

Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)

Manual 
2016

Primera edición

*Avanzamos
Patria!*



Ministerio
de **Salud Pública**



Ficha catalográfica

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP, 2016, 40 p.; tabs: gra: 18x25 cm.

- | | | |
|-----------------------|-------------|--------------|
| 1. LGBTI | 3. Cuidado | 5. Promoción |
| 2. Factores de riesgo | 4. Asesoría | 6. Derechos |

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfonos: 5932381-4400 / 5932381-4450
Página web: www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización -MSP

El presente Manual “Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)”

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión-MSP. Quito. 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Impreso por:

Corrección de estilo:

Hecho en Ecuador:



No. 0125-2016

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución de la República del Ecuador y en los instrumentos internacionales en particular la salud, conforme lo dispone el artículo 3, numeral 1 de la Norma Suprema;
- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;
- Que,** el ejercicio de los derechos se rige por principios, siendo entre otros, el que nadie puede ser discriminado por su orientación sexual, correspondiéndole al Estado adoptar medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad, según lo previsto en el artículo 11, numeral 2, de la Constitución de la República;
- Que,** el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, tiene la facultad de emitir políticas públicas en salud, de acuerdo con lo previsto en los artículos 261, numeral 6, 361 de la Carta Fundamental de la República, y en el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud;
- Que,** es necesario proveer al personal de salud del material, herramientas y las mejores recomendaciones para la atención en salud a población LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex), respetando e incluyendo el enfoque de derechos y género que permita mejorar el nivel de la calidad de la atención de la salud que se ofrece a estas personas y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud; y,

En ejercicio de la atribución contemplada en el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador

ACUERDA

Art. 1.- Aprobar y expedir el Manual "Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)".

Art. 2.- Disponer que el Manual, "Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)", sea aplicado con el carácter obligatorio en el Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- De la ejecución y difusión del presente Acuerdo Ministerial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud y de la Dirección Nacional de Hospitales; y, a



Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, a través de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.

Art. 4.- El presente Acuerdo Ministerial, entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, **15 NOV. 2016**



Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE
ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN
QUITO A, **16 NOV. 2016**

SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisión	Dr. Juan Alvear	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Elaboración	Dra. Elina Herrera		Coordinadora de Gestión Interna	



Contenido

1. Presentación	06
2. Introducción.....	07
3. Objetivos	07
4. Alcance	08
5. Glosario de términos académico-científicos	08
6. Atención en salud a personas LGBTI	13
6.1 Principios de la atención en salud a personas LGBTI	13
6.2 Servicios de salud para atención a personas LGBTI.....	13
6.3 Efectos de la homofobia y heterosexismo en los servicios de salud	14
6.4 Relación sanitaria	14
6.5 Recolección de la anamnesis y el examen físico	15
6.6 Confidencialidad	15
6.7 Recomendaciones para la atención en salud.....	16
6.8 Factores de riesgo	17
6.9 Cuidado de la salud sexual.....	20
6.10 Cuidado de salud de las personas trans	22
6.11 Cuidado de salud de las personas Intersex/desorden del desarrollo sexual.....	27
6.12 Cuidado de salud en mujeres lesbianas, bisexuales y trans masculinos (LBT)	29
6.13 Cuidado de salud mental	31
6.14 Asesoría a un padre/madre cuyo hijo/a se encuentra en proceso de reconocimiento como persona LGBTI	32
7. Abreviaturas, signos y símbolos usados en este manual	36
8. Referencias	37
9. Autoridades, equipo de trabajo y validación	40
10. Anexos	41

1. Presentación

La Constitución Ecuatoriana reconoce y garantiza que todas las personas son iguales y gozan de los mismos derechos, deberes y oportunidades, enfatizando que nadie podrá ser discriminado por razones de identidad de género u orientación sexual. Dentro de los derechos establecidos en nuestra Constitución, está el derecho a la salud, la cual debe ser garantizada por el Estado, a través del acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

En el Ecuador, a partir de 1997, año en que se despenalizó la homosexualidad, se han emprendido avances normativos importantes en cuanto a derechos humanos de la población LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros, transexuales e intersexuales). La Constitución de la República, en su artículo 11, numeral 2, reconoce el derecho a la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. De igual forma, el artículo 66, numeral 9, establece el derecho de toda persona a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad.

El Ministerio de Salud Pública tiene como objetivo de su gestión mejorar el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y la atención en servicios de salud para todas las personas. En este contexto, el presente Manual “*Atención en Salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*”, es un instrumento que tiene por finalidad garantizar el derecho a la atención de salud y al buen trato a este grupo de personas.

Con la publicación e implementación del Manual “*Atención en Salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*”, el Ministerio de Salud Pública aspira a contribuir al mejoramiento de la atención en salud, a la disminución de las barreras para dicha atención y a la prestación de un servicio de atención integral y de calidad para personas LGBTI.

Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública

2. Introducción

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el estado “completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; pero también consiste en el acceso a la atención médica y a todos los bienes y servicios que son esenciales para lograr ese estado de bienestar físico, mental y social. (1)

El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) se caracteriza por situar al ser humano en el centro de los servicios de salud, generando y potenciando así las oportunidades y las capacidades de todas las personas, con el fin de incrementar y fortalecer las condiciones de bienestar de la población. En este marco, el MAIS incorpora varios enfoques: derechos, género, participación, interculturalidad, salud y ambiente; con el objetivo de construir políticas públicas que respondan a las realidades, vivencias, necesidades y condiciones específicas de las poblaciones diversas, incluida la población LGBTI.

Las personas LGBTI tienden a utilizar menos los servicios de salud por temor a encontrarse con un escenario de estigmatización generalizada, desconocimiento sobre diversidades sexuales y actitudes homofóbicas por parte del personal de la salud. El “*Estudio sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador*” del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del año 2013, muestra que el 58% del total de personas encuestadas no tiene ningún tipo de seguro de salud, mientras que el 33,7% ha experimentado discriminación en el ámbito de salud y el 18,7% ha vivido experiencias de exclusión. (2) Todo este contexto afecta a la salud de la población LGBTI y tiene impacto directo en su calidad de vida.

Esta realidad plantea un desafío a los profesionales de la salud: responder de manera acertada y asertiva a las necesidades de salud de la población LGBTI y erradicar de los servicios de salud los prejuicios y mitos en relación con la diversidad sexual. Esto es posible mediante el manejo de información adecuada y el desarrollo del conocimiento, que favorezca la creación de ambientes clínicos que permitan el mejorar el acceso y la permanencia de este grupo de personas en los servicios de salud.

Este Manual se presenta como una herramienta dirigida a las y los profesionales de la salud y a los estudiantes de las ciencias de la salud, con el objetivo de promocionar la comprensión de las necesidades de salud específicas y las barreras que pueden afrontar para el acceso a los servicios de salud las personas LGBTI.

3. Objetivos

Objetivo general

Proveer a los profesionales de la salud del material, herramientas y las mejores recomendaciones para la atención en salud a la población LGBTI, respetando e incluyendo el enfoque de derechos, género, interculturalidad e intergeneracionalidad, que permita mejorar el nivel de la calidad de la atención de salud de dicho grupo de personas y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.

Objetivos específicos

- a) Brindar herramientas que permitan una comunicación asertiva para evitar la discriminación y violencia hacia lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersex en los servicios de salud.
- b) Determinar los lineamientos que permitan reconocer y prevenir factores de riesgo en salud a los que pueden estar expuestas las personas LGBTI.
- c) Establecer criterios para la referencia oportuna de aquellas situaciones o condiciones de salud que ameriten clínicamente la atención y resolución por otros niveles de atención.

4. Alcance

El presente Manual es de cumplimiento obligatorio para todos los profesionales de la salud de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que brindan atención integral a personas LGBTI.

5. Glosario de términos académico-científicos

Atención integral e integrada: características de la atención de salud en una doble dimensión: por un lado, el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales, y biológicas; y, por el otro lado, la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación cuidados paliativos. (3)

Bisexualidad: “mujeres u hombres que sienten atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos.” (4)

Bifobia: es el odio o aversión hacia personas bisexuales. No incluye necesariamente a la homofobia, porque hay estereotipos específicos para los bisexuales. Se suele tratar en términos generales dentro de ella como parte de la discriminación hacia la diversidad sexual. (5)

Consejería: “servicios cuyo objetivo es proporcionar información actualizada, hacer énfasis en la prevención oportuna y científica sobre VIH/Sida e ITS, brindar apoyo emocional a las personas que viven con el VIH o sida y a las personas afectadas por esta causa.” (6)

Diversidad sexual: “...se refiere a las identidades sexuales. Reivindica la aceptación de cualquier comportamiento sexual, con iguales derechos, libertades y oportunidades, como prácticas amparadas por los derechos humanos. Es la pluralidad de opciones sexuales y manifestaciones de la identidad de género, que no se limitan a la heterosexualidad como norma ni se circunscriben a lo masculino y femenino como exclusivo de hombres y mujeres, respectivamente.” (7)

Enfoque de género: “categoría de análisis que nos permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos y la construcción sociocultural de las identidades de género, y como las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales, creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación de tipo socio-económico, étnico, sexo-genérico y generacional.”(8)

Enfoque de género en salud pública: “parte del reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres y sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias, riesgos sanitarios y factores sociales, culturales y biológicos entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia mejorando la eficiencia, cobertura y equidad en la gestión en salud. En la mayoría de las sociedades existen entre hombres y mujeres relaciones de poder desiguales. El enfoque de género en salud pública ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de las mujeres durante su ciclo de vida y determinar formas de abordarlos.” (8)

Gays: “término para identificar a hombres que asumen de manera abierta su atracción física, emocional y sexual por otros hombres.” (5)

Género: “...es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.” (4) En tanto categoría de análisis, permite conocer cómo se construye lo femenino y lo masculino y cómo estas identidades se valoran, se organizan y se relacionan en una determinada sociedad. Además, el género como categoría “...permite una mejor comprensión de las condiciones que implican mayor vulnerabilidad al mostrar que el binario masculino-femenino y las condiciones históricas jerárquicas entre hombres, mujeres, adolescentes y adultos, entre otros, inciden en las relaciones de atender la sexualidad y la salud, según sea la edad, la etnia, orientación sexual, la condición de salud, el lugar de residencia, el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas.” (9) Todas estas condiciones “... influyen en la generación de una doble o triple situación de exclusión social y discriminación...” (9)

Hombres que tienen sexo con hombres: categoría epidemiológica “que permite tomar en cuenta a los distintos subgrupos de hombres que tienen actividades sexuales de índole homosexual independientemente de su orientación sexual.” (10) Se debe considerar que las identidades, así como la sexualidad y sus expresiones, son procesos dinámicos y pueden manifestarse de diversas maneras en una misma persona y en diversos momentos de la vida. (10)

Hombres transexuales (transmasculinos): “...transición de mujer a hombre. Intervienen su cuerpo para lograr una estética corporal masculina. Los cambios incluyen en algunos casos administración de hormonas masculinas, extirpación de senos y en algunos casos una cirugía de reasignación genital.”(11)

Homofobia: “...es el odio hacia las personas homosexuales, así como a sus estilos de vida o cultura y puede manifestarse de diferentes formas: homofobia cultural, institucional, internalizada, interpersonal y la personal.” (12)

Homofobia cultural: “...hace referencia al conjunto de reglas y normas sociales pertenecientes al sistema patriarcal que establece un régimen heterosexual por excelencia. Además, este sistema provoca una segregación respecto a la orientación sexual.” (12)

Homofobia institucional: “...se entiende a las muchas formas por las que los gobiernos, las industrias, las iglesias, la familia y demás instituciones ejercen el odio y la opresión hacia personas homosexuales y mantienen reglas implícitas por las que las personas se deben adecuar...” (12)

Homofobia internalizada: “...se produce cuando una persona homosexual asimila los prejuicios

sociales sobre la homosexualidad creando un repudio hacia sí misma e incluso hacia otras personas homosexuales. En cambio, la homofobia interpersonal, se produce por parte de otros/as hacia las personas homosexuales, en su intento por romper y evitar relaciones afectivas con estas.” (12)

Homofobia personal: “...consiste en creencias sobre las personas homosexuales, considerando su orientación sexual como una desviación o enfermedad.” (12)

Homosexual: “...hace referencia a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un mismo género y a la capacidad para mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. De la información recibida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) se observa una tendencia en el movimiento LGBTI a reivindicar el uso y referencia a los términos lesbiana (para hacer referencia a la homosexualidad femenina) y gay (para hacer referencia a la homosexualidad masculina o femenina).” (13)

Identidad de género: “es la identificación y expresión de la masculinidad o feminidad de una persona, independientemente de su sexo biológico de nacimiento.” (5) Es decir, la identidad de género se refiere al sentido interno que una persona tiene de ser hombre, mujer o algo diferente. “La identidad de género de conformidad con los Principios de Yogyakarta, es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.” (8)

Igualdad: “...es un principio transversal en el derecho internacional de derechos humanos. Refiere a la situación real en la que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder al bienestar, de manera potencial, teniendo para ello los mismos derechos y obligaciones. El principio se aplica a toda persona en relación con los derechos humanos y las libertades, y prohíbe la discriminación sobre la base de una lista no exhaustiva de categorías tales como etnia, pertinencia a un pueblo o nacionalidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política, orientación sexual, identidad de género, o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.” (8)

Lesbofobia: “...término específico con el que se conoce el miedo o rechazo a las lesbianas.” (2) “Se expresa en discriminación, ridiculización y otras formas de violencia”. (5)

Intersex/personas con desórdenes del desarrollo sexual: “...personas que nacen con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos los intersexuales presentan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican dentro del binarismo sexual hombre/mujer.” (5)

Identidad sexual: es una de las variables que construyen la personalidad de cada ser humano. Es la identidad sexual y con ésta se hace referencia a lo que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (4) La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo: mujer trans homosexual, hombre cis (es decir, no-trans) heterosexual, hombre trans heterosexual, etc.

Lesbiana: “mujeres que sienten atracción física, emocional y sexual por otras mujeres. Es un término político que proviene históricamente de la Isla de Lesbos en la Grecia antigua, donde la poetisa Safo congregaba a las mujeres para exponer sus poemas de amor.” (5)

Mujeres transexuales (transfemenina): “...transición de hombre a mujer. Realizan intervenciones en su cuerpo para adaptarlo a la biología femenina. Generalmente estos cambios incluyen la administración de hormonas femeninas, implantes de senos y en algunos casos una cirugía de reasignación genital.” (2)

Orientación sexual: “organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.” (2) Es decir, la orientación sexual hace referencia a la atracción física, romántica, y/o emocional permanente de una persona por otra. La orientación sexual representa una característica personal que es independiente a la identidad y expresión de género.

Prácticas sexuales: “las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.” (4) Por ejemplo, son aquellas manifestaciones de contacto físico que por amor, gusto o placer una persona puede realizar con su cuerpo en contacto con sí mismo o el cuerpo de otra persona.

Salud reproductiva: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia” (derechos reproductivos). (14) Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles, así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos, es decir, sin discapacidad alguna. (15)

Salud sexual: “...es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.” (16)

Sexualidad: aspecto central del ser humano a lo largo de su vida. “Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.” (17) La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se logran vivenciar o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (5)

Sexo: "...es una característica netamente biológica que clasifica a los individuos en dos grupos (machos y hembras) portadores de espermatozoides u óvulos. Sin embargo, ser hombre no se circunscribe únicamente a la posibilidad de proveer un espermatozoide como tampoco el ser mujer es el ofrecer un óvulo." (6) Según Butler el sexo va más allá de designar únicamente las características biológicas y anatómicas de una persona al momento de nacer, constituye un elemento discursivo que imprime significado a los cuerpos de mujeres y hombres.

Sexo asignado al nacer: "...por lo general, el sexo se asigna al nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, otros componentes del sexo (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) se consideran con el fin de asignar el sexo." (18) "Para la mayor parte de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer; para los individuos transexuales, transgénero, y con no conformidad de género, la identidad o la expresión de género es diferente del sexo asignado al nacer." (18)

Trans: "...término que incluye a personas transgéneros y transexuales." (2)

Transgénero: persona que vive con un sexo/género que no es el que le fue asignado al nacer, pero que no ha pasado por cirugía de reasignación de sexo. (4)

Transgénero femenina: "...persona que nace con una biología de varón y que construye un género femenino. Las transgéneros femeninas se expresan mediante el comportamiento, habla y estética de las mujeres." (2)

Transgénero masculino: "...persona que nace con una biología de hembra y que construye un género masculino. Las personas transmasculinas modifican su comportamiento, habla y estética para corresponderse con lo que ha sido socialmente asignado a los hombres." (2)

Transexual: las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico y que optan por una intervención médica —hormonal, quirúrgica o ambas— para adecuar su apariencia física-biológica a su realidad psíquica, espiritual y social. (2)

Travesti: son aquellas personas que expresan su identidad de género ya sea de manera permanente o transitoria, mediante la utilización de prendas de vestir y actitudes del género opuesto que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico. Ello puede incluir la modificación o no de su cuerpo.(2)

6. Atención en salud a personas LGBTI

6.1 Principios de la atención en salud a personas LGBTI

Tabla 1. Principios de la atención a personas LGBTI

Respeto a los derechos de los y las usuarias	La atención integral se desarrollará asegurando el respeto de los derechos humanos de los y las usuarias de las instituciones y servicios involucrados. Se respetarán los derechos de las/los pacientes como está establecido en la normativa nacional.
Respeto a los principios de la bioética	En todos los aspectos relacionados a la asistencia en salud se deben respetar los cuatro principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.
Calidad y calidez	La atención se desarrollará asegurando la calidad técnica en las actividades que se realizan en el ámbito de la prestación del servicio; y en la calidez expresada en el respeto a los derechos y las expectativas de los y las usuarias considerando sus particularidades.
En caso de duda (In dubio pro hominem)	En caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección del o la usuaria.

Elaboración propia. Tomado de: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014)

6.2 Servicios de salud para atención a personas LGBTI

Conforme al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la atención en salud debe tener un enfoque integral (biopsicosocial y familiar), con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; reconociendo las necesidades particulares de la población LGBTI y, al mismo tiempo, brindando servicios integrales como a cualquier otro u otra usuaria del Sistema Nacional de Salud (SNS). (9)

Además, la consulta médica debe reconocer las distintas variables que influyen en las personas LGBTI al momento de acceder a los servicios de salud, por ejemplo: género, etnia, religión, edad, estado socioeconómico, estado migratorio, trabajo, familia, comunidad, nivel de educación, entre otras.

Con el objetivo de conocer la situación de discriminación que enfrentan las poblaciones LGBTI en el acceso al sistema de salud, el Ministerio de Salud Pública levantó una línea base para identificar las barreras socioculturales en salud en poblaciones diversas con énfasis en diversidad sexual, culturas urbanas y movilidad. Este estudio visibilizó las barreras en salud que las personas LGBTI tienen para acceder de manera adecuada y oportuna a sus servicios. Los hallazgos más destacados fueron:

- Los valores, creencias y concepciones religiosas de los prestadores de salud, los estereotipos basados en la constitución de los sexos masculinos y femeninos y lo que la sociedad asigna o acepta como normal o natural.
- Para muchos de las/los médicos no es necesario trabajar en temas de orientación sexual de manera especial porque las patologías de la población LGBTI son las mismas a las

del resto de la población. Así por ejemplo, el personal de ginecología asume que todas las mujeres y hombres que acuden a consulta son heterosexuales, y realizan la atención partiendo de ese supuesto, lo cual puede conllevar a sugerir procedimientos inadecuados o negación a aplicar tratamientos.

- Los servicios de salud deben brindar orientación psicológica sensible a la sexualidad a las personas LGBTI a través de su personal, orientada a dar soporte para enfrentar el proceso de consolidación de la identidad sexual, de género y para fortalecer relaciones con el entorno social.

El Ministerio de Salud Pública, como una de las estrategias de políticas públicas para atender las necesidades de la población LGBTI en salud, incluyó en el **Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA) la orientación sexual, la identidad de género y la variable intersex a fin de contar con información de las condiciones de salud de personas LGBTI.**

Al registrar la orientación sexual e identidad de género se puede contar con información estadística de forma ágil, oportuna y eficiente, para alimentar la evidencia de la situación de salud de la población LGBTI, lo cual permitirá construir propuestas de políticas públicas de acuerdo a los perfiles epidemiológicos e incidir en la reducción de barreras, lo que a su vez permita promover la igualdad de género, la igualdad de derechos y la equidad.

Para que la/el usuaria/o LGBTI se sienta atendida/o con aceptación y respeto, los profesionales de la salud deben mantener una actitud abierta hacia la comprensión de las diversidades sexo-genéricas y centrarse en la respuesta a las necesidades de salud y desarrollo integral de estas personas. (19)

6.3 Efectos de la homofobia y heterosexismo en los servicios de salud

El entorno homofóbico (de rechazo a las personas LGBTI) afecta su salud, causando el llamado “estrés de minorías sexuales” (Anexo 7). (18) Este escenario se complejiza al evidenciar las actitudes hacia las personas LGBTI por parte de algunos profesionales de la salud que replican estos patrones. Existen experiencias que demuestran poca comprensión y sensibilidad por parte del personal de salud hacia este grupo de personas, lo que a menudo resulta en una atención de menor calidad.

Las actitudes homofóbicas, lesbofóbicas o transfóbicas que puede tener el personal de la salud pueden ocasionar que las personas LGBTI se muestren reacias a revelar su orientación sexual, lo cual reforzaría la sensación de estar aislados/as de los servicios de salud y dificultaría recibir una atención de calidad. Esta dificultad para comunicarse con el personal de la salud, se describe como una barrera para obtener información en la atención médica, lo cual impide lograr un diagnóstico acertado para entender una enfermedad, lograr adherencia a un tratamiento, conocer comportamientos relevantes y brindar educación en salud de manera apropiada.

6.4 Relación sanitaria

La relación sanitaria debe reformularse pasando desde una relación “profesional de la salud–paciente”, a una relación de “profesionales de la salud–usuarios”, centrada en las demandas y necesidades de las personas y en la necesidad de potenciar su capacidad para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su vida y su salud.

6.5 Recolección de la anamnesis y el examen físico

La recolección de la anamnesis y el examen físico son fundamentales para el establecimiento de una relación del profesional de la salud con la persona usuaria. Hay que tomar en cuenta el contexto con el cual llegan a consulta estas personas debido a su condición de estereotipos, situaciones de estigma y discriminación que se presentan en torno a las personas LGBTI; por lo cual se debe seleccionar en cada momento el apropiado enfoque que se adapte a las necesidades de las personas usuarias y les permita sentirse acogidas, bien tratadas e incluidas, generando empatía, basada en el trato cálido, respetuoso, abierto y sin la emisión de juicios de valor. Por ello, el interrogatorio inicial que presupone que todas las personas son heterosexuales o tienen familias nucleares-monogámicas, no es apropiado para todas las personas, pues en nuestra sociedad actual existen múltiples identidades sexuales, familias diversas y prácticas sexuales diversas y no convencionales.

En este sentido, centrar el interrogatorio en temas como estado civil con las categorías habituales “unión de hecho”, “casado/a”, “soltero/a”, “divorciado/a”, o “viudo/a”, suponen la existencia de una pareja del otro sexo, de una relación monogámica o que todos los hijos son biológicos, son abordajes inadecuados que no permiten tener la información necesaria para garantizar la satisfacción de las demandas de salud de las personas LGBTI. Adicionalmente, estas suposiciones ponen a los profesionales de la salud en una situación inadecuada, lo que lleva a no tener acceso a información precisa por parte de sus pacientes y consecuentemente puede originar errores clínicos y técnicos en el abordaje de su salud.

Es muy importante ser lo más sensible posible. A menudo las preguntas estándar no son adecuadas. En el ámbito clínico, los profesionales de la salud tienen el control sobre qué preguntas hacer y no hacer. Hay que tener en cuenta: la terminología a utilizar (según el género), la manera de gestionar la situación y si él o la usuaria está incómodo/a. El profesional de la salud en consulta debe pensar cuidadosamente acerca de qué información es relevante y asegurarse que las preguntas iniciales sean lo suficientemente abiertas para que el paciente/usuario/a responda con sinceridad, apertura y sin tener que corregirlo/a. Para ver ejemplos de preguntas (abiertas) referirse al anexo 1 y al anexo 6. Es importante el registro de la orientación sexual e identidad de género y variable intersex en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).

6.6 Confidencialidad

Todas las prestaciones en salud deben garantizar el cumplimiento de la obligación profesional del secreto médico y el derecho a la confidencialidad que tienen hacia las y los pacientes/usuarios/os. Los motivos fundamentales para esta condición son (20):

1. El compromiso que adquieren los profesionales de la salud, ante el/a paciente/usuario/a de guardar toda información que llegue a conocer en el curso de su actuación profesional. La palabra secreto hace referencia a *“lo que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás”*; extensible a toda la cadena sanitaria asistencial. (21)
2. La fidelidad de los profesionales de la salud con los/las usuarios/as/pacientes para generar las condiciones de confianza en la relación.
3. El/la usuario/paciente es el/la propietario/a de la información que sobre sí mismo/a repose en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. Únicamente a él/ella compete la delimitación de su intimidad, de manera personalísima.

4. Asegurar la intimidad para que todos los pacientes puedan decir la verdad sin miedo a que esa información trascienda a otros actores y pongan en riesgo su intimidad.
5. La necesidad de respeto a la libertad de los individuos en cuanto a sus elecciones personales y sus derechos individuales (autonomía). En este contexto, la privacidad es una condición básica que debe estar incluida en todas las etapas de atención integral en salud. Los profesionales de la salud deben cumplir con el deber del secreto médico, para generar condiciones de confianza en la relación con los pacientes/usuarios y así garantizar el derecho a la intimidad. El secreto médico es extensible a toda la cadena sanitaria asistencial.
6. Evitar la vulneración de los derechos del o la paciente, revelando información referente al ejercicio de su vida o su sexualidad.

Se debe poner especial énfasis en el correcto llenado de la historia clínica de acuerdo al instructivo y formatos con los que para el efecto cuenta el Ministerio de Salud Pública. La información constante en la historia clínica es sensible, por lo que los profesionales de la salud que tengan acceso a la misma tienen la obligación de preservar la confidencialidad. Ésta debe contener toda la información que pudiera ser relevante para la salud del o la usuaria/paciente, asegurando el cumplimiento y la obligación de preservar la confidencialidad sobre la misma. (20)

Para el manejo de la confidencialidad, el Ministerio de Salud Pública ha generado la normativa que permite garantizar este derecho mediante la expedición del Acuerdo Ministerial Nro. 00005216-A, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 427 de 29 de enero de 2015 que expide el *“Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud.”*

6.7 Recomendaciones para la atención en salud

Recomendaciones generales para la atención en salud de las personas LGBTI (18,22–24)

Evite bromas o insinuaciones maliciosas acerca de las personas LGBTI. Los y las médicas, pueden dar el ejemplo para el resto de profesionales de los servicios de salud.

Facilite profesionalmente que la persona LGBTI se sienta lo más cómoda en el establecimiento de salud, así aumenta la posibilidad de obtener información importante, para la atención eficaz en salud.

Sea inclusivo/a en el registro de información en la consulta LGBTI, incluyendo términos de género neutro (consulte sobre la pareja, no sobre el esposo o esposa) e incluya preguntas sobre la conformación familiar alternativa (no asumir conformación familia tradicional nuclear).

Plantee a la persona LGBTI la posibilidad de su derecho a negarse a responder cualquier pregunta.

No haga suposiciones. Cualquier persona que accede a la consulta podría auto-identificarse como LGBTI y/o tener un historial de relaciones con personas del mismo sexo. Del mismo modo, no asuma el sexo biológico de la persona.

Ofrezca disculpas en caso de que un o una usuaria/paciente parezca ofendida, dando una breve explicación de por qué es necesaria la información solicitada, o preguntando acerca de la terminología que prefiere (ej. Si usted usa la palabra “compañero/a” y la persona parece ofendida, pregunte como él o ella suele llamar a su pareja).

Preséntese completamente cómodo/a hablando de sexualidad (coloquial y técnicamente). La práctica de entrevistas con amigos/as puede ayudar a desarrollar esta habilidad.

No emita juicios de valor pues no es útil. Los profesionales de la salud tienen derecho a su propia moral y creencias en su vida personal, pero esto no debe interferir con la entrega de la asistencia necesaria. Respete los derechos de las personas.

Explique cómo se protegerá la confidencialidad del expediente, que la misma no puede revelarse sin consentimiento del usuario/paciente. Aclare quién tendrá acceso a la información.

Reconozca y no reproduzca los prejuicios personales e institucionales que refuerzan la homofobia, transfobia, bifobia, lesbofobia y el heterosexismo que existen a nivel individual, grupal e institucional.

Evalúe cómo sus prejuicios afectan la manera de comunicarse con sus usuarios/pacientes y la forma de interpretar los síntomas y reformule su intervención.

Propicie un ambiente seguro, para facilitar la entrevista médica. Elimine las barreras sexistas en su lenguaje.

No dé por sentado que todas y todos los pacientes son heterosexuales, que si están casados, son heterosexuales o monógamos o que tienen un grupo restringido de prácticas sexuales.

Facilite el acceso a material impreso y referencia a servicios para personas LGBTI.

Incluya en las salas de espera, revistas, periódicos, folletos que sean inclusivos y específicos para las personas LGBTI.

La salud y bienestar, así como el acceso y utilización de los servicios de salud no pueden entenderse sin tener en cuenta el contexto sociocultural en el que viven las personas LGBTI. Indague sobre este aspecto.

Elimine plantear la heterosexualidad como única opción posible o la homosexualidad femenina y masculina como la alternativa minoritaria y anormal o patológica. Por tanto, la sexualidad debe verse, sentirse y vivirse desde varias posibilidades de conducta sexual la heterosexualidad, homosexualidad y la intersexualidad.

Eduque a las/los pacientes que la homosexualidad, al igual que la heterosexualidad, supone un tipo de orientación del deseo sexual, unos estímulos hacia los que se siente atracción sexual, hacia los que se dirige el deseo y con los que la persona tendrá o deseará tener conductas sexuales. No interiorice ninguna conducta sexual.

Tenga presente que la homosexualidad no puede entenderse como una simple elección, pues numerosos estudios confirman que asumir la propia homosexualidad no es nada fácil, no se trata, por tanto, de algo que pueda ser modificable.

Valore las condiciones de violencia y discriminación a las que están expuestas las personas LGBTI, realice tamizaje y asesoría de acuerdo a la normativa de atención de violencia de género y otras del Ministerio de Salud Pública.

6.8 Factores de riesgo

Factores de riesgo socioeconómico

La homofobia es el término generalmente usado para describir el rechazo y la discriminación a las personas LGBTI (suele incluir a términos específicos como lesbofobia, transfobia o bifobia).

Las personas LGBTI enfrentan los riesgos de la violencia homofóbica a todo nivel, incluso en el entorno familiar, de hecho, en la primera investigación (estudio de caso) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y la Consejo de Transición para la Igualdad de Género (CTIG) (2013), del total de la población LGBTI entrevistada (2 805 casos), el 70,9% reportó que han vivido alguna experiencia de discriminación en su entorno familiar; de los cuales el 72,1% sufrió algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió rechazo y el 61,4% violencia. (2)

El mismo estudio señala que la población LGBTI sufre discriminación en espacios privados en un 50,5% y en públicos en un 55,8%. Además, se muestran en las cifras de exclusión que en espacios

privados alcanza un 71,4% y públicos en un 60,8%. La violencia en perjuicio de la población LGBTI en lugares privados es de 52,1% y en públicos de un 65,6%. (2)

Hay que reconocer que los índices de violencia y discriminación contra la población LGBTI son altos, por ello los profesionales de la salud deberán indagar también sobre violencia sexual, psicológica y física que pueden estar sufriendo en el ámbito intrafamiliar. Según la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género, *“todos los/las pacientes deberán ser tamizados para violencia de género como parte de la historia clínica. Tome en cuenta que la identificación de los casos de violencia de género puede darse por tres vías distintas”* (8):

- Demanda manifiesta de atención en violencia de género por parte del usuario del servicio de salud.
- Transferencia del caso desde el sistema de justicia a otras instituciones.
- Detección del caso de violencia de género desde el tamizaje por indicadores de sospecha.

Se debe seguir el Procedimiento General de la Atención en Violencia de Género detallado en la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. Se deben utilizar como herramienta preguntas de tamizaje universal. Las preguntas sugeridas se encuentran detalladas en la normativa mencionada, éstas pueden ser aplicadas a las/los pacientes que van por primera vez a la consulta y cuando el profesional de la salud tenga sospechas de que la o el paciente es víctima de violencia intrafamiliar o de género. (8)

Cabe recalcar que hasta antes de 1990, dentro del ámbito médico nacional, la homosexualidad era considerada como enfermedad y tratada como delito. Estas ideas aún persisten y dan lugar a la discriminación estructural, es decir, la discriminación contra algunos grupos y personas como las LGBTI están fuertemente arraigadas en los comportamientos sociales, lesionando básicamente los derechos humanos. Aquí resulta útil el concepto de violencia contra las personas LGBTI que según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: *“es el resultado de percepciones negativas basadas en generalizaciones falsas, así como en reacciones negativas a situaciones que son ajenas a las nuestras.”*

El conocimiento de esta realidad por parte de los profesionales de la salud permitirá evaluar el impacto que tiene en la salud de las personas LGBTI. En relación a los procesos específicos que sustentan el derecho a la salud, los Principios de Yogyakarta enfatizan en el acceso sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género a establecimientos, productos y servicios de salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como a sus propias historias clínicas. Los programas y servicios de salud, educación, prevención, atención y tratamiento en materia sexual y reproductiva deberán por tanto respetar la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género”. (25)

Los profesionales de la salud pueden incidir y cambiar directamente las dinámicas de exclusión y homofobia, mediante el examen de sus propios prejuicios, y educar a las/los usuarios/pacientes en general sobre los riesgos de la discriminación y de la violencia (sea sexual, física o psicológica). En casos de violencia de género, el médico debe brindar atención en salud a la población LGBTI como en todos los casos de violencia (en personas heterosexuales), ya que la dinámica de la violencia

intrafamiliar en personas LGBTI tiene los mismos parámetros que se consideran en la valoración de violencia intrafamiliar y de violencia de la pareja heterosexual.(8)

Factores de riesgo relacionados a la conducta y estilo de vida de las personas LGBTI

Es importante que los profesionales de la salud conozcan que el comportamiento sexual de las/os usuarios/as/pacientes, ya sea LGBTI o heterosexual, no responde necesariamente a los prejuicios socialmente generados sobre sus prácticas sexuales. Así por ejemplo, el riesgo de una infección de transmisión sexual aumenta al exponerse a prácticas sexuales inseguras sea heterosexual u homosexual, pues esto no está condicionado a la orientación sexual. Por tanto, los riesgos variarán de acuerdo a un sinnúmero de condiciones en las que se realiza una práctica sexual específica. Los profesionales de la salud deben conocer la gama de prácticas sexuales con el fin de brindar asesoría y atención apropiada a el/la paciente, y con ello generar condiciones para que las mismas sean seguras, más no con el objetivo de lograr que las personas dejen de tener una práctica sexual específica (ver anexo 1).

Algunas investigaciones sobre comportamientos relacionados con la salud entre las personas LGBTI han demostrado niveles elevados de tabaquismo, consumo de alcohol y el uso de drogas en comparación con sus pares heterosexuales, lo que parece estar determinado por la discriminación y los niveles de estrés más elevados en la población LGBTI por el entorno homofóbico y de discriminación. Ya sea que consuman para relajarse o para facilitar las relaciones sociales, la consecuencia suele ser la adicción, la misma que está asociada con unas mayores tasas de cáncer, cardiopatía y enfisema. (26)

También hay evidencia que indica que mujeres lesbianas pueden tener un mayor riesgo de obesidad que sus pares heterosexuales. Existen pocos datos para describir por qué existen estos niveles elevados, pero esta información es útil para que las y los profesionales de la salud lo investiguen en su consulta. (26)

La salud física y mental son condiciones básicas para la búsqueda y el desarrollo de estos deseos y capacidades, y son fundamentales para la capacidad de una persona para llevar una vida acorde con la dignidad humana.

Recomendaciones para evaluar factores de riesgo en personas LGBTI (18,22–24)

Pregunte acerca de las prácticas sexuales para evaluar los riesgos de salud, pero recuerde indagar también la orientación sexual e identidad de género de la persona.

Trate de familiarizarse tanto con la jerga y términos técnicos empleados para definir las prácticas sexuales.

Desarrolle conocimiento acerca de las prácticas sexuales en correlación a los riesgos evitables, que pueden ser discutidos durante la consulta.

Consulte sobre el consentimiento de una práctica sexual y luego asesore acerca de relaciones abusivas, violentas, ante una persona que ha sido herida durante la actividad sexual.

Desarrolle conocimiento sobre los patrones de consumo de alcohol, drogas y asesore a los y las pacientes que lo ameriten. Personas LGBTI pueden tener un mayor riesgo de abuso de sustancias.

Evalúe los programas de recuperación por abuso de drogas y alcohol, para saber si es adecuado para personas LGBTI, sobre todo si tienen afiliación religiosa, para asegurar un abordaje integral.

Infórmese lo más posible sobre el argot popular y técnico sobre las drogas.

Evalúe el abuso de tabaco. Se han encontrado niveles elevados de consumo de tabaco entre las personas LGBTI en comparación con heterosexuales.

Evalúe el abuso de alcohol. Se han encontrado niveles elevados de consumo de alcohol entre las personas LGBTI en comparación con heterosexuales (ver anexo 5).

Evalúe el abuso de drogas. Se han encontrado niveles elevados de consumo de drogas entre las personas LGBTI en comparación con heterosexuales.

Evalúe el IMC en mujeres lesbianas. Se ha encontrado un riesgo elevado de obesidad entre mujeres lesbianas en comparación con heterosexuales.

6.9 Cuidado de la salud sexual

La mayoría de personas LGBTI que acceden a los servicios médicos, lo hacen con la gama habitual de problemas de salud observados en general. Sin embargo, hay determinados temas de salud sexual que se debe considerar para garantizar una atención integral acorde a las necesidades de cada usuario/a/paciente.

Algunas personas se rehúsan a revelar su orientación sexual a los profesionales de la salud y/o discutir sus prácticas sexuales por miedo al rechazo, lo que puede afectar el control de su salud sexual y tratamiento. Al hablar de la salud sexual de los hombres homosexuales y bisexuales, es importante tener en cuenta a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), pero que no se identifican como homosexuales o bisexuales. HSH es un término epidemiológico que abarca a todos los hombres en este grupo.

Todas las personas, entre las que se encuentran las poblaciones LGBTI, requieren de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Prácticamente todas las prácticas sexuales pueden conllevar en menor o mayor medida la posibilidad de contraer ITS y VIH. Tome en cuenta los principios de la consejería que se encuentran en la Guía de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual en Ecuador del Ministerio de Salud Pública. (6)

Tome en cuenta que los HSH se constituyen en un porcentaje alto de personas diagnosticadas con el VIH en Ecuador. Un escenario similar más complejo tienen las mujeres trans que llegan a presentar niveles de incidencia de VIH incluso más alto.(22)

Hay que puntualizar que las mujeres lesbianas y bisexuales han sido percibidas como un grupo de bajo riesgo por los profesionales de la salud. Como resultado las mujeres lesbianas y bisexuales pueden correr peligro en términos de las infecciones de transmisión sexual y el menor uso de píldoras anticonceptivas, por ello actualmente se recomienda que deben ser tamizadas al igual que las mujeres heterosexuales.(22)

Generalmente las campañas de prevención de ITS y VIH/Sida y, en general, de salud sexual y salud reproductiva, excluye a mujeres lesbianas y bisexuales, invisibilizando y, lo que es más grave,

deslegitimando sus prácticas sexuales, fortaleciendo la arcaica concepción del sexo solo ligado a lo genital (pene/vagina) y reiterando la heterosexualización generalizada.

Esta concepción, a más de ser discriminatoria y excluyente, ocasiona que muchas de las necesidades y riesgos en salud sexual no reciban atención médica. Las mujeres lesbianas y bisexuales requieren los mismos controles ginecológicos de rutina estipulados para las mujeres heterosexuales. Se debe incluir la realización de colposcopia y del *Papanicolaou*. (27)

Una situación recurrente e incómoda para varias mujeres lesbianas cuando son visibles en las consultas es la presunción de la imposibilidad o la falta de deseo reproductivo. Esto responde a una creencia errónea de que las mujeres lesbianas no desean, no pueden o no deben ser madres. Por otro lado “las mujeres trans que se hayan realizado vaginoplastias y los hombres trans también requieren controles ginecológicos que dependerán de cada situación en particular”. (18).

Tome en cuenta que las personas trans se enfrentan a altos niveles de transfobia en la forma de discriminación, estigmatización, violencia, enjuiciamiento e, incluso, extorsión. Esta situación contribuye de forma directa y significativa a su vulnerabilidad, y crea obstáculos al acceso a los servicios de salud.

Por tanto, no se trata de atribuir prácticas sexuales a un determinado grupo, sino orientar para que **éstas** sean seguras. Es necesario tener en cuenta que todas/todos tenemos derecho a la libertad sexual, autonomía, a la integridad, a la seguridad sexual del cuerpo, a la equidad y al placer sexual. Se debe romper la idea de que los derechos sexuales están asociados solo a la sexualidad heterosexual. “Cuando se refiere a derechos sexuales de las personas LGBT parta del reconocimiento de una diversidad de prácticas, experiencias y representaciones, independientes del modelo heterosexual”. (19)

Las/los profesionales de salud tienen la obligación de brindar atención tomando en cuenta las prácticas sexuales y ofrecer información apropiada para cada una de las necesidades de la población LGBTI. Asesoren para la toma de decisiones a las/los pacientes informando sobre los aumentos recientes de infecciones de transmisión sexual entre los HSH, personas trans, gays u otras poblaciones, explicando la sinergia entre la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, además de ayudar a entender cómo las ITS son transmitidas y cómo pueden prevenirse. Adecúe la prevención en cada situación en particular, por ejemplo la penetración anal o vaginal (la prevención de prácticas con penetración se basa en uso correcto del preservativo y lubricantes hidrosolubles) (ver anexo 2).

Recomendaciones para el cuidado de la salud sexual en personas LGBTI (18,22–24)

Incluya a las mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans masculinos, en las recomendaciones de cuidado de salud sexual y salud reproductiva.

Esfuércese por desarrollar comodidad y confianza al realizar la historia sexual, pues es fundamental para una evaluación completa de los riesgos.

Brinde atención inmediata, la identificación y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pueden tener un efecto positivo en la supervivencia a largo plazo y en las tasas de transmisión.

Fomente la realización de pruebas diagnósticas de ITS y VIH, la detección de enfermedades de transmisión sexual es tan importante como la detección de VIH. Preste especial atención a la sífilis.

Asesore acerca de la notificación a las parejas sexuales actuales y anteriores, en el caso de que se den resultados positivos en una ITS.

Ofrezca a los hombres homosexuales y bisexuales, así como trans femeninas, examinarse para la hepatitis A, B y C.

Ofrezca vacuna de hepatitis A o B, si los resultados indican que no hay infección o inmunidad previa. La prevención de la hepatitis C debe ser alentada.

Discuta sobre el riesgo de transmisión a otras personas en casos de que una o un usuario tenga hepatitis B o C crónica o aguda, y como evitar esta transmisión.

Evalúe la función hepática y la cronicidad y de ser el caso, dé tratamiento.

Asesore sobre el comportamiento de riesgo sexual y estrategias de reducción del riesgo para todas las enfermedades de transmisión sexual. Las consultas de atención primaria son una importante oportunidad para la educación sobre prácticas sexuales más seguras.

Preste atención a los lugares menos comunes de presentación de ITS en hombres homosexuales, bisexuales, HSH y trans femeninas, como la faringe o el ano. Las verrugas anales y displasia tienen una incidencia mucho más alta entre los HSH y trans femeninas, que en los hombres que tienen sexo con mujeres.

Examine a personas varones homosexuales o bisexuales y trans femeninas sexualmente activas, dependiendo de sus prácticas sexuales, sobre todo las respectivas zonas (genital, cavidad oral, recto), para detectar ITS.

Considere la "prueba de Papanicolaou anal" para evaluar las verrugas anales y/o carcinoma anal y la realización de la citología cervical de rutina.

De charlas sobre sexualidad y protección durante la relación sexual; esto aumenta la aplicación de medidas preventivas.

6.10 Cuidado de salud de las personas trans

Las personas trans se enfrentan a numerosos problemas médicos, psicológicos y sociales complejos, los cuales incluyen un largo proceso de entender su identidad, su género y orientación sexual. A menudo estos problemas se complican porque deben lidiar con la discriminación, desconocimiento, estereotipos, violencia, lo cual genera la negación del acceso a los sistemas de apoyo social y de salud, todo esto deteriora su calidad de vida.

Para que la atención en salud a las personas trans sea acertada, es indispensable partir de la comprensión del significado de la palabra y conocer qué tipos de identidades trans existe. La palabra trans es un término que se usa para referirse a las "personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer". (28)

Los conceptos más utilizados para abarcar a las identidades trans son: transgénero, travesti y transexual.

La identidad transgénero no es igual a la travesti ni a la transexual. La identidad transgénero hace referencia a aquella persona que vive en el género opuesto al que le asignaron al nacer, pero sin modificar necesariamente su cuerpo. (4) En el caso de muchas transfemeninas, ellas adoptan comportamientos y estéticas (maquillaje, cabello largo, vestimenta) asociadas a lo que en su contexto

se concibe como femenino. Muchas de ellas recurren a tratamientos hormonales a base de estrógenos para modificar su cuerpo, aunque no necesariamente quieren llegar a una cirugía de reasignación genital.

El travesti o travestido se refiere “a aquellas personas que esporádicamente se visten y actúan con los códigos del género opuesto, aunque en su vida social y cotidiana se identifiquen con el género que les fue atribuido al nacer”. (29) Las y los travestis generalmente se sienten cómodos con su sexo asignado y no desean cambiarlo. El travestismo no indica la orientación sexual. **Transexual** “es aquella persona que quiere someterse a una reasignación genital y modificar su cuerpo para vivir en el género que siente como propio. Como bien dice la palabra, es una transición en el sexo biológico”. (29)

A menudo la transición corporal de personas transexuales se rige desde un paradigma médico que establece los parámetros para alcanzar los cambios anatómicos deseados a través de procedimientos hormonales y quirúrgicos. En el caso de las transiciones de hombre a mujer (transexuales femeninas o mujeres transexuales) se realizan implantes de senos, terapias hormonales con estrógenos, depilaciones del vello facial y corporal, operaciones para definir rasgos faciales femeninos y la cirugía de reasignación genital (vaginoplastia). En el caso de las transiciones corporales de mujer a hombre (transexuales masculinos u hombres transexuales) se realizan extirpaciones de los senos (mastectomías), terapias hormonales con testosterona, histerectomías (extirpación del útero y los ovarios) y la faloplastia.

Las personas trans utilizan los medios que les permitan coincidir en el mayor grado posible con sus identidades de género. Este proceso de transición a través de intervenciones médicas generalmente es conocido como reasignación de sexo o género, pero más recientemente también se lo ha denominado afirmación de género.

Los profesionales de la salud deben saber que las personas trans experimentan su identidad transgénero de diversas maneras y pueden llegar a tomar conciencia de su identidad a cualquier edad. Algunas personas pueden rastrear sus identidades y sentimientos transgénero desde que tienen memoria. Hay que entender que la sexualidad humana es una realidad que se puede modificar y que no todos nos definimos como heterosexuales.

Precisamente las identidades trans subvierten las normas binarias del género y la sexualidad. “Por ejemplo, una persona puede adoptar una identidad de género femenina aunque biológicamente haya nacido hombre, o a su vez puede identificarse en masculino aunque haya nacido mujer”. (29). Es importante entender que las identidades trans mutan y cambian continuamente. El cuestionar y rechazar la ‘patologización’ de las mismas es una tarea del sistema de salud, entendiendo que es un derecho que tienen las personas a auto determinarse de acuerdo a su género, por tanto los profesionales de la salud deben brindar la atención en salud tomando en cuenta las necesidades, particularidades de la población trans, para que tanto el diagnóstico como el plan de tratamiento a ser brindado sea el más acertado.

A pesar de las luchas por el reconocimiento de los derechos de las personas trans, aún persiste la discriminación, violencia y exclusión. Según el estudio de “Situación de los derechos humanos de las personas Trans en el Ecuador” realizado por el Consejo Nacional para la Igualdad de Género en el 2015, (28) evidencia que 7 de cada 10 personas trans han vivido alguna forma de discriminación en el ámbito familiar.

El entorno familiar, al constituirse en el primer lugar de socialización y evidencia de las identidades de género trans, es también el primer espacio de control, imposición, rechazo y/o violencia a las personas trans, como lo demuestra la Encuesta del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) sobre condiciones de vida de la población LGBTI. (2)

Tabla 2. Experiencias de control en el ámbito familiar

CONTROL*					
¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su entorno familiar?	Si	%	No	%	Control
Obligación a vestirse de acuerdo a su sexo biológico	346	69,5 %	152	30,5 %	498
Prohibiciones de salir con otras personas	319	64,1 %	179	35,9 %	498
Prohibición de asistir a actividades propuestas por grupos LGBTI	237	47,6 %	261	52,4 %	498
Obligación a asistir a cultos religiosos	137	27,5 %	361	72,5 %	498
Obligación de contraer matrimonio	36	7,2 %	462	92,8 %	498
**Amenazas de quitarle la custodia de sus hijos/as	17	45,9 %	20	54,1 %	37
**Presión para mantenerse en el matrimonio por los hijos/as	10	27,0 %	27	73,0 %	37

Fuente: INEC - Condiciones de vida de la población "GLBTI" (2)

* Personas trans que han vivido control en el ámbito familiar

** Población trans que tiene hijos

Este mismo estudio muestra cuáles son las formas de imposición que la población trans ha vivido en el ámbito familiar. A continuación aquellas experiencias de imposición (tabla 3).

Tabla 3. Experiencias de imposición en el ámbito familiar

IMPOSICIÓN*					
¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su entorno familiar?	Si	%	No	%	Imposición
Le hacen sentir que debe ser más masculina o femenina	287	62,1 %	175	37,9 %	462
Imposición de asistir donde un psicólogo, psiquiatra, cura o pastor para "curarle" o "cambiarle"	194	42,0 %	268	58,0 %	462
Imposición de un novio/a para que cambie	170	36,8 %	292	63,2 %	462
Obligación para dejar actividades o deportes que se consideren inapropiados	160	34,6 %	302	65,4 %	462
Sometimiento a tratamientos hormonales para "cambiarle" contra su voluntad	142	30,7 %	320	69,3 %	462

Fuente: INEC - Condiciones de vida de la población "GLBTI"

* Personas trans que han vivido imposición en el ámbito familiar

Esta encuesta da un panorama de la situación de violación de los derechos humanos y las diversas formas de imposición y rechazo que sufren las personas trans masculinas, trans femeninas

y transexuales que van desde tener que vestirse de acuerdo a su sexo biológico, pasando por la imposición de un novio o novia, como el que deben acudir a un psicólogo o un psiquiatra para ser “curado”. Todo esto demuestra que las identidades trans no son respetadas, y por el contrario se impone sobre sus cuerpos y comportamientos la lógica del binario hombre-mujer. Prácticas que promueven distintas formas de violencia (física, psicológica y sexual) al interior del entorno familiar y se exacerban también fuera, dan lugar a la transfobia. Como toda forma de discriminación, ésta se manifiesta en distintos ámbitos de la vida social: familia, educación, campo laboral, sistema de salud, servicios públicos, política, actividades culturales y en el sistema jurídico.

Según la encuesta del Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC) sobre Condiciones de vida la población LGBTI, de 479 personas trans encuestadas, el 45% ha vivido violencia; el 82,3% ha recibido gritos, insultos, amenazas o burlas por parte de sus familiares; el 15,7% ha sido acosada sexualmente y el 84,8% ha sido obligada a tener relaciones sexuales por parte de sus familiares. (2)

En el ámbito de salud, el estudio sobre la “Situación de los derechos humanos de las personas Trans en el Ecuador” realizado por el Consejo Nacional para la Igualdad de Género (2016), muestra que, según los 875 casos encuestados: el 56% ha solicitado atención por salud en los últimos 3 meses, un 18,1% refiere haber requerido atención en los últimos 6 meses y un considerable 15,1% informa no haber solicitado atención por salud hace más de un año o nunca. (28)

El mismo estudio “indagó sobre los motivos por los cuales las personas trans no acuden a los servicios de salud, la razón más frecuente está relacionada con la atención o el trato; es decir, por no sentirse cómodos/as en la atención de salud, por no considerar la atención de los centros de salud cordial, sensible y amable; o por haber tenido malas experiencias con los profesionales de medicina”. (28)

Estas estadísticas muestran la necesidad de las personas trans, por recibir atención adecuada, de ahí la importancia de que los profesionales de la salud estén bien informados y capacitados, para superar tanto los vacíos, como los prejuicios que tengan frente a esta identidad sexual. Los profesionales de la salud tienen que tomar en cuenta que en ocasiones, sus cuerpos no coinciden con su identidad o expresión de género, pueden o no haber pasado (o desean pasar) por los tratamientos médicos de modificación del cuerpo para afirmar sus géneros.

No se debe tratar a la persona trans como si sólo fuera un cuerpo. El cuerpo de una persona trans puede tener elementos, rasgos o características que no se ajustan a la identidad de género. Por tanto, es importante señalar que para las personas trans, su anatomía no necesariamente las define, aunque esa anatomía puede requerir tratamientos que típicamente suelen otorgarse a las personas del otro sexo. El profesional de salud debe respetar la identidad de género de la persona que consulta, independientemente de su apariencia física. Para proveer el cuidado de una persona trans debe hacerlo de modo sensible, respetuoso de manera que reconozca y respete la auto-descripción o la auto-identificación de género del usuario. (23)

Es importante mencionar que las personas trans pueden tener prácticas sexuales diversas. “Es clave que el profesional de salud no haga suposiciones, sino que reconozca que la identidad de género y la orientación sexual son categorías distintas. Por ejemplo, muchas mujeres trans (transfemeninas) que tienen sexo con hombres son versátiles, es decir, no siempre adoptan una posición pasiva (receptiva) durante el sexo anal”. (19)

Las personas trans deben ser valoradas en relación a sus necesidades de salud inmediatas, sus problemas de salud o enfermedades deben ser atendidos según sea necesario: “Compruebe si hay alergias, antecedentes médicos, especialistas que hayan consultado, uso de medicación crónica y episódica, incluyendo cualquier medicamento hormonal del otro sexo y su fuente: receta médica, vendedores ambulantes, medicamentos compartidos con otras personas, así como la duración del uso y/o cualquier complicación”. (19)

“Algunas mujeres transexuales pueden haberse aplicado hormonas, inyecciones de aceite de silicona de grado médico o industrial, aceites lubricantes, selladores de masilla, aceite de bebé y una variedad de otras sustancias en sus caderas, nalgas, muslos, mamas, los labios o la cara. Estas inyecciones pueden haberse administrado ellas mismas, o por sus compañeras, médicos sin escrúpulo. Explique y valore los riesgos asociados con estos procedimientos, ya que muchas veces incluyen infecciones locales y sistémicas, la formación de émbolos, la formación dolorosa de granulomas, y un síndrome inflamatorio sistémico que puede ser fatal.” (18)

En el caso de las personas transmasculinas evalúe y prevenga el cáncer de cuello de útero y mamas. Si bien es cierto que su identidad no está definida por sus características biológicas, requieren cuidados ginecológicos y los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud integral de las personas trans.

Debe explorarse el riesgo actual o futuro de las mujeres trans para inyecciones de relleno de tejidos blandos, y se les debe asesorar adecuadamente. (18)

Recomendaciones para las personas trans (Anexo 3) (18,22,24)

Diríjase a la personas trans con el nombre y género que deseen utilizar. Respete la identidad de género preferida.

Reconozca que la construcción de la identidad de género es distinta de la orientación sexual.

Familiarícese con las distintas variables anatómicas, psicológicas y sociales alrededor de la orientación sexual y la identidad de género, reconocer que él o la usuaria pueden estar en desacuerdo con uno o más de estos factores.

Proporcione un ambiente seguro y sin prejuicios a las personas trans. Reconozca sus sentimientos personales y/o prejuicios sobre las variantes de género, motivaciones individuales de la persona trans o estado mental. Exprese como su principal interés el bienestar de su usuario/a trans, como lo haría con cualquier otra persona en consulta.

Consulte a la persona si usted duda de su identidad de género, o solicite su auto-identificación por medio de preguntas orientadoras y no sesgadas.

Explique la confidencialidad de los datos personales y clínicos a la persona trans consultante.

Sea consciente de los sentimientos de angustia que él o la usuaria trans puede experimentar durante la consulta acerca de su cuerpo o historia de vida. Las personas trans pueden ser particularmente sensibles en el examen físico (ej. desvestirse para el examen físico).

Reconozca que algunas personas trans pueden tener características físicas modificadas por tratamiento hormonal o cirugía anterior. Pregunte las características de estos tratamientos, de ser necesario.

Evite hacer suposiciones basadas en la identidad o expresión de género, acerca de la orientación sexual de una o un paciente, así como su estado relacional (soltero/a, en relación, etc.), paternidad o maternidad.

Monitoree cuidadosamente a las personas trans que reciben terapia hormonal:

Mujeres trans que actualmente toman estrógenos.

Hombres trans que actualmente toman testosterona

Realice todos los exámenes necesarios en personas trans masculinas y trans femeninas (Anexo 4) que han sido reasignadas sexualmente, reconociendo que no todos los órganos sexuales natales pueden haber sido extirpados quirúrgicamente. Por ejemplo, llevar a cabo exámenes de próstata para trans femeninas y exámenes de mama, útero para trans masculinos como parte del diagnóstico integral.

Determinar si tiene hipertensión arterial.

Para todo hombre trans con cervix, realice Papanicolaou y otros estudios de acuerdo a los estándares nacionales.

Sospeche ampliamente la existencia de enfermedades tiroideas y explore apropiadamente. La utilización de hormonas de remplazo del otro sexo, con o sin gonadectomía, puede ocasionar desequilibrios endocrinos generales.

Valore las condiciones de violencia y discriminación a las que están expuestas las personas trans, realice tamizaje y asesoría de acuerdo a la normativa de atención de violencia de género y otras del Ministerio de Salud Pública.

Brinde a las personas trans atención integral apropiada y entregue información en relación a prevención del uso de terapias hormonales y quirúrgicas.

Oriente y asesore qué hay que hacer para evitar las infecciones de transmisión sexual, capaces de pasar de una persona a otra, aún cuando mantengan relaciones sexuales sin penetración en el caso de los varones transmasculinos.

Explore si la persona transmasculina se ha realizado la histerectomía, anexectomía o técnicas quirúrgicas mediante las cuales se proceda a la extirpación de la matriz y los ovarios. Estas intervenciones suponen la base de la cirugía posterior de reasignación de género. Refiera recomendaciones.

Brinde a las personas trans atención integral apropiada y entregue información en relación a prevención del uso de terapias hormonales y quirúrgicas.

6.11 Cuidado de salud de las personas Intersex/desorden del desarrollo sexual

La intersexualidad forma parte de la variación sexual biológica del sistema reproductivo y sexual de los cuerpos. Las personas intersexuales nacen con “cromosomas sexuales”, genitales externos, y/o sistemas reproductivos internos que no son considerados exclusivamente masculinos o femeninos. También se conoce como “genitales ambiguos” o trastorno del desarrollo sexual.

Concretamente, el término “intersexual” se utiliza para referirse a personas cuyas características sexuales congénitas son ambiguas de acuerdo a las características sobre las cuales se suelen asignar comúnmente el sexo masculino o femenino. En la literatura médica, el término “trastornos del desarrollo sexual” (TDS) se utiliza para referirse a las diferentes formas (cromosómica, gonadal o anatómica) que tal condición puede tomar. Oponiéndose a la connotación normativa del término “trastorno”, los críticos subrayan la condición de la intersexualidad como variantes naturales y abogan por conceptos más descriptivos como “desorden”, “divergencia” o “variación del desarrollo sexual”. (18)

Por lo referido, en el presente Manual utilizaremos la palabra desorden. Las personas con desorden en el desarrollo sexual (DSD) experimentan angustia y sufrimiento como resultado de las cirugías de asignación de sexo, a menudo realizadas sin el consentimiento de la persona poco después del nacimiento. Esto puede llevar a la creación de una apariencia física con la que la persona no se identifica. (18)

“Los profesionales de la salud que atienden a personas que presentan desorden en el desarrollo sexual (DSD) tienen que ser conscientes de que el contexto médico en el que estas personas han crecido suele ser muy diferente a la de las personas sin DSD. Los historiales médicos relacionados con el género de las personas con DSD son a menudo complejos. Sus historias pueden incluir una gran variedad de elementos atípicos innatos de orden genético, endocrino y somático, y también pueden haber sido sujetos de diversos tratamientos médicos hormonales, quirúrgicos y de otra índole. Por esta razón, muchas cuestiones adicionales deben ser consideradas en la atención psicosocial y médica de estas personas”. (18)

Existen varias condiciones hereditarias que pueden causar esta presentación en el nacimiento: el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, síndrome de Klinefelter, hiperplasia congénita adrenal, agenesia vaginal, la deficiencia de 5-alfa reductasa y la disgenesia gonadal. En muchos casos, el niño o niña presenta un agrandamiento del clítoris o un pene muy pequeño con una vagina inadecuada o testículos subdesarrollados. Se estima conservadoramente que uno de cada 2.000 recién nacidos tiene características de genitales ambiguos, y que entre 100 y 200 reasignaciones quirúrgicas pediátricas se realizan en los Estados Unidos cada año. (30)

Como una cuestión cambiante en el ámbito de la medicina y de la ética médica, ésta es un área donde los profesionales de la salud deben abogar por la intervención clínica de las personas con desorden en el desarrollo sexual basada en la evidencia en los resultados y la eficacia del tratamiento, para lo cual las investigaciones y propuestas de política de salud (en la atención, asesoramiento y seguimiento) deben recoger experiencias basadas en evidencia y buenas prácticas. Para el manejo de personas con desorden en el desarrollo sexual, la o el profesional de la salud, deberá remitirse a la norma que la Autoridad Sanitaria emitirá para el efecto.

Recomendaciones para el cuidado de la salud de las personas Intersex/desorden del desarrollo sexual (18,22,24)

Reconozca los aspectos éticos específicos sobre el cuidado de los bebés con desorden en el desarrollo sexual (DSD).

Reconozca las posibilidades que la unidad de salud a la que pertenece tiene para solventar las necesidades de atención de las personas con DSD. La respuesta a las necesidades requiere un abordaje multidisciplinario (endocrinología, pediatría, urología, nefrología, genética, psicología, enfermería, trabajo social, y psiquiatría en algunos casos).

Remita a unidades de salud especializadas con capacidad resolutive para estos casos.

Conozca acerca de los recursos biopsicosociales disponibles para ayudar en la toma de decisiones y la atención de estas personas.

El consentimiento previo, libre y completamente informado de la persona con DSD es un requisito que se debe garantizar en todos los protocolos y prácticas médicas.

Comprenda las implicaciones respecto al cuidado de personas con DSD que han tenido cirugías previas para reasignar el sexo.

Tome en cuenta que el intervenir quirúrgicamente a una persona con DSD debe darse solo cuando las condiciones y características intersexuales les genere deterioro en su salud física, psíquica y emocional.

Proporcione información para las familias y los/as niños/as, adolescentes, para que comprendan sus condiciones en cada etapa de desarrollo.

Conozca acerca de equipos de referencia, que incluyan la salud mental y proporcionen apoyo a los padres que tienen niños/as intersexuales, a fin de que consideren cuidadosamente las opciones.

Cree y facilite contextos de contención para las personas con DSD, sus familias y quienes las y los rodean.

6.12 Cuidado de salud en mujeres lesbianas, bisexuales y trans masculinos (LBT)

“El deseo de controlar el comportamiento de las mujeres, en especial el comportamiento sexual, se da con frecuencia en nuestra sociedad. Las lesbianas y las mujeres bisexuales sufren aún más debido a la doble discriminación a la que enfrentan. En primer lugar, por la discriminación de género tradicional y en segundo lugar, por su orientación sexual. Las mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans son blanco específico de ataques, discriminación, crímenes de odio, violaciones sexuales, a veces incluso organizadas por sus propias familias a fin de corregir su orientación sexual o para castigarlas. A las mujeres lesbianas se las obliga a menudo a casarse para ocultar su verdadera identidad sexual, o, peor aún, se considera que no tienen derecho a decidir sobre su sexualidad.” (26)

La situación se complica aún más cuando las mujeres lesbianas, bisexuales y trans (LBT) provienen de minorías sociales, culturales, religiosas o étnicas. La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores que convergen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. De ahí que los aspectos socioculturales pueden ser determinantes positivos u obstáculos para alcanzar la salud, puesto que la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas, sean éstas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Hay que cerciorarse de que el sistema de salud garantice la atención a las personas LBT y tome en cuenta su realidad y necesidades específicas. Los profesionales de la salud deben evitar concepciones sobre la salud e imaginarios sociales que generen barreras para que las poblaciones diversas puedan acceder a servicios de salud de calidad.

Según varias investigaciones, las personas LBT son menos propensas que las mujeres heterosexuales a realizarse frotis cervical, citologías y mamografía (espontáneo o referido), así como examinar sus propios senos. (22). Los profesionales de la salud deberán alentar a las mujeres lesbianas y bisexuales a realizarse exámenes regulares de frotis cervical y llevar a cabo regularmente auto examen de mama. (22). Es importante que el profesional de la salud tenga información sobre la historia sexual de la paciente, lo cual se puede obtener mediante algunas preguntas básicas (ver anexo 6).

Según algunas organizaciones lésbicas en Ecuador, la concepción heterocéntrica de la salud repercute en la atención y tratamiento que reciben las mujeres lesbianas y bisexuales, lo cual redundo en afectaciones negativas. Esto se refleja en una profunda reticencia de las mujeres lesbianas y bisexuales a visitar los centros de salud por temor a evidenciar su orientación sexual. Existen factores determinantes que afectan negativamente la salud integral de las mujeres lesbianas y bisexuales que los profesionales de la salud deben considerar, entre ellas están:

- Alto nivel de presión social que impide, en ocasiones, la autoaceptación y el empoderamiento.
- Afectaciones en la salud psicosocial de mujeres lesbianas y bisexuales relacionadas con la depresión, el aislamiento y estrés; lo que lleva a intentos de suicidio y, en ocasiones, la muerte.
- Desconocimiento y mitificación de prácticas sexuales de y entre mujeres no heterosexuales, que

se refleja en la inexistencia de políticas y protocolos de atención específicos, hasta actitudes lesbo y bifóbicas de profesionales de los servicios de salud.

- La nuliparidad es un elemento que debe ser considerado por ser un factor que eleva el riesgo de contraer cáncer.

La evidencia epidemiológica sugiere que las lesbianas podrían estar en riesgo de padecer cáncer de mama debido a tener menos embarazos, tener niños a avanzada edad, consumir alcohol, tener mayor índice de masa corporal y tener menor acceso a los servicios de salud. Puede haber el error de asumir que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen un riesgo bajo de cáncer cervical, pero hay que considerar que se han identificado lesiones intraepiteliales escamosas en mujeres lesbianas que nunca han tenido relaciones sexuales con hombres. (22)

La detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) es un componente importante en la atención primaria de salud para las mujeres lesbianas y bisexuales, se debe alentar a las mismas a realizarse un tamizaje para determinar infecciones de transmisión sexual en la misma forma que con pacientes de sexo femenino heterosexuales. Hay incidencia documentada de enfermedades de transmisión sexual como tricomonas, clamidia y gonorrea que, aunque son más bajas que en mujeres heterosexuales, todavía pueden ocurrir.

Recomendaciones para el cuidado de la salud en mujeres lesbianas, bisexuales y trans masculinos (LBT) (18,22,24,31,34)

Comprenda las razones de la reticencia de muchas mujeres lesbianas y mujeres bisexuales a buscar atención, y sea consciente de los posibles efectos negativos de la homofobia en su cuidado.

Evite hacer suposiciones heterosexuales cuando recoja información social y médica sobre las mujeres a las que atiende. Ejemplo: no asuma que si tiene hijos por ende tiene una pareja masculina.

Evalúe a mujeres lesbianas y bisexuales en base a los mismos criterios que se utilizan para la mujer heterosexual. El sexo lésbico puede transmitir enfermedades de transmisión sexual.

Realice el tamizaje en salud necesario, cuando amerite, considerando que mujeres lesbianas son más propensas que las mujeres heterosexuales a tener cáncer de ovario.

Anime a todas sus pacientes de sexo femenino a hacerse exámenes regulares y mamografías de acuerdo a las guías clínicas. Considere que las mujeres lesbianas pueden ser más propensas que las mujeres heterosexuales a tener cáncer de mama, pero tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de salud.

Ofrezca involucrar a el/la pareja de el/la paciente en la atención en consulta.

Las mujeres bisexuales pueden quedar embarazadas si practican penetración vaginal receptiva. Oriente sobre el embarazo no deseado y su prevención con el uso de anticonceptivos o preservativos.

Las mujeres lesbianas y bisexuales requieren los mismos controles ginecológicos anuales de rutina estipulados para todas las mujeres. Esto incluye la realización del tamizaje por citología cervical de acuerdo a las guías clínicas nacionales.

Enseñe a las mujeres lesbianas en consulta a realizarse la autoexploración de mamas para detección oportuna del cáncer de mama (DOC)

Realice tamizaje para cáncer de mama como en la población general de acuerdo a los lineamientos del MSP. (32) Exámenes adicionales como ecografía deben reservarse a criterio del especialista. Si hubiera factores de riesgo para cáncer de mama (familiar, genético, exposición a radiación en tórax, etc.) se puede iniciar el tamizaje de manera temprana según criterio del especialista. Dichos factores de riesgo deberían discutirse desde la primera consulta.

Brinde a las personas transmasculinas atención integral apropiada y entregue información en relación a prevención del uso de terapias hormonales y quirúrgicas.

6.13 Cuidado de salud mental

En la actualidad se reconoce claramente que la homosexualidad no es o no está correlacionada con una psicopatología, dadas las tensiones creadas por el estigma, la desigualdad, el acoso y violencia, las personas LGBTI están bajo mayor riesgo de trastornos psicológicos relacionados con las experiencias de vida. (22) Esto se describe como “Estrés de minorías sexuales” (Anexo 7). Este concepto es particularmente útil cuando se quiere explicar los problemas de salud mental relacionados con ser LGBTI ya que se centra en la comprensión de que el alejamiento de las estructuras sociales, las normas y las instituciones puede crear problemas psicológicos y aumentar el riesgo de suicidio. (18)

Si bien no es el caso de que todas las personas LGBTI están en riesgo elevado de un deterioro de la salud mental como consecuencia de estrés de minorías sexuales, la evidencia científica indica altos niveles de suicidio entre los y las personas LGBTI de manera consistente. Adicionalmente, dicha evidencia indica elevados niveles de factores de riesgo para la salud mental (depresión, aislamiento y mal uso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas, entre otros) de las personas LGBTI. (18)

Otro de los riesgos para la salud mental de las personas LGBTI son los internamientos involuntarios o forzados a los cuales son sometidos/as con el afán de “curar la homosexualidad”. El Ministerio de Salud Pública realiza controles periódicos y operativos a los Centros de Recuperación de Adicciones a fin de evitar la vulneración de los derechos humanos de las personas que se encuentran en estos Centros. Cualquier información o denuncia debe ser canalizada a los comisarios de salud o a la autoridad sanitaria local.

Los resultados de los mencionados operativos reflejan la discriminación y violencia contra las personas LGBTI, donde se han identificado prácticas que vulneran derechos humanos, tales como:

- **Internamiento involuntario:** reclusión de personas en contra de su voluntad, a base de engaños o aplicación de fuerza.
- **Privación de la comunicación:** está relacionada a la prohibición de comunicación de la persona LGBTI con su pareja, familiares y amigos.
- **Maltratos físicos, psicológicos y sexuales:** el maltrato está relacionado al uso de la violencia que afecta a lo corporal (lesiones, dolor físico) al estado anímico y a la integridad sexual.
- **Irregularidades de profesionales de la salud:** abuso de autoridad, falta a la ética, maltrato y tratamientos inadecuados.
- **Hacinamiento:** lugares que no tienen la capacidad de atender adecuadamente al número de personas internadas.
- **Trabajo forzado:** fuertes jornadas de labores que superan la capacidad física de las personas.
- **Falta de acceso a servicios de salud:** atención deficiente ante requerimientos de atención médica, según necesidad de las personas internadas.

- **Sometimiento de la voluntad:** a través de la manipulación y engaño para conseguir obediencia y sumisión.
- **Internamiento por razones distintas al consumo de sustancias psicoactivas:** por razones de deshomosexualización.

De estos operativos han sido rescatados/as muchas personas, las cuales han tenido que seguir tratamientos psicológicos para poder superar estas vivencias traumáticas y tratos crueles. La mayoría de casos de internamiento forzado han sido realizados por los propios padres y familiares.

Aunque las actitudes sociales hacia las mujeres lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex han cambiado notablemente en los últimos años, aún las personas LGBTI pueden experimentar la discriminación, la exclusión, el acoso; y en el caso de las/los jóvenes en particular, pueden verse afectados por el ‘bullying’ homofóbico, ocasionando trastornos psicológicos y sentimientos de aislamiento. Esto es particularmente cierto para las personas que se reconocen como LGBTI siendo jóvenes. Influye también **la respuesta de sus familias** y el lugar de residencia, lo que hace que tengan que luchar contra los prejuicios y la desinformación acerca de su orientación sexual. A menudo temen ser rechazados por la familia y amigos si revelan su orientación sexual. Esto puede verse agravado por el aislamiento rural para los que viven fuera de las zonas urbanas.

Hoy en día, las “terapias de cambio de orientación sexual” no tienen ningún rigor científico y son dañinas para sus potenciales “pacientes”, además de estar totalmente desacreditadas en el mundo científico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace mucho tiempo que descatalogó la homosexualidad como enfermedad mental y recomendó que no se siguieran practicando las “terapias” encaminadas a cambiar la orientación sexual de las personas. Aun así, todavía hay psiquiatras y clínicas que ofertan la “curación de la homosexualidad”. Las víctimas de estas terapias suelen ser menores de edad a los cuales no se toma en cuenta su derecho de decisión, ya que éste lo detentan sus padres, para quienes la homosexualidad sigue siendo motivo de vergüenza o entendida como una enfermedad. (35)

Las/los profesionales de la salud pueden proporcionar a estos pacientes la oportunidad de discutir las experiencias que afectan su salud mental y en su caso los pacientes LGBTI evaluar la salud mental y el riesgo de suicidio, así como trastornos psicológicos (incluidos depresión, ansiedad, abuso de sustancias) y la falta de apoyo social.

Las investigaciones también han encontrado que la ‘salida del armario’ y la aceptación de la orientación sexual están fuertemente relacionadas con el buen ajuste psicológico, es decir, la percepción más positiva de la identidad sexual mejora la salud mental y la autoestima. La recomendación o referencia a los servicios de salud mental y otros servicios de apoyo, tales como el asesoramiento y la psicoterapia, debe ser considerado en estos casos. Los pacientes también pueden beneficiarse de la remisión a las organizaciones LGBTI locales.

6.14 Asesoría a un padre/madre cuyo hijo/a se encuentra en proceso de reconocimiento como persona LGBTI

Para muchos profesionales de la salud, puede constituirse en un reto difícil la consulta de un adolescente que está en proceso de reconocer su orientación sexual o identidad de género. Para estos casos se recomienda brindar asesoría a sus padres. A menudo, el padre/madre puede

reaccionar con sorpresa. La tarea de los profesionales de la salud consistirá en brindar información adecuada para que los padres puedan conocer sobre la diversidad sexual, orientación e identidad de género, reduciendo de esta forma los riesgos que se podrían desprender de esta situación. No hay ninguna razón que justifique que el adolescente gay, trans o la adolescente lesbiana tenga que vivir su homosexualidad como un problema, como un proceso traumático, que le marque negativamente en su desarrollo personal.

Si los padres y las madres no asumen la homosexualidad de sus hijos igual que se asume cualquier otra de sus particularidades o cualidades, (como el gusto por unos deportes en lugar de otros), si no aprenden a quererlos simplemente porque son hijos suyos, si no expresan el apoyo y comprensión hacia el hijo gay o la hija lesbiana o hijo trans sin avergonzarse, sin tratar de esconderlo, sin lamentar su homosexualidad, están contribuyendo a que su hijo o hija interiorice el prejuicio anti homosexual. El/la adolescente vivirá su homosexualidad como un problema, no podrá desarrollarse como persona, lo cual le causará mucha insatisfacción e infelicidad.

El "...plantear la heterosexualidad como única opción posible o la homosexualidad femenina y masculina como la alternativa minoritaria y anormal" (35) o patológica, inculca en la adolescencia los estereotipos y la obsesión pragmática por la heterosexualidad. Por tanto, la **educación sexual** se convierte en un elemento imprescindible para las/los adolescentes y sus padres, pero la **educación sexual** no solo centrada en hablar de prevención de embarazos, de enfermedades de transmisión sexual o del "sexo que se hace", es decir, no solo centrada en la prevención de la fecundidad o el desarrollo del placer; sino partiendo del sujeto que se hace, que se construye como hombre o mujer, de los procesos mediante el cual "se van *sexuando*, es decir, se van configurando como masculinos o femeninos", (35) sobre las diferencias sexuales, sobre los diferentes tipos de atracción, de relación, de sentimientos y de emociones que fomentan el universo individual.

"**La educación sexual es**, antes de nada, la promoción de nuevas actitudes y formas de ser, el hecho básico de ser sexuado con sus implicaciones. Las personas todas diferentes, plurales y diversas, vivimos el hecho de ser sexuados de diferente manera. La sexualidad, por lo tanto, hace referencia al modo propio de verse, sentirse y vivirse hombre o mujer, y de entenderse desde dos posibilidades de conducta sexual: **la heterosexualidad y la homosexualidad**. Si esto es así, llegamos a la conclusión de que en principio no existe ni la sexualidad normal ni la anormal, y que estamos en el camino de nombrar las sexualidades en plural, ya que, cada persona experimenta su sexualidad de una forma individual que no tiene por qué coincidir con una norma establecida o con una presunta normalidad decretada por apriorismos." (35)

"Si entendemos que toda persona es sexuada y que la sexualidad es una dimensión básica que tiene diferentes formas de concreción, no podemos discutir, prohibir ni mucho menos "permitir" las conductas homosexuales, **ya que es un hecho que debe ser admitido**. Convertirlo además en un aspecto susceptible de ser planteado en el terreno de la salud, supone 'despatologizarlo' y solucionar en gran medida los conflictos y creencias negativas que surgen de la/el usuario/paciente que vive su deseo respecto a personas de su mismo sexo." (35)

Tome en cuenta que aunque el/la adolescente pueda reconocer su propia homosexualidad, los modelos sociales a su alcance son heterosexuales. "Como consecuencia de todo ello, el proceso de formación de la identidad homosexual es especialmente doloroso y conflictivo, **no por razones**

inherentes a la homosexualidad, sino por su valoración social. El hecho de vivir una orientación sexual u otra no tendría, por sí mismo, que implicar procesos diferentes de vivir la propia sexualidad. A pesar de que los inicios están dificultados socialmente, una vez concluido este proceso, la orientación homosexual se vive por lo general de un modo satisfactorio e integrado.” (35)

Se trata, por tanto, de humanizar la sexualidad y sus formas para no relegar a muchas personas con formas diversas de expresión de sus deseos. La tarea del sistema de salud es la de desmontar los estereotipos, fomentar una actitud de conocimiento y comprensión de la homosexualidad e incidir en que todos los matices puedan ser vividos sin tensiones ni miedos. Diferenciar bien que el problema no es la homosexualidad sino la homofobia, el odio a las personas homosexuales o a ser homosexual es fundamental. Se recomienda consultar la Guía de Supervisión “Salud de Adolescentes” emitida por el Ministerio de Salud Pública con Acuerdo Ministerial No. 00004863 publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 308 de 24 de julio de 2015.

Recomendaciones para la asesoría a un padre/madre cuyo hijo/a se encuentra en proceso de reconocimiento como persona LGBTI (18,22, 24)

Reconozca que la homosexualidad NO requiere de tratamiento, no es una enfermedad. Las “Terapias reparadoras” son dañinas.

Identifique el estrés de minorías sexuales (anexo 7), que conduce a niveles elevados de comportamiento suicida y autolesiones entre las personas LGBTI.

Evalúe el riesgo de trastornos psicológicos en personas LGBTI, pues se evidencia un mayor riesgo, como resultado de estrés de minorías sexuales

Evalúe, en caso de ameritar, la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y/o trastornos por uso de sustancias.

Reconozca que la falta de apoyo durante la “salida del armario”, puede incrementar el riesgo de comportamiento suicida entre las personas LGBTI. Brinde la asesoría a su alcance.

Brinde una atención sin prejuicios a las personas que viven con VIH/SIDA. Se puede solicitar una evaluación psicosocial.

Incluya a la pareja del mismo sexo en las decisiones de atención de salud cuando sea necesario y su paciente lo desee.

Evalúe el uso de alcohol y drogas, así como las conductas sexuales en pacientes LGBTI de edad avanzada.

No busque causas de la homosexualidad del/de la adolescente, esto es reflejo de la homofobia.

Preste atención a la detección de la violencia basada en género e intrafamiliar entre personas LGBTI, así como entre heterosexuales. Actúe de acuerdo a las normas y protocolos de Atención de Violencia de Género.

Pregunte a las/los pacientes acerca de los antecedentes personales de los eventos de odio/violencia (crímenes). Las víctimas de la violencia tienen un mayor riesgo de trastorno de estrés post- traumático.

Maneje con suficiencia las temáticas de orientación sexual e identidad de género, así como las técnicas de entrevista sin prejuicios.

Sea consciente que a menudo, un profesional de la salud puede ser la única persona con quien el/la adolescente va a compartir su orientación sexual.

Conozca y reconozca recursos disponibles para adolescentes LGBTI, como los servicios de asesoramiento, grupos de pares para los padres, apoyo que brindan organizaciones, redes locales, etc.

Sea consciente de los factores de riesgo de los adolescentes LGBTI: ideación suicida, un mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y el abuso de sustancias (como el tabaco y el alcohol).

Evalúe y haga las referencias necesarias, si identifica riesgo suicida en adolescentes LGBTI.

Las/los adolescentes experimentan cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en su sexualidad, por tanto, tome en cuenta las condiciones de vulnerabilidad que pueden tener, además de considerar que sus necesidades e intereses son múltiples.

Sea respetuoso frente a las opiniones, posiciones, experiencias, vivencias y reconocimiento del ejercicio de la sexualidad de las/los adolescentes.

Reconozca prácticas de riesgo de las/los adolescentes que acuden a la consulta y facilite información suficiente para generar actitudes reflexivas y de auto cuidado.

No se base en supuestos, muchas veces la apariencia física, actitudes o lenguaje corporal son solo una pose para auto protegerse del entorno, por esto, es primordial escuchar activamente.

Facilite a los padres/madres del adolescente el acceso a información adecuada y objetiva, sin falsas creencias ni estereotipos sobre la homosexualidad.

Oriente a los padre/madres que la homosexualidad no es una elección simple o fácil, y que por tanto no se trata de algo que pueda ser modificable.

7. Abreviaturas, signos y símbolos usados en este Manual

%	Porcentaje
APS	Atención primaria en salud
CNIG	Consejo Nacional de Igualdad de Género
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
HC	Historia clínica
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
DDS	Desorden del desarrollo sexual
DOC	Detección oportuna del cáncer
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
ITS	Infección de transmisión sexual
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersex
LB	Lesbianas, bisexuales
LBT	Lesbianas, bisexuales, transgénero
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RDACCA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDS	Trastorno de desarrollo sexual
VIH	Virus de inmunodeficiencia adquirida

8. Referencias

1. Moreno GA, Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Rev Univ Investig*. 2008;9(1).
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. 2013.
3. MSP. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012;64–72.
4. AMSSAC (Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C.). Definiciones Básicas [Internet]. 2000. Available from: <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>
5. Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Glosario de diversidades sexuales [Internet]. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Available from: <http://www.igualdadgenero.gob.ec/glosario-de-diversidades-sexuales.html>
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía nacional de consejería en VIH / Sida. 2011.
7. Raznovich D. Glosario feminista. Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, editor. 2011.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. Quito; 2014.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito; 2013.
10. Fundación Ecuatoriana EQUIDAD. Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud. Quito; 2008.
11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Definiciones GLBTI [Internet]. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Definiciones_GLBTI.pdf
12. UJCE. Glosario de conceptos LGTBi. :10. Available from: <http://archivo.juventudes.org/textos/UJCE/Glosario de conceptos LGTBi.pdf>
13. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Orientación sexual, Identidad de Género y Expresión de Género: Algunos Términos y Estándares Relevantes. 2012;2653:1–18. Available from: <http://www.movilh.cl/documentacion/documentos/conceptosCIDH.pdf>
14. Gobierno de Buenos Aires. Fundamentos de la Ley 14611 [Internet]. Available from: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/f-14611.html>
15. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud Sexual y Reproductiva. *AprofaCI* [Internet]. 2010;12:1–24. Available from: <http://www.aprofa.cl/html/00005.pdf>
16. Organización Panamericana de Salud. Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. 2005;221. Available from: www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task
17. Velázquez Cortés S. Sexualidad responsable [Internet]. Programa Institucional Actividades de Educación para una vida saludable. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf

18. Organización Panamericana de la Salud. Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. 2011. Available from: [http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint Trans Español.pdf](http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%B1ol.pdf)
19. Gemetto F, Bacin G. Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB. 2012;
20. Ministerio de Salud Pública. La Confidencialidad. Un derecho en la atención en salud. Quito, Ecuador; 2016.
21. Ministerio de Salud Pública. Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Quito 2015.
22. Allen O. Lesbian, Gay & Bisexual Patients: The Issues for General Practice: Quality in Practice Committee. 2008;28. Available from: <http://www.glen.ie/attachments/f571351c-5033-47ef-9c9c-23da16d4d581.PDF>
23. Center of Excellence for Transgender Health. Primary Care Protocol for Transgender Patient Care [Internet]. University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine. 2011. Available from: <http://www.transhealth.ucsf.edu/protocols>
24. Kaiser Permanente National Diversity Council, Kaiser Permanente National Diversity Office. A PROVIDER'S HANDBOOK ON CULTURALLY COMPETENT CARE. Women's Health, editor. KAISER PERMANENTE; 2004.
25. Alston Philip, Anmeghichean Maxim, Cabral Mauro, Cameron Edwin, Onufer Sonia, Ertürk Yakin, Evatt Elizabeth, Hunt Paul, Jahangir Asma, Kiai Maina, Kothari Miloon, Mesquita Judith, M. Miller Alice, Mmasenono Monageng Sanji, Muntarhorn Vitit, Mute Lawrence WR. Principios de Yogyakarta. Marzo,2007 [Internet]. 2006;6. Available from: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf
26. ilga (Asociación Internacional de Lesbianas-Gays-Bisexuales-Trans e Intersex). LA SALUD DE LAS LESBIANAS Y MUJERES BISEXUALES: CUESTIONES LOCALES, PREOCUPACIONES COMUNES. 1994.
27. Ministry of Health, Ministry Responsible for Seniors. Caring for Lesbian Health: a resource for health care providers, policy makers and planners. 1999.
28. Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG). Situación de los derechos humanos de las personas trans [Internet]. 2016. Available from: <https://www.google.com/search?q=Situaci%C3%B3n+de+los+derechos+humanos+de+las+personas+trans+cnig&ie=utf-8&oe=utf-8>
29. Missé M. Transexualidades. Otras miradas posibles. Barcelona / Madrid: Colección G; 2013.
30. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Sección de la Asociación Española de Pediatría. Estados intersexuales e hipogonadismo- 7mo curso de formación de Postgrado [Internet]. Estados intersexuales e hipogonadismo. Bilbao; 2001. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
31. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for women's health care: a resource manual. 3rd ed. Washington D.C; 2007.
32. Ministerio de Salud Pública. Protocolo para la detección oportuna del Cáncer de Mama. Quito, Ecuador; 2015.
33. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadapampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and

- lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin* [Internet]. NIH Public Access; 2015 [cited 2016 Sep 22];65(5):384–400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26186412>
34. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan B, Nygren P, et al. Screening for Breast Cancer [Internet]. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2009 [cited 2016 Sep 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722173>
 35. Elizo J, Brugos V, González J, Montenegro M. El respeto a la diferencia por orientación sexual. Homosexualidad y lesbianismo en el aula. 2002.
 36. Annon J. The behavioral treatment of sexual problems. 1st ed. Honolulu: Enabling Systems; 1974.
 37. Nusbaum MRH, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician* [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2016 Sep 22];66(9):1705–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12449269>

9. Autoridades, equipo de trabajo y validación

Autoridades

Dra. Margarita Guevara, Ministra de Salud Pública
Dra. Verónica Espinosa, Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Lcda. Consuelo Santamaría, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dra. Martha Gordon, Directora Nacional de Normatización

Equipo de trabajo

Dr. Edgar Zúñiga Salazar, Mgtr. Consultor.
Dra. Susana Guijarro, Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Lcda. Consuelo Santamaría, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
Mgs. Patricio Aguirre, Director Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión.
Mgs. Ludi Quintana, Especialista de Institucionalización de Enfoques de Género Igualdad y Derechos Humanos en Salud.
Dra. Ximena Raza, analista, Dirección Nacional de Normatización

Equipo de validación

Dr. Juan Panchi	Médico Familiar
Dr. Jonatan Ávila	Médico
Dra. Analía Bravo	Médica
Dra. Lucía Ruano	Médica
Psi. Cl. Camila Báez	Psicóloga
Psi. Cl. María José Jiménez	Psicóloga
Lic. Guido Cisneros	Consejero VIH/SIDA
Lcdo. Fausto Cadena	Consultor experto en Guías de Práctica Clínica
Md. Esteban Bonilla	Dirección Nacional de Normatización
Sr. Fernando Sancho	Especialista de Institucionalización MSP
Sra. Soledad Guayasamín	Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
Sra. Karen Barba	Fundación Causana
Sra. Lía Burbano	Mujer & Mujer
Sra. Sandra Álvarez	Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas
Sra. Rashell Erazo	Asociación Alfil
Sra. Diane Rodríguez	Silueta X
Sra. Laury Saltos	Fundación Acción Preventiva
Sra. Elizabeth Vásquez	Proyecto Transgénero
Sra. Mabell García	FUTPEN
Sr. Gabrielle Esteban	Colectivo Sentimos Diverso
Sr. Orlando Montoya	Fundación Equidad
Sr. Efraín Soria	Fundación Equidad
Sr. León Sierra	Corporación Kimirina
Sr. Gerald Brito	Silueta X Cuenca
Sr. Jhonatán Ávila	Cuenca Inclusiva
Sr. Jorge Betancourt	Verde Equilibrante
Sr. Humberto Mata	Fundación VIHDA

10. Anexos

Anexo 1 Sugerencias para la entrevista médica a personas LGBTI

Evite hacer suposiciones acerca de la orientación sexual o identidad de género. Haga las preguntas de acuerdo a las siguientes sugerencias

Utilice un lenguaje de género neutro. Ejemplo “¿Tiene pareja?”.

Concéntrese en el comportamiento sexual. Haga preguntas abiertas y una historia clínica sexual completa a todos sus pacientes, esto le dará la información que necesita para proporcionar una atención de calidad.

Observe el comportamiento sexual continuamente. Por ejemplo, pida que califiquen su atracción sexual a persona de su mismo sexo y del sexo opuesto en una escala de 1 a 10, siendo 1 el nivel más bajo de atracción y 10 siendo el más alto. Esto le dará una mejor idea de su comportamiento sexual probable. Cuando la respuesta es 1 o 10, la orientación sexual es clara. Cuando está en el rango de 5 o 6, el/la profesional de salud puede discutir un posible comportamiento sexual sin etiquetar al paciente como heterosexual o gay.

Pregunte de forma abierta e inclusiva. Incluya todas las posibilidades. Por ejemplo: “¿Es usted sexualmente activo/a? ¿Con hombres, mujeres o ambos?”.

No juzgue. Su nerviosismo o malestar puede hacer que el paciente se sienta incómodo y puede ser una barrera para abrir la comunicación.

Discúlpese si utilizó un término o hizo una suposición ofensiva. Pregunte a los y las pacientes cómo les gustaría ser tratados o tratadas y cómo les gustaría que se refieran a sus parejas.

Cómo preguntar sobre la Orientación sexual e Identidad de género (Llene la variable Sexo-Género en el RDACCA)

¿Por qué el Ministerio de Salud Pública registra la variable sexo-género? Para conocer las necesidades de la población LGBTI y poder responder de forma acertada a ellas, y así mejorar la calidad de la atención y los servicios.

No olvide realizar el registro de acuerdo al Instructivo para el llenado detallado en el RDACCA, y utilice las definiciones constantes en el mismo.

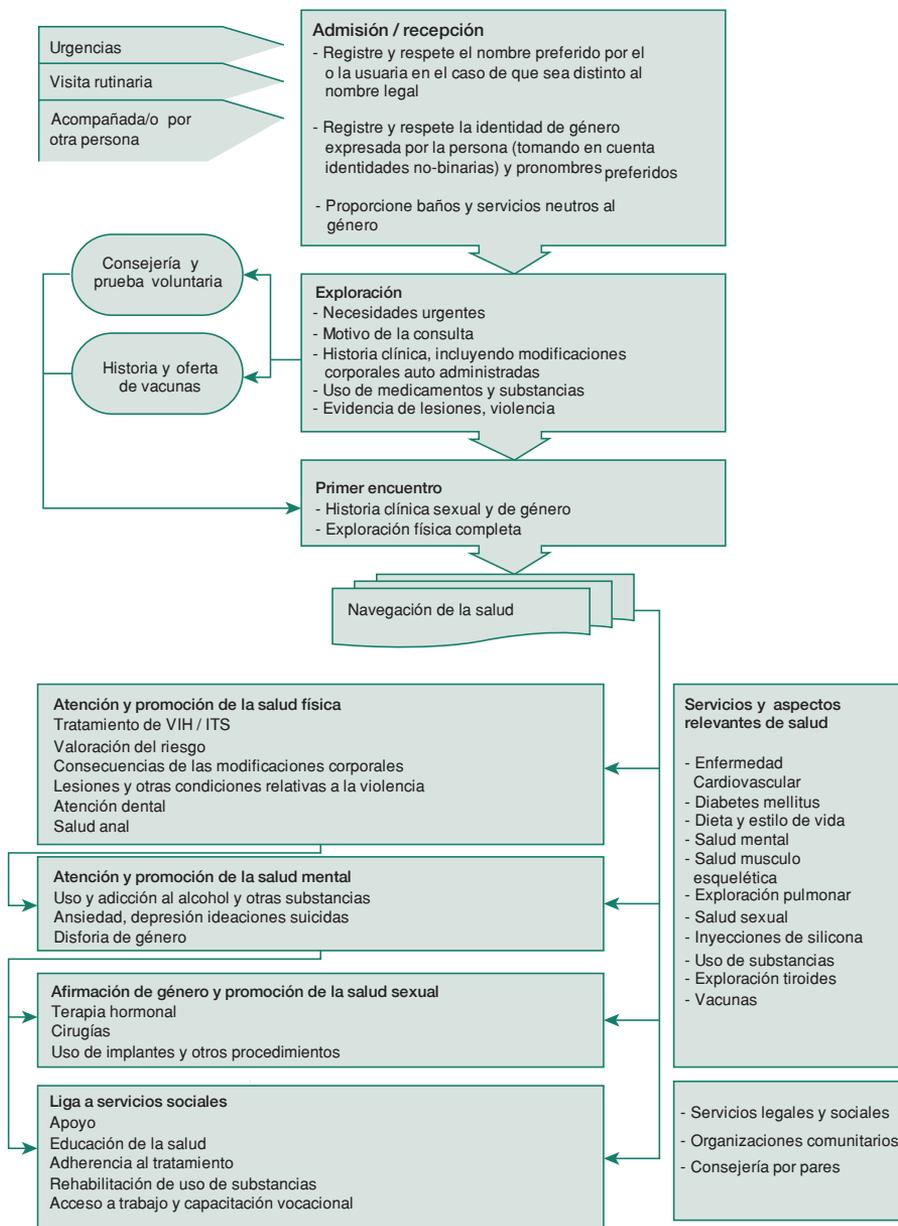
Sexo biológico de la persona.	¿De acuerdo a su sexo biológico usted nació: Hombre, mujer o intersex?
Registrar la orientación sexual de la persona	¿De acuerdo a su orientación sexual, usted se identifica como: Gay, lesbiana, bisexual o heterosexual? ¿Usted mantiene relaciones sexuales con hombres, con mujeres o con ambos (bisexual)?.
Registrar la identidad de género de la persona.	¿Usted se define como una persona “trans”? Si se autodefine como “trans” se le debe preguntar si es transfemenina o transmasculino.
Si la persona se autoidentifica como trans	¿Ha llevado a cabo algún tipo de intervención (quirúrgica o no) o modificación en su cuerpo? En caso de respuesta afirmativa: ¿Qué intervenciones o modificaciones se ha realizado y cuándo?

Anexo 2 Prácticas sexuales y su riesgo asociado

Práctica sexual "Expresión coloquial"	Definición	Factores de riesgo para VIH y otras ITS	Prevención
Beso profundo de lengua "Beso francés"	Inserción de la lengua mientras se besa.	Lesiones abiertas en boca tales como herpes labial y/u oral.	Evitar el cepillado dental o uso de hilo dental antes del contacto sexual.
Cunnilingus "Cevichazo"	Sexo oral en los genitales externos femeninos.	Menstruación en la receptora, lesiones abiertas como el herpes.	Recomendado el uso de barreras de látex.
Fellatio "Mamada"	Sexo oral en los genitales externos masculinos.	Lesiones abiertas en la boca. Recibir la eyaculación en la boca.	Recomendado el uso de condón.
Analingus "Beso negro"	Estimulación anal con la lengua o boca.	Laceraciones o abrasiones en la piel o mucosas del ano o boca.	Recomendado el uso de barreras de látex. (Existe riesgo de transmisión de bacterias coliformes y hepatitis A).
Fisting	Inserción del puño en vagina o recto.	Laceraciones o abrasiones en la piel o mucosas.	Recomendado el uso de guantes de látex y lubricantes a base de agua.
Estimulación digital "Meter el dedo"	Estimulación con dedos en la vagina o recto.	Laceraciones o abrasiones en la piel o mucosas.	Recomendado el uso de guantes o cubiertas de látex y lubricantes a base de agua.
Urolagnia "Lluvia dorada"	Práctica de orinar en su pareja sexual. Expeler una ducha o enema.	Laceraciones o abrasiones en la piel o mucosas.	Recomendado el uso de boquillas desechables, guantes de látex, bolsas personales y lubricación.
Coprofilia	Práctica de defecar en su pareja sexual.	Laceraciones o abrasiones en la piel o mucosas.	Recomendado el uso de plástico envolvente y guantes de látex.
Tribadismo "Tijeretas"	Frotamiento de pelvis o de otras partes del cuerpo.	Contagio de infecciones dérmicas.	Higiene.
Juguetes sexuales <ul style="list-style-type: none">• Dildos• Vibradores• Bolas chinas o cuentas anales	Dildos y vibradores son usados para penetrar la boca, vagina y recto. Dildos pueden ser utilizados con correas para sostenerlos en la pelvis. Las bolas chinas o cuentas anales son para penetración rectal.	Presencia de sangre y/u otros fluidos en los juguetes sexuales.	Los juguetes sexuales deben ser cubiertos con condones, la lubricación disminuye la fricción, traumas y previene transmisión de enfermedades. Los lubricantes deben ser a base de agua. Los condones deben ser cambiados para cada pareja y cada penetración. Los juguetes pueden ser limpiados con una mezcla de jabón y cloro al 1:10.
Sadomasoquismo	Forma de juego sexual en que se usan mutuas agresiones y escenas de dominación y sumisión.		Los profesionales de los servicios de salud deben consultar por estas prácticas si evidencia lesiones, que pueden ser voluntarias.

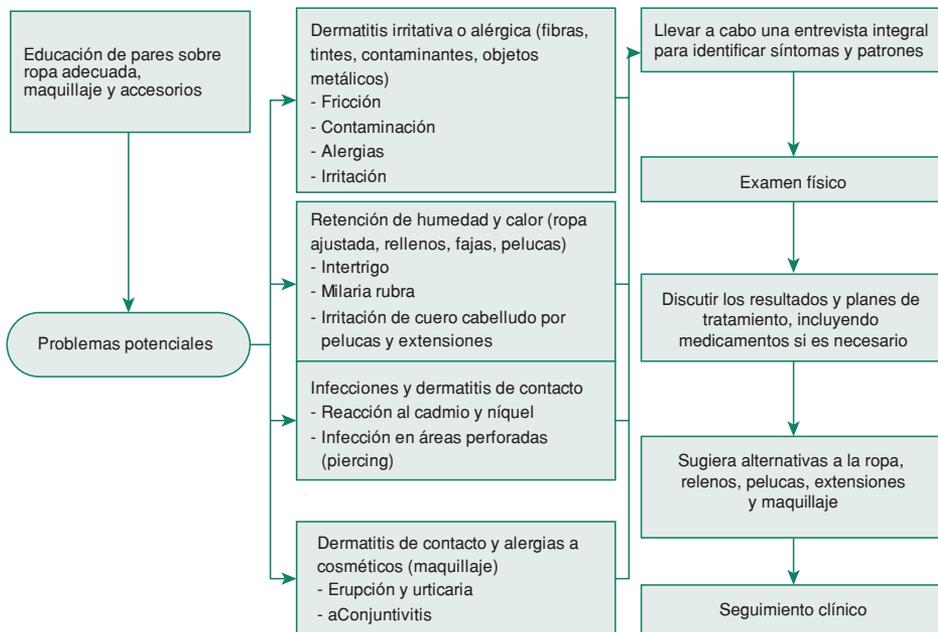
Anexo 3 Protocolo de atención en población trans

Evaluación clínica inicial



Anexo 4 Cuidados generales en personas trans

Cuidado de la piel, atuendo y accesorios



Anexo 5

Herramienta breve de evaluación de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT-C)

Pregunta	Respuesta (puntaje asignado)	Puntaje
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Nunca (0) <input type="checkbox"/> Una o menos veces al mes (1) <input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes (2) <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces a la semana (3) <input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana (4)	
2. ¿Cuántas unidades de bebidas alcohólicas suele tomar en un día normal?	<input type="checkbox"/> 1 o 2 (0) <input type="checkbox"/> 3 o 4 (1) <input type="checkbox"/> 5 o 6 (2) <input type="checkbox"/> 7 a 9 (3) <input type="checkbox"/> 10 o más (4)	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	<input type="checkbox"/> Nunca (0) <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes (1) <input type="checkbox"/> Mensualmente (2) <input type="checkbox"/> Semanalmente (3) <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario (4)	
	Total	___ / 12

Un puntaje igual o superior a 4 en hombres (sensibilidad 86%, especificidad 72%), o un puntaje igual o superior a 3 en mujeres (sensibilidad 66%, especificidad 94%), indica consumo riesgoso de alcohol.

¿Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida?

Las preguntas 2 y 3 asumen que **una bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol**. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el nivel de consumo de bajo riesgo es hasta 20 gramos de alcohol por día 5 días a la semana (recomendando 2 días sin beber).

El contenido de alcohol de una bebida depende de los grados de ésta y del volumen del envase. Es necesario adaptar los tamaños de las bebidas a lo más habitual a nivel local.

En el cálculo de la cantidad de gramos de alcohol en una unidad de bebida estándar se utiliza un factor de conversión de 0,79. Esto permite convertir cualquier volumen de alcohol a gramos.

Por ejemplo:

- 1 lata o botella pequeña de cerveza (330 ml) al 5 % (concentración) x 0.79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol.
- 1 copa de vino (140 ml) al 12 % x 0.79 = 13.3 gramos de alcohol.
- 1 vaso de destilados como aguardiente, whisky, ron, vodka, tequila, etc. (40 ml) al 40 % x 0.79 = 12.6 gramos de alcohol.

Anexo 6 Modelo para el abordaje de problemas de salud sexual (PILSETI)

Permiso: pida permiso para discutir sobre salud sexual y sexualidad con la persona en consulta, en la actualidad o en el futuro.

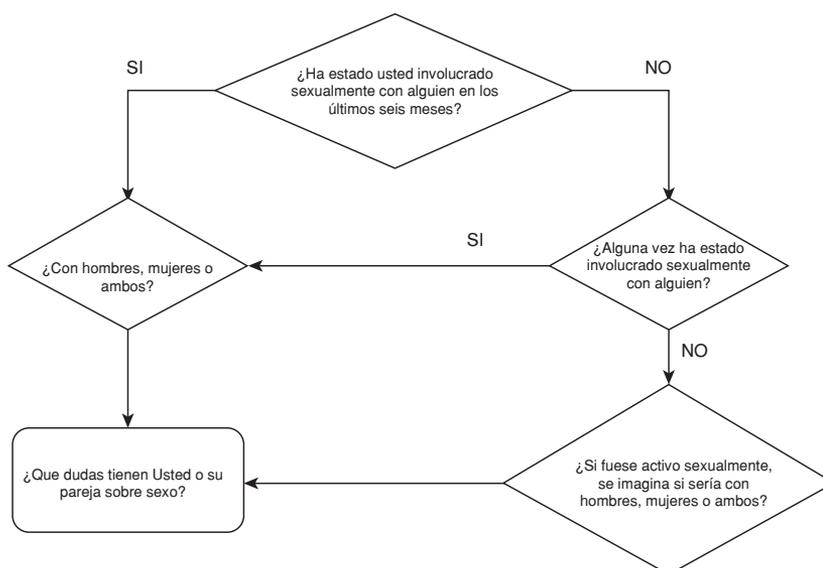
Información limitada: provea información objetiva de forma limitada. Aclare información errónea, rompa mitos.

Sugerencias específicas: provea sugerencias específicas directamente relacionadas con el problema.

Tratamiento intensivo: provea terapia altamente individualizada en temas más complejos.

Traducido y adaptado de: Annon JS. (1974) (36)

Algoritmo para el abordaje de la salud sexual



Preguntas para una historia sexual detallada

¿Está usted al momento sexualmente activo?, ¿Lo ha estado alguna vez?

¿Sus parejas son hombres, mujeres o ambos?

¿Cuántos compañeros/as sexuales ha tenido en el último mes, seis meses, en toda su vida?

¿Qué tan satisfecho/a está usted o su pareja con su desempeño sexual (o el de su pareja)?

¿Ha experimentado algún cambio en su deseo sexual (o el de su pareja) o la frecuencia de la actividad sexual?

¿Tiene o ha tenido factores de riesgo asociados a VIH? (Enumere: transfusiones sanguíneas, uso de drogas intravenosas, infecciones de transmisión sexual, embarazos.)

- ¿Ha tenido alguna vez enfermedades relacionadas con actividad sexual?
- ¿Alguna vez se ha realizado la prueba del VIH? ¿Le gustaría hacerse la prueba?
- ¿Cómo se protege para evitar la infección por VIH?
- ¿Qué método anticonceptivo utiliza?
- ¿Está tratando de quedarse embarazada o de ser padre?
- ¿Practica sexo oral o anal?
- ¿Usted o su pareja utilizan dispositivos o sustancias para aumentar el placer sexual?
- ¿Alguna vez ha experimentado dolor durante la relación sexual?
- Mujer: ¿Tiene dificultad para alcanzar el orgasmo?
- Hombre: ¿Tiene dificultad para alcanzar o mantener una erección? ¿Dificultades con la eyaculación?
- ¿Tiene alguna duda o preocupación sobre su desempeño sexual?
- ¿Hay algo sobre su actividad sexual o la de su pareja, tanto en conjunto como individualmente, que le gustaría cambiar?

Se pueden incluir preguntas sobre sexualidad integral con el objeto de explorar bienestar en temas de identidad sexual, de género, y relaciones o riesgos de violencia basada en género.

Si se considera necesario profundizar sobre las preguntas a continuación, se sugiere la referencia a un servicio especializado como el de Salud Mental o Psicología.

- ¿Se siente seguro/a y tranquilo/a con su identidad sexual? ¿Necesitaría hablar de ello?
- ¿Tiene algún sentimiento de culpa o vergüenza antes, durante o después de relacionarse con su pareja?
- ¿Tiene algún sentimiento de ira o resentimiento antes, durante o después de relacionarse con su pareja?
- ¿En su vida sexual y de relación, usted toma las decisiones y hace lo que usted piensa? ¿La toma de decisiones es equitativa o en conjunto con las opiniones de su pareja, o priman las opiniones y decisiones de otros?
- ¿Hay algún tema de su sexualidad que le provoque vergüenza o duda?
- ¿Tiene inquietudes sobre salud reproductiva?

Preguntas de prevención en salud sexual

- ¿Cómo se protege para evitar la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual?
- ¿Se ha realizado la prueba de VIH? ¿Le gustaría hacerla?
- ¿Utiliza algún método para prevenir un embarazo? ¿Está satisfecho/a con ese método?
- ¿Alguna vez se ha vacunado contra hepatitis, virus del papiloma? ¿Le gustaría vacunarse?

Traducido y adaptado de: Nusbaum M & Hamilton C. (2002) (37)

Anexo 7 Protocolo de manejo clínico de Estrés de Minorías Sexuales

Manejo Clínico del Estrés por pertenecer a Minorías

