollo, continuidad y diversidad de los trabajos. En un lugar similar se encuentra la relación de lesbianas y bisexuales con el movimiento feminista, en tanto en éste prevalece aún hoy, la construcción de la mujer desde la subjetividad heterosexual.

Otro aspecto que emerge frente a la salud es lo que denominaremos dimensión de capacitación. La información recopilada apunta fundamentalmente a la instalación de un proceso que capacite a profesionales de la salud en torno a atención de lesbianas y bisexuales. Si bien el discurso de salud plantea que la atención se realiza en igualdad y sin discriminación, éste debe comprender que dicha igualdad ha sido construida en base a una concepción dominante de la sujeta mujer. Lo anterior, valga la reiteración, oculta a la lesbiana y bisexual profundizando en problemáticas que surgen desde una mirada limitada sobre la salud que transgrede las construcciones de ciudadanía pluralista a la que adhieren diversos estados del continente. En este contexto se hace necesario comprender que generar una mejora de la calidad de la atención en salud a

⁵⁰ La escasa visibilidad de agrupaciones bisexuales y de activistas bisexuales en movimientos LTGB no permiten extender esta apreciación a este conjunto.

lesbianas y bisexuales implica cambios que enfatizan, para efectos de este informe, el involucramiento del sector educación. De este modo la capacitación de profesionales de la salud no debe ser entendida como un proceso que se desagregue de la inclusión de estas temáticas en educación. Un/a profesional de la salud debe contar en su formación con una malla curricular que aborde estas temáticas como parte importante del trabajo futuro que desarrollará. La capacitación, de este modo, debería transformarse tan sólo en parte de los procesos de actualización y profundización curricular.

Siguiendo en esta línea, comprendemos que el trabajo activista es contraparte importante para que las intervenciones que llevan a cabo los gobiernos sean coherentes con las necesidades, demandas y exigencias de la ciudadanía lésbica y bisexual. De este modo, se generan exigencias al propio movimiento respecto del qué y cómo abordan las problemáticas existentes, para este caso, en el marco de la salud. Para este informe esos qué y cómo deben considerar las referencias iniciales de nuestras conclusiones. La inexistencia de datos respecto de la atención a la que acceden lesbianas y bisexuales en los centros de salud; las problemáticas que movilizan a lesbianas y bisexuales a los servicios médicos, así también, lo que las aleja de estas instancias; la sistematización de las experiencias activistas y de los conocimientos que construyen en torno a éstas, entre otras, son temas, que exigen pronunciamientos y acción. Si bien las activistas son dueñas de datos de importancia y actrices relevantes en los procesos de empoderamiento de lesbianas y bisexuales, dicha situación aún no incide significativamente en las conductas de la comunidad respecto de su salud. Lo anterior, por lo mismo, dificulta el hecho de generar apuestas diferenciadas que comporten un ideario diverso del ser lesbiana y bisexual. O sea, si los datos en salud son escasos respecto de las identidades lésbicas y bisexuales, serán menos accesibles aún, los datos referidos a otras subjetividades que confrontan y/o están por confrontar la estabilidad de las políticas de identidad.

La mirada que se esconde en el planteamiento anterior se vincula y homologa al escenario prodigado por el VIH/SIDA. Son diversas las investigaciones que dan cuenta de cómo la vulnerabilidad a ITS es una puerta que facilita la adquisición del virus. Los

datos de este informe dan cuenta de que las lesbianas adquieren ITS. Si se considera que en los países que aplicaron el instrumento existen 20 casos de lesbianas viviendo con VIH y 49 casos de bisexuales en similar circunstancia, podemos especular respecto de la vulnerabilidad de la salud sexual de lesbianas y bisexuales, lo que asociado a las características de esta epidemia puede estar informando sobre una embestida sorpresiva del virus en esta población. Más allá de los aspectos epidemiológicos, se releva que la consideración del estigma y discriminación como variable estructural de la epidemia, sólo ilumina la posibilidad latente de que lesbianas y bisexuales sean afectadas por el virus. Lesbianas y bisexuales son estigmatizadas y discriminadas –esto queda ampliamente demostrado en el informe– por lo que resulta de importancia máxima que las estrategias que se desarrollan para erradicar estas conductas en los distintos niveles de acción –individual, comunitario, gubernamental, interministerial– las considere desde sus particulares especificidades. No existe –se vuelve a repetir– una única forma de ser lesbiana, las intervenciones deben considerar variables de edad, raza, clase, entre otras, para transformarse en intervenciones pertinentes. No obstante, a través de este informe, podemos observar cruces que configuran su vulnerabilidad. Esta se basa en características comunes construidas en base a discursos y prácticas de exclusión.

Quizás sea la epidemia del VIH un buen lente para mirar las problemáticas de la salud lésbica y bisexual en Latinoamérica y El Caribe. En la actualidad una de las principales dificultades es que la prevención que se ha realizado respecto del virus no ha logrado modificar comportamientos de riesgo. La información existe y está al acceso de todas las personas; las organizaciones LTGBI y con trabajo en prevención del VIH siguen desarrollando acciones de intervención con los grupos de varones gays y trans femeninas, sin embargo, la prevalencia del virus se mantiene, incrementándose en los últimos años su adquisición en grupos de mujeres. De acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA del 2009 el 30 por ciento de las personas que viven con VIH en nuestra región son mujeres. Si el amplio trabajo desarrollado no ha logrado generar los cambios conductuales necesarios para erradicar a la epidemia, del todo cabe pensar, que lesbianas y bisexuales, sumidas en idearios de bajo riesgo y por lo mismo no

expuestas a la intervención directa que supere sus condiciones de vulnerabilidad, se posicionan como un grupo en el cual se profundizan los impactos de la exclusión. Esta percepción implica conductas de riesgo, sobre las cuales no se está haciendo nada. Es así que se vuelve fundamental impulsar una mirada integral de la sexualidad basada en el placer y el autocuidado de la salud.

Enfatizamos que el planteamiento referenciado en el VIH/SIDA no pretende instalar a lesbianas y bisexuales como un grupo vulnerable frente a la epidemia como tema central; sólo siembra el debate y la reflexión sobre la impugnación del modelo heterocentrista como principal causa de sus problemáticas. Favorecer un enfoque integral de la salud evita el riesgo y vulnerabilidad no sólo frente al VIH, sino frente a todos aquellos aspectos que inhiben un proceso de desarrollo integral, que la expone no sólo a la adquisición del virus, sino al conjunto de enfermedades que la privan de un bienestar global.

Finalmente, la pregunta ¿Cuál es el estado de la salud de lesbianas y bisexuales en LAC? formulada en la introducción de este Informe encuentra respuesta. En términos generales se establece una relación problemática entre lesbianas, bisexuales y salud, puesto que las dos primeras son afectadas por diversos mecanismos de exclusión. En este escenario emergen datos interesantes ya mencionados como la necesidad de que profesionales de la salud se formen y capaciten en el tema, a otros no comentados como la preocupación por la salud sexual y mental de lesbianas y bisexuales; la percepción de alta incidencia del VPH, herpes y candidiasis entre lesbianas y bisexuales. Así también es contundente la percepción en torno a la mala calidad de la atención a la que acceden en salud lesbianas y bisexuales y la necesidad imperiosa de que se aporte al desarrollo de investigaciones al respecto, entre otros. Existen diversos datos interesantes, más que consignarlos nuevamente, generamos la invitación a revisarlos con detención, pues se transforman en argumentos de un enfoque evolutivo de los derechos que acoge la visibilidad lésbica y bisexual como aporte transformativo.

Poner en cuestión la propia noción dominante de lesbiana y bisexual, nos parece imprescindible para interrogar las estructuras taxonómicas normativas que operan en el movimiento de diversidad sexual. La transgresión del status quo representada

por la política transformativa y la de ciudadanía vinculada a la política de identidad, se enlazan para potenciar el análisis de la heterosexualidad como institución que rige el orden de las cosas en salud y en todo. Es allí, en donde las identidades se vuelven estratégicas y son capaces de aportar a la renovación y transformación del panorama naturalizado por el patriarcalismo.

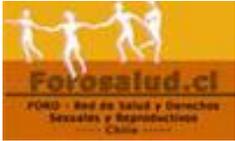
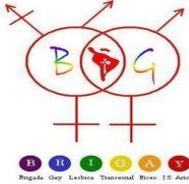
AGRADECIMIENTOS

A Gloria Careaga por las ideas aportadas y a Samira Montiel por la información recopilada;

A Ideas sin Género, sin la cual no hubiese sido posible este trabajo, a lo menos de la manera en que ha llegado a vuestras manos.

A cada una de las organizaciones, agrupaciones y colectivas que participaron compartiendo la información que poseen:

 <p>Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Oficina Chile</p> <p>www.rsmlac.org</p> <p>agomez@reddesalud.org</p>	 <p>Perú</p> <p>http://grupomujeresdiversas.blogspot.com/</p> <p>mujeresdiversas@yahoo.es</p>	 <p>Fundación ecuatoriana Equidad</p> <p>www.equidadglt.com</p> <p>mjja_25@hotmail.com</p>
 <p>Nicaragua</p> <p>www.gruposafodoblementemujer.org</p> <p>gruposafo@doblementemujer.org</p>	 <p>República Dominicana</p> <p>http://3gatas.blogspot.com/</p> <p>lastresgatas@gmail.com</p>	 <p>Chile</p> <p>http://colectivalaperlita.blogspot.com</p> <p>colectivalaperlita@yahoo.es</p>

 <p>OBSERVATORIO Género y Equidad</p> <p>Chile</p> <p>observatoriogenerosalud.cl observatoriogeneroysalud@gmail.com</p>	 <p>Chile</p> <p>www.mums.cl contacto: mums@mums.cl</p>	 <p>Chile</p> <p>www.aprofa.org</p>
<p>Kolectiva 28</p> <p>Chile- Valparaíso</p> <p>http://kolactiva28.blogspot.com colectiva28@gmail.com</p>	 <p>Perú</p> <p>http://www.lifperu.blogspot.com lif_peru@hotmail.com</p>	 <p>México</p> <p>www.redbalance.org elpezuribe@gmail.com</p>
 <p>México</p> <p>elclosetdesorjuana.org.mx</p>	 <p>Bolivia</p> <p>http://redlbbol.org/?p=17 camargo_janis@hotmail.com</p>	 <p>Perú</p> <p>http://unionesperu.blogspot.com colectivounionesperu@gmail.com</p>
 <p>Chile</p> <p>forosalud@gmail.com</p>	 <p>Organización ecuatoriana de mujeres lesbianas</p> <p>oeml.blogspot.com oeml@hotmail.com</p>	 <p>Chile</p> <p>brigay@gmail.com</p>

 <p>Nicaragua www.puntos.org.ni evelyn.flores@puntos.org.ni</p>	 <p>Musas Perú liz@musasperu.org www.musasperu.org</p>	 <p>Venezuela Diverlex diverlex@gmail.com</p>
 <p>Costa Rica Foro autónomo de mujeres dazzcr@yahoo.es</p>	<p>Por una libertad sexual</p> <p>México danpomar@hotmail.com</p>	 <p>México Lambayeque lgtblambayeque@hotmail.com www.lgtblambayeque.blogspot.com</p>
<p>Servicios Educativos y de Sensibilización en Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>México sinayini@gmail.com</p>	 <p>Colombia artediverso@une.net.co http://corporacionartediversocali.blogspot.com</p>	 <p>México Fundación Arco Iris www.fundacionarcoiris.org.mx info@fundacionarcoiris.org.ma</p>
 <p>Argentina Puerta Abierta puertaabierta2007@yahoo.com.ar</p>	<p>Colectiva de Feministas Lésbica Brasil</p> <p>irinabacci@gmail.com</p>	 <p>Argentina www.grupohumanidad.org.ar grupohumanidad@yahoo.com.ar</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Bascuñán Antonio, Pueyo Isabel “Enfermedades de Transmisión sexual e infección por VIH”.
- Bordieu, Pierre y Wacquant, Löic, Respuestas. Por una Antropología Reflexiva, Ed. Grijalbo, 1995
- Butler Judith, El Género en Disputa, sujetos de sexo, género, deseo. Edit. Paidós, colección “Género y sociedad”.
- Cárdenas, Edume, Tandeter Leah: “Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Una revisión de su legislación y jurisprudencia”, CONDERS 2008
- Careaga Gloria: “Relaciones entre mujeres”. En Cáceres, Frasca, Pecheny: “Ciudadanía Sexual: Abriendo el debate”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2004
- Dolan K: Lesbian Women and Sexual Health: The Social Construction of Risk and Susceptibility. 2005 New York: Haworth Press
- Falquet Jules: “Breve reseña de teorías lésbicas”. Disponible en:
- González, Estrada, Pachelly, Gómez, Moreno: “Factores socioculturales relacionados al VIH en lesbianas Municipio de Managua”. Trabajo final II Diplomado de Atención Integral al VIH/SIDA. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, 2009.
- Eiven Laura, Sardá Alejandra y Villalba Verónica: “Lesbianas, salud y derechos humanos desde una perspectiva latinoamericana Un aporte para la discusión y la reflexión” Documento presentado en el 9no. Encuentro Internacional Mujer y Salud en Toronto, Canadá
- Fishman, S; Anderson, E: Perception of HIV safer sexual behaviors among lesbians. Journal of the Association of Nurses in Aids Care 2003; Vol. 14, No. 6, Nov-Dez: 48–55.
- Galarreta María Elena: “Salud de lesbianas en Lima. Apuntes desde la experiencia de atención”. http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/Art_MariaElena.pdf;
- Hernández Ana: “Identidad Sexual y hábitos de salud” LAMBDA, 2003;

- Hernández Toli: “¿Heterocéntricas o diversas? Descripción de algunos fragmentos políticos lesbofeministas y de su relación con el movimiento feminista asociado a la heterosexualidad en Chile. (Versión final), 2010.
- Hernández Toli: “Derechos y Exigencias políticas Lésbicas y Bisexuales”. Borrador de documento de discusión para el Encuentro Lésbico Chileno junio 2011.
- Hernández Toli: Informe de D.D.H.H.H de MUMS 2006
- ILGA: “La salud de las mujeres lesbianas y bisexuales”, 2007;
- ILGA LAC: “A 40 años de Stonewall: Transfobia, Lesbofobia, Homofobia, Bifobia en América Latina y El Caribe”. 2008
- Lamas Marta: “Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género”. En Papeles de Población. Julio- Septiembre Nº 021. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca- México, 1999
- Mogrovejo Norma: “Un amor que se atrevió a decir su nombre: La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos homosexual y feminista en América Latina”. Plaza y Valdés 2000;
- Muñoz Fernando, Donoso Carla: “Salud Sexual en Mujeres Lesbianas y Bisexuales en Chile: Desafíos y Contribuciones desde la Antropología Feminista”. MUMS 2010.
- Platero Raquel: “Lesbianismo y Salud: Revisión breve de la cuestión”, 2002.
- Plumier Ken (ed.) Routledge: “Coming out. Lesbian identities and the categorization problem” en Modern homosexualities: Fragments of lesbian and gay experience: London and New York. 1992.
- UNFPA “Sistematización y análisis de Leyes de salud Sexual y Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina y El Caribe”. 2006
- Villanueva Rocío: “Protección Constitucional de los Derechos Sexuales y Reproductivos”. Revista II DH. Nº 23, junio 2006
- Monique Wittig: “El pensamiento heterosexual”. En “El pensamiento Heterosexual y otros ensayos”. Editorial Egales, 2006.

Páginas Internet

- <http://ideasingeneroideasdetodaindole.blogspot.com/>
- <http://www.transexualesdechile.org/>
- www.mums.cl; www.humanas.cl
- <http://www.rompiendoelsilencio.cl/2011/01/08/tc-rechaza-requerimiento-de-inaplicabilidad-de-articulo-365-y-dice-que-relaciones-lesbicas-son-legales/>
- <http://www.elciudadano.cl/2011/01/11/lesbofobia-y-no-solo-homofobia/>
- http://portal.monterrey.gob.mx/pdf/reglamentos/Reg_policia_buen_gobierno.pdf
- <http://cha.org.ar/articulo.php?art=423&cat=16>
- http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/publicaciones/plan_nacional_contra_violencia_mujer_2009_2015.pdf
- <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=%5FBR&infoid=8252&sid=51>