

## INFORME SOBRE

# **“SALUD SEXUAL, VIH Y OTRAS ITS EN MUJERES LESBIANAS, BISEXUALES Y OTRAS MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES (MSM)”**

SANCHO, R. (Coord.) et al.: Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). FELGTB. Marzo 2012.

**Coordinación del informe:**

Rubén Sancho Martínez, Coordinador del Área de Salud Integral y VIH/sida de la FELGTB

**Autoras y autores del informe:**

- Rubén Sancho Martínez, Coordinador del Área de Salud Integral y VIH/sida de la FELGTB.
- Carlos Savoie Pérez, miembro del Área de Salud Integral y VIH/sida de la FELGTB.
- Ana García Fernández, Coordinadora del Área de Políticas Lésbicas de la FELGTB.
- Cristina P. Álvarez, miembro del Área de Políticas Lésbicas de la FELGTB.
- Esperanza Montero, Vicecoordinadora del Área Bisexual de la FELGTB.
- Isabel Portero, Miembro de la mesa de trabajo del grupo de Bisexuales de COGAM.
- Alberto González Salgado, miembro del Área Bisexual de la FELGTB.

**Colaboración en la traducción:**

Alejandro Chiesa Riverón, miembro del Área de Educación de Ben Amics.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. LENGUAJE, IDENTIDAD Y COMPORTAMIENTO.</b>	<b>5</b>
<b>3. SALUD SEXUAL.</b>	
3.1. Marco teórico de la Salud Sexual	6
3.2. Marco legal de la Salud Sexual	7
<b>4. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LAS ITS Y EL VIH.</b>	
4.1. Invisibilidad e invisibilización de las relaciones sentimentales y sexuales entre mujeres y consecuencias en su salud sexual	9
4.2. Prevalencia global y de tipos específicos de ITS entre las MSM	11
<b>5. FACTORES DE VULNERABILIDAD Y RIESGO Y OBSTÁCULOS PARA LA PREVENCIÓN.</b>	<b>15</b>
<b>6. PRÁCTICAS SEXUALES Y RIESGO PARA LAS ITS Y EL VIH.</b>	
6.1. Prácticas sexuales y riesgo para la transmisión del VIH.	20
6.2. Prácticas sexuales y riesgo para la transmisión de otras ITS.	23
<b>7. PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL VIH.</b>	<b>28</b>
<b>8. CONCLUSIONES, REIVINDICACIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	
8.1. Conclusiones	30
8.2. Reivindicaciones y recomendaciones	31
<b>9. RECURSOS.</b>	<b>34</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

¿Por qué investigar los problemas y riesgos relacionados con la salud sexual de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM)? En primer lugar, porque como organización LGTB compartimos los motivos para investigar la salud de las mujeres lesbianas expresados en el informe de 1999 sobre “**Saludlésbica: Evaluación actual e instrucciones para el futuro**” realizado por el Comité sobre Prioridades de Investigación de la Saludlésbica, del Instituto de Medicina de EE.UU. (1), esto es:

- *Para obtener conocimientos útiles para mejorar el estado de salud y cuidado de la salud de las lesbianas.*
- *Para confirmar creencias y contrarrestar ideas equivocadas que existen sobre los riesgos de salud para las lesbianas.*
- *Para identificar las áreas de salud en el que las lesbianas se encuentran en riesgo o tienden a tener un mayor riesgo que las mujeres heterosexuales y las mujeres en general.*

Motivos éstos que, además, compartimos también con relación a la salud de las mujeres bisexuales y otras MSM.

En segundo lugar, por la preocupación por parte de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), sus asociaciones y activistas sobre el desconocimiento general que abunda en la sociedad, los medios de comunicación, la administración sanitaria, la profesión médica y la misma comunidad LGTB sobre las necesidades, problemáticas y desigualdades de salud de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM) y en particular las relacionadas con su salud sexual.

Con el lema “**2011 en Positivo, + salud, + solidaridad**”, la FELGTB dedicó el año 2011 a intensificar y profundizar en la respuesta a la infección por VIH y el sida en y desde la comunidad LGTB, abordando tanto cuestiones relacionadas con su prevención, tratamiento y atención como con el apoyo a las personas LGTB afectadas por el VIH, cuestiones que aunque con distinta intensidad y alcance han sido y son abordadas año tras año por parte de la FELGTB y sus entidades miembro, ese año merecían un esfuerzo y atención especial. En primer lugar porque, de acuerdo a la información epidemiológica disponible, la infección por VIH nos está afectando de manera desproporcionada a los hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y a las mujeres transexuales y a los varones trabajadores del sexo; y en segundo lugar porque en 2011 se celebró el 30 aniversario de la detección en los Estados Unidos de los primeros casos de sida, una enfermedad que ha llegado a ser una auténtica pandemia mundial y que en estas tres décadas ha transformado el mundo y nuestras relaciones sociales sexuales.

En ese sentido, y en tercer lugar, porque en el marco de la celebración del año temático se hizo manifiesta la necesidad de investigar el impacto de la infección por VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres (MSM).

Esperamos que este informe sobre **salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM)** sirva para dar cuenta de las necesidades, problemáticas y desigualdades de salud sexual de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras MSM y que sirva, asimismo, para orientar las reivindicaciones y labor que en esta materia realizan las asociaciones y activistas LGTB.

## 2. LENGUAJE, IDENTIDAD Y COMPORTAMIENTO.

Cuando hablamos de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM) podemos estar hablando bajo diversos puntos de vista. La doctora australiana Ruth McNair, especialista en la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales, señala en su artículo de 2005 “**Riesgos y prevención de infecciones de transmisión sexual entre las mujeres que tienen sexo con mujeres**” (2) que:

*existen muchas formas de definir a las mujeres que no son exclusivamente heterosexuales. Estas incluyen la autoidentificación sexual (como lesbiana, bisexual, gay, queer), lo que a menudo también implica una conexión comunitaria con otras mujeres que se identifican de la misma manera; la atracción sexual; y el comportamiento sexual. Estudios poblacionales internacionales indican que hay una prevalencia de alrededor de un 1,5% de mujeres que se identifican como lesbianas y bisexuales, y más de un 8% de mujeres que informan tener deseos o comportamientos homosexuales.*

Por tanto, no todas las mujeres que sienten atracción o realizan prácticas sexuales con otras mujeres se identifican como mujeres lesbianas o bisexuales.

En la escasa documentación que existe sobre mujeres que tienen sexo con mujeres encontramos estudios realizados a mujeres identificadas como lesbianas o bisexuales y, en algunos otros casos, tratan sobre prácticas y no sobre autoidentificación.

McNair (2) y otros autores al referirse a la literatura sobre transmisión y prevalencia de ITS utilizan el término conductual “*mujeres que tienen sexo con mujeres*”. Así pues, una MSM lo es en tanto que tiene relaciones sexuales con mujeres, independientemente de que además pueda tener sexo con hombres, de su vida sexual en el pasado o de cómo se identifique personalmente en cuanto a su orientación sexual. Por ejemplo, existen MSM que se identifican como heterosexuales y consideran que sus relaciones sexuales con mujeres no tienen por qué implicar un cambio en su identidad sexual.

Para este informe se ha empleado el término de mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) desde la perspectiva no de la autoidentificación ni de la atracción sexual, sino del comportamiento sexual. **MSM debe definirse para este propósito en base a las prácticas sexuales, no por la identidad u orientación sexual que declare la mujer (homosexual, heterosexual, bisexual u otras).**

### 3. SALUD SEXUAL.

#### 3.1. Marco teórico de la Salud Sexual

Según el documento “**Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción**” (3), elaborado durante una reunión de consulta celebrada en Antigua Guatemala (Guatemala) en mayo de 2000, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS),

*La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.*

En ese mismo sentido se expresa la OMS (4) cuando declara que

*La salud sexual es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas*

Por tanto, tanto para la OPS como para la OMS, para promover la salud sexual es necesario reconocer, garantizar, proteger y satisfacer los derechos sexuales de las personas. En ese sentido, la declaración “**Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos Fundamentales y Universales**” (3), del 13º Congreso Mundial de Sexología en 1997 en Valencia (España), revisada y aprobada el 26 de agosto de 1999 en el 14º Congreso Mundial de Sexología celebrado en Hong Kong (República Popular China), señala:

*Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.*

El documento prosigue con la enumeración de once derechos. Entre ellos, los tres últimos hacen referencia a que la información sexual debe obtenerse a partir de la investigación científica libre y ética, y la importancia de que la misma sea difundida de forma apropiada en todos los niveles sociales; que la educación en salud sexual debe ser un proceso integral, presente en las diferentes etapas de la vida, y de la cual deben ser partícipes todas las instituciones sociales; y la atención de la misma debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, así como de preocupaciones y trastornos sexuales.

Otro documento que viene a sumar argumentos es la **Declaración de Montreal “Salud Sexual para el Milenio”** (4) realizada en el 17º Congreso Mundial de Sexología, acontecido en Montreal en julio de 2005, y aprobada el 17 de abril de 2007 por la Asamblea General de la WAS celebrada en Sydney Australia, según el cual:

*La promoción de la salud sexual es fundamental para el logro del bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y más específicamente para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Al fomentar la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, la promoción de la salud sexual favorece la calidad de vida y la instauración de la paz.*

Esta declaración incluye ocho reivindicaciones donde de nuevo vuelve a reflejarse la importancia de un acceso pleno a información y atención en materia de salud sexual, así como una educación integral de la sexualidad en todas las etapas de la vida; y que la salud sexual debe ser contemplada de manera integral junto a la sexualidad y atendida de forma ampliada más allá de la salud reproductiva. También se marca como objetivo adoptar e incrementar los programas que aseguren el acceso universal a los servicios de prevención, consejería y prueba de detección voluntaria, la atención y tratamiento integral vinculados al VIH/Sida y otras ITS, entre otras.

Respecto a las preocupaciones y los problemas atinentes a la salud sexual, para la OPS (3) es fundamental abordarlas y encontrarles solución

*no sólo porque quebrantan la salud sexual y, por ende, la salud en general de la persona, la familia y la sociedad, sino también porque su existencia puede indicar la presencia de otros problemas de salud. Asimismo, tales inquietudes y problemas pueden ocasionar y perpetuar otros trastornos en la persona, la familia, la comunidad y la población en general.*

Para promover la salud sexual, el mismo equipo de expertos recomendó cinco metas para los organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales:

*Meta 1. Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.*

*Meta 2. Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.*

*Meta 3. Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual.*

*Meta 4. Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual y brindar a la población el acceso a dichos servicios.*

*Meta 5. Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.*

### **3.2. Marco legal de la Salud Sexual**

En España, la **Ley Orgánica 2/2010, del 3 Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo** (5), recientemente aprobada, es probablemente la referencia normativa más importante relativa a la salud sexual; una ley que, entre otras cosas:

*aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.*

En su artículo 2 se define la salud sexual como “*el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia*” y asimismo indica en su artículo 4 que “*nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*”.

La ley también prevé la aplicación de una **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (6), que con una duración de cinco años, deberá servir para el cumplimiento de los objetivos de la ley y permitir “*la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva*”. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó dicha el 18 de octubre de 2010, contemplando líneas estratégicas como:

- La promoción y atención a la salud sexual y reproductiva.
- La formación de los profesionales de la salud.
- La investigación y la innovación.
- El desarrollo y aplicación de buenas prácticas.

En la sección dedicada a la salud sexual se establece como objetivo general

*promover una atención de calidad con servicios accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral, autónoma, diversa, igualitaria, placentera, responsable, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, queden garantizados.*

La estrategia también analiza algunas de las dificultades que padecen tanto lesbianas, gais y bisexuales como las mujeres y hombres transexuales, las consecuencias de la homofobia, bifobia y transfobia, y realiza diversas recomendaciones que indirectamente o directamente contemplan la realidad de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales. De entre ellas, y por el tema que nos ocupa, es destacar la recomendación para la investigación, innovación y buenas prácticas:

*5. Se promoverán estudios para conocer las necesidades, dificultades y problemas de salud sexual de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales.*

Y es destacar precisamente porque en España disponemos de muy pocos estudios que versen sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas, bisexuales y que tiene sexo con otras mujeres, teniendo que recurrir a la literatura científica internacional, como se ha hecho en este informe.



#### 4. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LAS ITS Y EL VIH.

##### 4.1. Invisibilidad e invisibilización de las relaciones sentimentales y sexuales entre mujeres y consecuencias en su salud sexual

En la comunidad de profesionales de la salud se han ignorado sistemáticamente los problemas y las necesidades de las mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres (MSM). Esta actitud, consistente con la idiosincrasia general de **invisibilización de las relaciones sentimentales y sexuales entre mujeres**, ha llevado al mantenimiento de cierta ignorancia sobre el impacto de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las MSM por parte de los profesionales y las propias MSM. Algunos de los problemas fácilmente identificables que vienen perpetuando esta situación se describen a continuación.

Los **profesionales de la salud** desconocen el perfil de ITS y sus factores de riesgo entre el colectivo MSM.

1. Consideran erróneamente que todas las MSM “son lesbianas”
2. Consideran erróneamente que la incidencia de ITS en las MSM es inferior a la de las mujeres estrictamente heterosexuales,
  - a. Piensan que no existen datos científicos en los que se haya probado una transmisión de VIH entre parejas serodiscordantes de MSM; y asumen que esto es aplicable a todas las ITS en general en el contexto MSM.
  - b. Consideran que la práctica sexual de riesgo por excelencia es el coito y “puesto que las MSM no practican el coito”, no hay riesgo.
3. Cuando una MSM realiza una consulta a un profesional sanitario, **se suele dar por hecho que la mujer es heterosexual**, de modo que existen barreras obvias para las MSM para explicar sus preferencias sexuales y, por tanto, para recibir información sobre los riesgos asociados.
4. En general, **no existe una formación específica sobre el perfil y factores de riesgo de las ITS en MSM.**

Una de las grandes dificultades encontradas por las MSM es la escasa información específica sobre salud sexual ofrecida por el personal sanitario. McNair (2) considera que

*dos de las principales razones que explican la pobre respuesta del cuerpo médico a las necesidades de este grupo de mujeres son el heterosexismo y el escaso conocimiento. El heterosexismo se define como la presunción de heterosexualidad, que incorpora la actitud general de valorar la heterosexualidad por encima de otros tipos de sexualidad. Reiteradas investigaciones con usuarias indican que el cuerpo médico considera heterosexuales a mujeres que en realidad no lo son... Esto genera insatisfacción y falta de confianza en la atención médica. Muchas lesbianas evitan la atención sanitaria general debido a la desconfianza, al miedo a reacciones homofóbicas o a experiencias negativas anteriores.*

La misma autora también indica que “*los médicos tienen un escaso conocimiento sobre las necesidades en materia de salud sexual de las MSM, las lesbianas y las mujeres bisexuales. También compartimos con el resto de la comunidad un desconocimiento general acerca del comportamiento sexual de las lesbianas*”, y afirma que “*...las Facultades de Medicina han*

*sido lentas en generar directrices para la prevención de ITS para MSM”. Además de que “...a veces, nuestros textos médicos no omiten información, pero son cómplices de perpetuar mitos sobre la inmunidad de las MSM frente a las ITS”.*

Por todo ello, concluye McNair, “...al no lograr abordar completamente sus necesidades (de las MSM) aumentamos la desconfianza de muchas de ellas hacia la profesión médica, y en última instancia fracasamos en la mejora de su salud sexual”.

Los científicos que investigan sobre las ITS, y muy en particular la infección por VIH, incluyen en los estudios de investigación clínica información para la recogida de datos sobre **factores de riesgo y categorías clásicas** (HSH = Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; UDI = Usuarios de drogas inyectadas; Hemoder. = Receptores de hemoderivados; Transfus. = Receptores de transfusiones sanguíneas; Hetero. = Relaciones heterosexuales de riesgo; Descon/N.C. = Exposiciones de riesgo no conocidas o no consta; Otros = Otras exposiciones de riesgo), lo cual dificulta muchísimo la obtención de datos fiables para MSM:

1. Se suelen mezclar categorías de **identidad** (ej.; homosexual, lesbiana) con categorías de **práctica** (MSM, independientemente de la identidad/orientación sexual). Este problema lleva a sesgos en la categorización y a omisión de información importante.
2. En muchos casos, la recogida de datos ignora las prácticas de riesgo entre mujeres.

En el informe sobre salud lésbica del Instituto de Medicina de los EE.UU. (1), se afirma que

*aunque es bien conocido que las mujeres pueden adquirir ITS a través de compañeros sexuales masculinos, el riesgo de transmisión entre mujeres no está claro. Faltan directrices sobre sexo seguro para lesbianas (Denenberg, 1995; Rankow, 1995a). Los intentos de utilizar datos nacionales o locales para estimar el riesgo de transmisión de ITS entre mujeres se ven limitados por el hecho de que muchos sistemas de clasificación de riesgo han excluido del mismo el sexo entre mujeres o lo han subsumido bajo una jerarquía de otros comportamientos vistos como de mayor riesgo (Chu et al., 1990, 1992)... Por otra parte, pocos o ninguno de los sistemas estatales o locales de notificación de ITS han recopilado y/o analizado sistemáticamente información sobre la conducta sexual entre mujeres.*

Las mujeres que practican sexo con mujeres (MSM), muy habitualmente, tienen una visión incompleta o errónea sobre las ITS y el sexo seguro.

- a. La información que han recibido sobre las ITS ha estado sistemáticamente dirigida a mujeres que mantienen sexo con hombres; y por ello no se ha producido un proceso necesario de identificación de la MSM con la **mujer en riesgo**.
  - i. Las MSM que no mantienen relaciones sexuales con hombres se consideran **seguras**. Muchas MSM piensan que las mujeres que pueden contraer una ITS o transmitirla son sólo aquellas que tienen sexo con hombres.
  - ii. La mayoría de estudios demuestran que hasta un 80% de mujeres que se identifican como lesbianas han mantenido relaciones sexuales con hombres en algún momento de su vida.

- iii. Existe una **confusión entre identidad y práctica**, de modo que las MSM que no se consideran heterosexuales no han introyectado las medidas de seguridad sexual que sí aplican las mujeres heterosexuales en sus relaciones con hombres. En la mayoría de estudios (2) se encuentra que las MSM utilizan o han utilizado medidas de sexo seguro con hombres en menor medida que las mujeres heterosexuales.
- b. Explicar las preferencias sexuales, cuando salen del ámbito tradicional, ante profesionales de la salud sigue siendo complicado; y por tanto **las MSM no tienen oportunidad de recibir información sobre sus riesgos específicos**.
- c. **No se han hecho campañas poblacionales sobre ITS en MSM**, porque por una parte no se reconoce la existencia de las MSM a menos que sean lesbianas, y por otra no han existido dichas campañas ni siquiera para las lesbianas.
- d. **Las MSM que no son lesbianas tienen que manejar una “doble información”** sobre ITS y riesgos (las aplicables al sexo con hombres y al sexo con mujeres), lo cual puede ser muy confuso para ellas y llevar a errores en la toma de decisiones.

#### 4.2. Prevalencia global y de tipos específicos de ITS entre las MSM.

La prevalencia de ITS entre MSM es similar a la prevalencia entre las mujeres que se declaran puramente heterosexuales; y en algunos subgrupos de MSM parece que la prevalencia es mayor. Según McNair (2), estudios poblacionales y clínicos muestran una prevalencia de ITS a lo largo de la vida entre el 10% y el 20% tanto para las MSM como para las mujeres heterosexuales, y señala que

*en el estudio de mayor tamaño disponible hasta la fecha realizado con 6.935 mujeres de todos los estados de los EE.UU. que se identificaban como lesbianas, un 17% reportó el diagnóstico de una ITS en una o varias ocasiones a lo largo de su vida. La incidencia de los diagnósticos reportados fue: tricomonas 6%, Virus del Papiloma Humano (VPH) 4,8%, clamidias 4,6%, virus del herpes simple genital (VHS) 3,3%, enfermedad inflamatoria pélvica 2%, gonorrea 1,6%, sífilis 0,3% y VIH 0,1%. En este estudio no se incluyeron la candida, la Vaginosis Bacteriana (VB), la Hepatitis B (VHB) y la Hepatitis C. Otros estudios han mostrado que la candida, seguida por la vaginosis bacteriana son las infecciones más frecuentemente transmitidas entre mujeres.*

#### Vaginosis bacteriana (VB)

Según McNair “las MSM presentan una prevalencia más alta de vaginosis bacteriana que las exclusivamente heterosexuales” (7). La patogenia de la VB en las MSM no está clara y los datos existentes son contradictorios, habiendo estudios que la relacionan con el intercambio de secreciones vaginales durante el acto sexual (8) mientras que otros no encuentran dicha relación (9). No obstante, el hecho de que se haya encontrado una concordancia del 95% en los tipos bacterianos del frotis vaginal entre los dos miembros de las parejas monógamas, en el primer estudio mencionado, apoya de forma muy firme dicha relación.

La presencia de VB se asocia con un número alto de parejas sexuales del sexo femenino, fallo en la limpieza de los juguetes sexuales y sexo oral-anal. Por el contrario, no se ha encontrado una asociación con el sexo con hombres.

Estos datos, al menos, implican la necesidad de informar a las MSM de la VB, su sintomatología y las prácticas asociadas con un mayor riesgo. Igualmente, ante el diagnóstico de BV se debería realizar una exploración de la pareja para eventualmente tratar a ambas de forma simultánea. Esto es particularmente importante para las MSM que se plantean la maternidad a corto plazo.

### **Virus del Herpes Simple (VHS)**

El porcentaje de mujeres que se identifican como lesbianas que presenta anticuerpos contra el Virus del Herpes Simple (VHS) clásicamente parecía similar al observado en mujeres que se declaran exclusivamente heterosexuales, un 18% en países desarrollados (10). La seroprevalencia, que es el término técnico para designar la presencia de dichos anticuerpos, indica una infección previa por VHS y se asociaba con historia previa de relaciones sexuales con hombres que presentaban infección por herpes (11).

Sin embargo, en algunos estudios se ha observado una seroprevalencia del 46%, que es claramente más alta que la observada en mujeres heterosexuales; y además se ha visto que se correlaciona directamente con el número de parejas mujeres. Estos nuevos datos indicarían que **la infección por VHS puede ser también una ITS entre MSM**, y no solamente de mujeres que mantienen o han mantenido sexo con hombres.

Para McNair (2) aunque este punto no está confirmado y se precisan estudios poblacionales más amplios, las MSM debieran ser informadas del riesgo potencial de ser portadoras del VHS o de los riesgos de contraerlo en caso de ser seronegativas, para que puedan establecer estrategias de sexo seguro con sus parejas mujeres.

### **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

La transmisión sexual del VIH parece inusual entre mujeres, aunque existe un potencial riesgo de transmisión durante la menstruación y por los fluidos vaginales. Así, ya en 1999 los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) (12) de EE.UU. indicaban que ***“tanto las secreciones vaginales como la sangre menstrual pueden ser infectivas y transmitir el VIH, de modo que la exposición de las mucosas (oral, vaginal) a dichas secreciones se asocia con un riesgo de contagio del VIH”***.

En 2006, los CDC (13) actualizaron su información relativa al ***“VIH/SIDA entre mujeres que tienen sexo con mujeres”***, indicando que ***“hasta la fecha, no hay casos confirmados de transmisión sexual del VIH de mujer a mujer en la base de datos de Estados Unidos (K. McDavid, CDC, comunicación oral, marzo de 2005)”***. Asimismo, aportaban información de otros estudios estadísticos:

*Hasta diciembre de 2004, se notificó un total de 246.461 mujeres infectadas con el VIH. De ellas, 7.381 informaron haber tenido relaciones sexuales con mujeres; sin embargo, la mayoría tenía otros factores de riesgo (como uso de drogas intravenosas, sexo con hombres infectados o con factores de riesgo de infección o, más raramente, haber recibido sangre transfundida o hemoderivados). De las 534 mujeres (dentro de las 7.381) que informaron haber tenido relaciones sexuales con*

*mujeres exclusivamente, el 91% también presentaba algún otro factor de riesgo - generalmente, uso de drogas intravenosas.*

Sin embargo, de los datos se deduce que un 9% de ellas no tenía ningún otro factor de riesgo conocido. El documento sigue afirmando:

*A partir de diciembre de 2004, ninguna de las investigaciones sobre mujeres infectadas con el VIH cuyo único factor de riesgo informado inicialmente era el sexo con mujeres -investigaciones a las que se les había dado una alta prioridad- habían confirmado la transmisión del VIH de mujer a mujer, ya sea porque más tarde fueron identificados otros factores de riesgo o porque algunas mujeres se negaron a ser entrevistadas.*

*Un estudio con más de 1 millón de mujeres donantes de sangre no encontró ningún caso de mujeres infectadas por el VIH cuyo único factor de riesgo fuera el sexo con mujeres. A pesar de la ausencia de casos confirmados de transmisión del VIH de mujer a mujer, los resultados no niegan esta posibilidad”, especialmente si se tiene en cuenta que “no se dispuso de información sobre si una mujer había tenido relaciones sexuales con mujeres en más del 60% de los 246.461 informes de caso, posiblemente porque el médico no le preguntó a la mujer o porque ésta no la proporcionó voluntariamente.*

No obstante, los CDC también reconocen la existencia de “informes de casos de transmisión del VIH de mujer a mujer”

Ruth McNair (2), señala que

*Parece ser que la transmisión del VIH entre las MSM se produce principalmente a través de comportamientos no homosexuales. Un estudio entre 498 MSM en San Francisco encontró un 1,2% de seroprevalencia del VIH y el 5,4% de HBV (Virus de la Hepatitis B). Los comportamientos de riesgo asociados a estas infecciones fueron las altas tasas de consumo de drogas intravenosas, compartir agujas y el sexo sin protección con hombres. Sin embargo, ha habido informes aislados de casos de transmisión del VIH a través del contacto sexual entre mujeres. Los CDC de Atlanta publicaron una serie de estudios de casos que confirman la probabilidad de que el VIH pueda transmitirse entre mujeres durante las relaciones sexuales.*

Existe, pues, un “mito” sobre la absoluta seguridad de las MSM de no contraer el VIH durante las relaciones sexuales entre mujeres que, a la vista de los datos, es incierto. Siendo verdad que la transmisión del VIH entre mujeres parece bastante más inusual que en las relaciones heterosexuales, no puede afirmarse que se trata de un “riesgo cero” como piensan muchas MSM.

### **Virus del Papiloma Humano (VPH) y cáncer cervical**

Se acuerdo con Mc Nair (2) “la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) se ha demostrado en MSM, incluyendo un número significativo de MSM que nunca han tenido relaciones sexuales con hombres” (14, 15)

La presencia de infección por el VPH se asocia de forma especial al número de parejas hombres y al intercambio de juguetes sexuales insertivos por vía vaginal (15). La

proporción de hallazgos anormales en la citología cervical es similar en las MSM que en las mujeres exclusivamente heterosexuales.

Por el momento, las lesbianas presentan una proporción inferior de casos de cáncer cervical (asociado al VPH) que las mujeres heterosexuales (16), pero teniendo en cuenta la gran proporción de lesbianas que han mantenido sexo con hombres, el número de MSM que de hecho las mantiene, la mayor aceptación del uso de juguetes sexuales entre las mujeres, las técnicas sexuales donde el contacto de fluidos con mucosas es habitual y la falsa sensación de seguridad, es previsible que el número pueda incrementarse (salvo por la vacunación actualmente en marcha en muchos países).

En este sentido, es revelador el estudio (17) que muestra que solamente un 66% de las mujeres que se identificaban como lesbianas recibieron un screening de citología cervical correcto, un 22% no se hacía los controles adecuados y un 12% nunca se hizo el test. Las lesbianas más jóvenes tenían más probabilidad de no haber sido incluidas en los programas de screening. Además de los previos, hay otros dos datos de este estudio que son importante destacar:

- Un 22% de las mujeres tenía una citología anormal, una proporción similar a la de las mujeres que se declaran exclusivamente heterosexuales
- A un 9% de las mujeres un profesional sanitario le indicó que no era necesario realizarse una citología

Las mujeres que más habían acudido regularmente a las revisiones ginecológicas para screening de VPH fueron las mayores de 40 años, las que habían comentado con su médico sus preferencias sexuales y aquellas que no recibieron la información claramente errónea sobre la no necesidad de realizar las revisiones programadas.

**En resumen, la infección por VPH es un problema importante para las MSM, al igual que lo es para las mujeres heterosexuales, y es preciso concienciar a las MSM de la necesidad de realizarse los controles ginecológicos recomendados para todas las mujeres, puesto que ser MSM no es un factor de protección para la infección por VPH y el cáncer de cuello de útero.**

## 5. FACTORES DE VULNERABILIDAD Y RIESGO Y OBSTÁCULOS PARA LA PREVENCIÓN.

Según el mencionado informe sobre salud lésbica del Instituto de Medicina de los EE.UU. (1), *a menudo se percibe a las lesbianas con un riesgo mínimo respecto a la transmisión de las ITS. Esta percepción tiene tres posibles orígenes:*

### ***Informes previos de baja prevalencia***

*Algunos estudios han señalado que existe una baja prevalencia de ITS entre las mujeres que informan tener sexo con mujeres (Robertson y Schachter, 1981) y que no existe riesgo de transmisión del VIH entre parejas sexuales femeninas (Raiteri et al., 1994b). Sin embargo, estos estudios evaluaron un pequeño número de mujeres y no se usaron nuevas pruebas de diagnóstico... especialmente para ITS virales. Asimismo, tampoco proporcionaban información completa sobre los comportamientos sexuales. El único estudio prospectivo realizado para evaluar la transmisión del VIH en parejas homosexuales femeninas serodiscordantes se vio limitado por un corto período de seguimiento de seis meses (Raiteri et al, 1994b; Reynolds, 1994).*

### ***Suposiciones sobre las prácticas sexuales lésbicas***

*A menudo se concluye que el sexo lésbico no implica contacto entre membranas mucosas, como el que se produce durante el contacto pene-vagina, dando a entender que supone un bajo riesgo de transmisión de ITS por razones anatómicas. En realidad, los datos sobre las prácticas sexuales específicas de las lesbianas son muy limitados y no hay estudios contemporáneos a gran escala basados en muestras probabilísticas.*

### ***Suposiciones sobre las relaciones lésbicas***

*Existen muchas suposiciones sobre las relaciones y las redes sexuales lésbicas que contribuyen a la percepción de que el riesgo de las lesbianas ante las ITS es bajo. Estas presunciones incluyen la percepción de que las tasas de cambio de pareja son bajas, que las relaciones lésbicas suelen ser monógamas y tienden a ser de larga duración, y que las relaciones sexuales mantenidas fuera de las relaciones monógamas son menos comunes que en la población heterosexual u homosexual masculina (Kennedy et al., 1995).*

Los factores de riesgo asociados con contraer una ITS incluyen:

- El tipo de prácticas sexuales.
- El número de parejas sexuales (tanto hombres como mujeres)
- Una falsa sensación de seguridad entre las MSM, por el mito de que las relaciones sexuales entre mujeres no se asocian con las ITS.
- El desconocimiento de la prevención de ITS entre MSM.
- Históricamente, estaba “mal visto” el uso de medidas de protección en las relaciones sexuales con mujeres.
- La invisibilización de las MSM dificulta a los profesionales de la salud a acceder a los datos sobre ITS en MSM y a las MSM a consultar abiertamente con los profesionales.
- La marginación, la falta de comunicación y también los abusos a los que aún se somete a las MSM por el hecho de serlo, por parte de parte de la sociedad y muchas veces en sus propias familias, puede llevar a una situación de salud mental

precaria que es un factor de riesgo para los comportamientos sexuales de riesgo y el abuso de sustancias

La transmisión de ITS no se correlaciona exclusivamente con las relaciones sexuales sin protección con hombres, sino que el mayor número de parejas sexuales femeninas se asocia también con la probabilidad de contraer una ITS (9)

- Es importante destacar que esto sucede en las relaciones sexuales sin protección entre mujeres.
- En un estudio, solamente un 11% de las mujeres reportaron haber utilizado un método de barrera durante las relaciones sexuales con mujeres, porque les resultaba embarazoso comprar un preservativo (9).
- En otro estudio realizado con 504 mujeres (18) que se identificaban como lesbianas y bisexuales, un 84% declaraba que no había corrido ningún riesgo en sus relaciones sexuales en el año anterior y un 61% creían que no habían corrido ningún riesgo de contraer una ITS en toda su vida.

Las MSM que son usuarias de drogas intravenosas presentan una mayor prevalencia de ITS, incluyendo el VIH y el Virus del Herpes Simple (VHS). Suelen realizar múltiples actividades de riesgo, como mantener sexo sin protección con hombres y mujeres, intercambiar jeringuillas y recibir dinero a cambio de sexo sin protección.

McNair (2) destaca diversos factores de riesgo y vulnerabilidad que hacen a las MSM más susceptibles para la transmisión de ITS, como son:

1. El número de parejas sexuales y el sexo de éstas
2. Bajos niveles de comportamientos sexuales protegidos
3. Bajos niveles de conocimientos y concienciación respecto a la prevención de ITS entre MSM.
4. En términos más generales, la asociación de la identidad lésbica y bisexual a ciertos riesgos de transmisión de ITS debido a conductas normativas en estas comunidades.

Y añade que...”*complejos vínculos entre experiencias de marginación, problemas de salud mental y experiencias de abuso pueden combinarse para influir en el consumo peligroso de sustancias y en los comportamientos sexuales de riesgo*”.

No obstante, de manera más amplia, McNair (2) describe otros factores de riesgo que también han de ser tenidos en cuenta:

### **Sexo con hombres**

*La mayoría de los estudios muestran que al menos el 80% de las mujeres que se identifican como lesbianas han declarado haber tenido sexo con hombres alguna vez a lo largo de su vida... El grado de prevención de las MSM en las relaciones sexuales con hombres puede ser menor que entre las mujeres heterosexuales. Por ejemplo, estudios realizados entre MSM indicaron que sus conocimientos y su uso de estrategias para un sexo más seguro cuando tenían relaciones sexuales con hombres eran más bajos, lo cual se revelaba a través de una mayor tasa de embarazo no deseado entre las MSM que entre mujeres heterosexuales. Una encuesta australiana realizada en Internet a 1.749 personas que se sienten atraídas por su mismo sexo, de las que 643 eran mujeres, encontró que los jóvenes entre 14 y 21 años que se sentían atraídos por su mismo sexo eran más propensos a ser*



*sexualmente activos en comparación con los demás, además de tener cinco veces más diagnósticos de ITS que el resto de sus pares (10% frente al 2%). El 11% de las mujeres jóvenes que habían tenido sexo con hombres se habían quedado embarazadas en comparación con el 8% resultante de una encuesta escolar nacional.*

### **Sexo con mujeres**

*También hay evidencia de que tener un alto número de parejas femeninas aumenta el riesgo de ITS. Dicha transmisión correlaciona con un mayor número de parejas a lo largo de la vida (independientemente del número de hombres) y un mayor número de exposiciones con otras mujeres. Una encuesta hecha en EE.UU. a 6.935 mujeres autoidentificadas como lesbianas (...) revelaba que el 22'4% había tenido solamente sexo con mujeres y un 6% de éstas decía haber sido diagnosticada de una ITS al menos una vez. En gran medida, este grupo mostraba un uso mínimo de protección, con sólo un 11% que había usado algún método barrera durante la relación sexual con otra mujer. Las encuestadas no usaban barreras debido a que no creían que hubiese ningún riesgo y también porque les daba vergüenza comprar "dental dams" o condones. En otro estudio realizado a 504 mujeres lesbianas y bisexuales, el 84% percibía no haber tenido riesgo de transmisión de ITS en el año anterior y el 61% creía no haberlo tenido en su vida. Solamente un 7% había usado alguna vez barreras de látex o guantes durante el sexo y sólo el 21% había sugerido usarlo a sus pareja sexuales, aunque el 26% reconocía haber sido diagnosticada de alguna ITS.*

*La falta de conductas preventivas en las MSM podría estar relacionada con el uso de otras estrategias preventivas. Un amplio estudio etnográfico incluyó entrevistas a 626 mujeres lesbianas y bisexuales en San Francisco sobre su comportamiento sexual. Este estudio mostró que estas mujeres usaban varias prácticas de reducción de riesgo entre las que se incluían la negociación de la fidelidad y la monogamia, decidir las prácticas sexuales tras conocer la historia de sus parejas potenciales y elegir parejas concretas. La decisión sobre si una pareja era segura frecuentemente se basaba, erróneamente, en la identidad de la persona en lugar de basarse en su conducta.*

### **La identidad lésbica o bisexual**

*En Australia, la identidad lésbica, y particularmente la bisexual, parece aumentar el riesgo de haber tenido una ITS. El estudio "El Sexo en Australia", una encuesta telefónica comprehensiva a 9.578 mujeres de entre 16 y 59 años, mostró una diferencia significativa en la prevalencia de ITS en relación a la identidad sexual. El 16'9% del total de mujeres había sido diagnosticada alguna vez de una ITS, lo que concuerda con datos internacionales. Sin embargo, atendiendo a la identidad sexual, el diagnóstico de una ITS fue comunicado por un 16'6% de las mujeres heterosexuales, un 23'4% de las mujeres lesbianas y un 37'9% de las mujeres bisexuales. Es de destacar, en este estudio, que entre aquellas mujeres que declararon tener sentimientos de atracción o experiencias con personas de su mismo sexo (15'1% del total de mujeres de la muestra), sólo el 31% se identificó como lesbiana o bisexual. Desafortunadamente, no hubo información sobre las tasas de ITS en aquellas MSM que no se identifican ni como lesbianas ni como bisexuales. La identidad bisexual fue uno de los mayores predictores para el*

*diagnóstico de una ITS entre mujeres, como también tener más edad, haber recibido dinero a cambio de sexo o haberse inyectado drogas.*

*No está del todo claro por qué las mujeres lesbianas y bisexuales tenían mayores tasas de ITS que las mujeres heterosexuales en este estudio, aunque parece estar parcialmente relacionado con la cantidad de parejas sexuales de cualquier sexo que se habían tenido en el año previo, lo cual correlacionaba con la probabilidad de haber tenido una ITS. Las mujeres que se identificaron como lesbianas o bisexuales comunicaron significativamente más parejas sexuales que las mujeres heterosexuales. Por ejemplo, el promedio de parejas del sexo opuesto a lo largo de la vida de una mujer heterosexual fue 6'5, mientras que para una mujer bisexual fue 18'8 y para lesbianas 0'1. Respecto al uso de condones en relaciones heterosexuales durante el año anterior, el 33'7% de las mujeres heterosexuales informaron usarlos, frente al 15'6% de las lesbianas y el 67'5% de las mujeres bisexuales. Por lo tanto, si las lesbianas mostraban una menor tendencia a usar condones que las bisexuales, no queda claro por qué las tasas de ITS eran tan altas entre estas últimas.*

### **Uso de drogas intravenosas**

*Existe un complejo e interrelacionado abanico de otros factores de riesgo para las ITS en estas poblaciones, como el uso de drogas intravenosas (UDI). Un estudio realizado en EE.UU. a 803 mujeres UDI comparó las MSM con todas las demás mujeres. El estudio mostró que las MSM tenían una prevalencia más alta de VIH y VHB. Las MSM mostraban tener diversos comportamientos de alto riesgo: era más probable que hubieran tenido sexo desprotegido con hombres (sobre todo hombres que tienen sexo con otros hombres), compartir el equipo de inyección y haberse dedicado al trabajo sexual.*

### **Conductas de riesgo, salud mental y autoestima**

*Se ha encontrado en las mujeres lesbianas y bisexuales mayores factores de riesgo conductuales, destacando el uso y abuso de sustancias y un mayor número de prácticas de riesgo. En el Estudio Longitudinal Australiano sobre Salud de las Mujeres (ALWHS) se comparó el uso lícito e ilícito de sustancias, mostrando que las mujeres jóvenes no heterosexuales eran dos veces más propensas a fumar o beber más alcohol a niveles dañinos que las mujeres heterosexuales. El uso (alguna vez) de sustancias ilícitas fue mucho más alto; por ejemplo, el 10'8% de las mujeres jóvenes no heterosexuales se habían inyectado drogas comparado con el 1'2% de las mujeres heterosexuales. Este comportamiento está en parte relacionado con una baja autoestima y escaso apoyo social fruto del estigma existente hacia las personas no heterosexuales. Un estudio poblacional basado en 2.438 mujeres jóvenes con bajos ingresos mostró que aquellas que se habían identificado como lesbianas o bisexuales y aquellas que habían tenido tanto parejas sexuales masculinas como femeninas tenían mayores niveles de consumo de sustancias asociados a una mayor experiencia de coerción sexual.*

*La discriminación basada en la sexualidad parece ser un importante factor determinante de un mayor uso de drogas, mayores experiencias de abuso y mayores niveles de depresión y ansiedad. La bisexualidad está emergiendo como más estigmatizada que la sexualidad lésbica, habiendo mujeres bisexuales con*

*tasas más altas de depresión y menor apoyo social que las mujeres lesbianas o heterosexuales. Bajo niveles de salud mental pueden incrementar muchos de los factores de riesgo para las ITS.*

### **Historial de abusos sexuales**

*En Australia se han observado que las experiencias de abuso en cualquiera de sus formas se dan con mayor frecuencia en mujeres no heterosexuales, con más de un 60% de las mujeres en la veintena de edad y más de un 50% de las mujeres en la cincuentena que han experimentado alguna forma de abuso en comparación con el 37% de mujeres heterosexuales de ambas franjas de edad. Los estudios internacionales confirman que las lesbianas han experimentado altos niveles de violencia y victimización tanto por parte de personas de desconocidos como de miembros de su familia, lo cual también influye en una baja de autoestima y mayores tasas de depresión. Los niveles de abuso sexual también son más altos entre las mujeres lesbianas, la mayoría de los cuales son cometidos por hombres. Ningún estudio hasta ahora ha determinado las razones por las cuales se da una mayor prevalencia de abusos sexuales entre mujeres no heterosexuales. Algunas de las posibles razones podrían ser la presencia de roles de género no normativos, lo cual aumenta la posibilidad de ser blanco del abuso sexual; el rechazo familiar; una mayor propensión a tener comportamientos de riesgo asociados con el abuso sexual, como el consumo de sustancias; y una mayor voluntad de revelar el abuso sexual.*

## 6. PRÁCTICAS SEXUALES Y RIESGO PARA LAS ITS Y EL VIH.

### 6.1. Prácticas sexuales y riesgo para la transmisión del VIH.

Como ya señalaba en 1997 el documento *¿Cuáles son necesidades para la prevención del VIH de las mujeres que tienen sexo con las mujeres?* del Centro de Estudios de Prevención del SIDA de la Universidad de California (19) “*el riesgo de contraer el VIH para las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), al igual que para todas las personas, varía en función de lo que hacen*”, es decir, de su comportamiento, sin excluir el hecho de que existen factores que pueden incrementar la vulnerabilidad de algunas de estas mujeres. Según dicho documento

*por lo que sabemos, existe un pequeño riesgo de transmisión del VIH, aunque todavía sin especificar, asociado a las prácticas sexuales entre mujeres. El VIH se encuentra en los fluidos vaginales y la sangre menstrual, pero la cantidad de virus no se ha medido adecuadamente. El sexo entre mujeres puede incluir diversas actividades y los riesgos relativos a todas las actividades no se conocen todavía. Se cree que el sexo oral por sí solo representa un riesgo relativamente bajo y que los comportamientos que puedan ocasionar un traumatismo vaginal, tales como compartir juguetes sexuales sin preservativo o el juego digital con los dedos con cortes o uñas afiladas, pueden suponer un mayor riesgo.*

El informe de 1999 sobre salud lésbica del Instituto de Medicina de los EE.UU. (1) indica que

*se cree que el sexo sin protección con hombres y compartir el material de inyección de drogas representan la mayoría de los casos de infección por VIH en MSM, tal como ocurre con las mujeres en general. Sin embargo, la gama de prácticas sexuales y de uso de drogas entre las MSM todavía sigue siendo desconocida.*

Según los CDC (13)

*se han realizado encuestas sobre factores de riesgo conductual en grupos de mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). Estas encuestas se han realizado generalmente con muestras de MSM que difieren en los criterios de participación, el lugar de reclutamiento y la definición de MSM. Por dicha razón, los resultados de estas encuestas no se pueden generalizar a todas las MSM. Sin embargo, los resultados sugirieron que algunas MSM tienen otros factores de riesgo conductual, tales como el uso de drogas inyectables y las relaciones sexuales vaginales sin protección con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o con hombres que se inyectan drogas.*

Ruth McNair (2), señala que

*la transmisión de virus de transmisión sanguínea parece ser poco común entre las mujeres, aunque existe la posibilidad de una mayor transmisión durante la menstruación... y que en ese sentido también es posible que la presencia de vaginitis pueda aumentar el riesgo de transmisión a través de una mayor exposición a glóbulos blancos infectados (VIH) o como resultado de una mayor probabilidad de transmisión a través de la mucosa vaginal inflamada (similar al mayor riesgo de transmisión del VIH en presencia de proctitis en hombres)*

Según el reciente informe de 2009 del Women's Institute de la organización Gay Men's Health Crisis (GMHC) "**Riesgo de VIH para lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres**" (20)

*las mujeres lesbianas y bisexuales, al igual que sus contrapartes heterosexuales, participan en comportamientos de riesgo sexual y social que las ponen en alto riesgo incluyendo, aunque no limitado sólo a ello, las relaciones sexuales sin protección con otros hombres, un mayor número de parejas sexuales, el uso de drogas inyectables y la exposición a los fluidos conocidos de transmisión del VIH, por ejemplo, la sangre menstrual, las secreciones vaginales.*

Según dicho informe "aunque lesbianas y MSM tienen un riesgo relativamente bajo de infección por VIH, el sexo lésbico no está exento de riesgo":

*Hasta la fecha, gran parte de la información sobre la transmisión de mujer a mujer no menciona que el sexo oral sin protección puede implicar riesgo para el VIH si la persona que realiza el cunnilingus mientras que la que lo recibe está al principio, en medio o en la etapa final de su período menstrual; la mujer que realiza el sexo oral puede estar en riesgo de contraer el VIH. Además, la presencia de una gran cantidad de secreciones vaginales durante el sexo oral también puede suponer un riesgo de transmisión de mujer a mujer*

*Tres actividades sexuales fueron categorizadas por el Manual Nacional sobre el SIDA (NAM) como comportamientos de alto riesgo para el VIH. Estas incluían el sexo oral, compartir juguetes sexuales y el fisting (Farquhar et al., 2001). Los casos reales documentados de transmisión del VIH a través de estas actividades han sido muy pocos, o ninguno en absoluto. Al enfoque en el uso de barreras de protección por vía oral se le ha dado demasiado peso. Algunos críticos señalan que hacer hincapié en las barreras de protección por vía oral puede ser engañoso y que se debería hacer un mayor esfuerzo en enfocarse en otras prácticas sexuales que ponen en mayor riesgo a las mujeres, como el fisting y compartir juguetes sexuales sin desinfectarlos (Santiago, 1995).*

*Se ha dedicado poca investigación al estudio del juego sexual de las mujeres lesbianas/MSM. Las prácticas sexuales, que incluyen roce de genitales a genitales, jugar con juguetes sexuales sin barreras de protección, la estimulación de las zonas genital/anal con las manos y la boca, y el juego sexual que implica el intercambio de líquidos, necesitan de más estudio. La relación entre lo que constituye las relaciones sexuales entre las mujeres y el riesgo de VIH para las mujeres merece sin duda más atención.*

El documento afirma que

*si bien no hay casos confirmados de transmisión de mujer a mujer y virtualmente ningún diálogo sobre el riesgo de las lesbianas, muchas lesbianas que se identifican a sí mismas como tales están viviendo con el VIH. Muchos se preguntan sobre cómo las lesbianas contraen el VIH. La literatura ha indicado que las mujeres que tienen sexo con mujeres tienen un elevado riesgo de contraer el VIH si mantienen actividades de alto riesgo.*

*Esto está apoyado por investigaciones que indican que las MSM han mostrado que:*

*- Creen que no están en riesgo de contraer el VIH (Kaiser Network, 2001),*

- Usan drogas inyectables (Young et al., 1992)
- Informan de altas tasas de sexo con hombres bisexuales y usuarios de drogas inyectables (Koh et al., 2005)
- Mantienen relaciones sexuales con hombres (Rosario et al., 1999)
- Es menos probable que hablen de su sexualidad con sus médicos (Meckler et al., 2006)
- Es más probable que informen sobre niveles bajos de salud física y (Marrazzo, 2004)
- Informan que tienen barreras para acceder a los servicios de salud (Solarz et al., 1999)

A nivel preventivo, los CDC (13) señalan que las MSM necesitan saber:

- **su propio estado serológico con relación al VIH y el de su pareja.** Este conocimiento puede ayudar a las mujeres que no están infectadas a cambiar sus conductas y reducir así su riesgo de infectarse. Para las mujeres que están infectadas, este conocimiento puede ayudar a obtener tratamiento temprano y evitar infectar a otras personas.
- **el riesgo de exposición a través de una membrana mucosa.** Potencialmente, el VIH puede ser transmitido a través de la exposición de una membrana mucosa (en la boca, por ejemplo), especialmente si el tejido se corta o se rompe, a las secreciones vaginales y a la sangre menstrual. El potencial de transmisión es mayor durante la etapa temprana y tardía de la infección por VIH, cuando la cantidad de virus en sangre es supuestamente más alta.
- **los beneficios potenciales del uso de condones.** Los condones se deben usar consistentemente y correctamente en cada contacto sexual con hombres o cuando se usan juguetes sexuales. Los juguetes sexuales no deben compartirse. La Food and Drug Administration no ha evaluado como efectivo ningún método barrera para su uso durante el sexo oral. Sin embargo las hojas de látex de caucho natural, los “dental dams”, condones cortados a lo largo o el plástico de envolver alimentos puede ofrecer cierta protección contra el contacto con fluidos corporales durante el sexo oral y por lo tanto puede reducir la posibilidad de transmisión del VIH.

Para el Women’s Institute de Gay Men’s Health Crisis (GMCH) (20)

*El hecho de que la transmisión del VIH de mujer a mujer no haya sido todavía documentada por el CDC, y que sea aparentemente difícil de lograr, facilita pensar a los proveedores de salud, a los responsables de la prevención y a las mujeres que tienen relaciones sexuales con las mujeres que el VIH no es un problema para las lesbianas y las MSM. Una revisión de la literatura reciente y reflexiones sobre nuestros propios 17 años de experiencia con lesbianas y MSM valida el hecho de que algunas lesbianas y MSM participan en comportamientos de alto riesgo que las ponen en riesgo de contraer el VIH. Algunas MSM usan drogas inyectables y pueden compartir agujas y equipos. Algunas MSM tienen relaciones sexuales, o historias sexuales, con hombres con VIH y/o usuarios de drogas inyectables. Nuestras observaciones en LAP (Lesbian AIDS Project) sugieren que ... el diálogo acerca de las lesbianas y el VIH, los programas resultantes y los posibles servicios para las lesbianas no han avanzado mucho desde hace años.*

*La inclusión de lesbianas y mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres en la recolección y análisis de datos ayudará a combatir la invisibilidad que estas mujeres han enfrentado en el pasado en las investigaciones. La vigilancia de las infecciones notificadas entre mujeres que tienen relaciones sexuales mujeres no ha sido adecuada. Es prudente recopilar datos en esta población para obtener una perspectiva sobre la realidad de la epidemia, así como el número real de casos y los modos de transmisión. En la medida en que la recopilación de datos mejore muchas disparidades se harán más evidentes.*

*Las lesbianas necesitan y merecen intervenciones de salud adaptadas y mejores resultados de salud. Después de revisar la literatura, hipotetizamos que un examen más sustantivo de las intersecciones entre salud sexual, sexualidad, identidad y estigma en la programación de la salud pública tiene potencial para producir ambas cosas. Hasta que a las lesbianas y a las MSM se le reconozca una financiación más sustancial, iniciativas de investigación, educación, reformas en las políticas y competencia cultural, las mujeres seguirán pasando inadvertidas. Muchas mujeres que forman pareja con otras mujeres seguirán creyendo que el riesgo de VIH no ha de ser una preocupación. Además, desestimar el riesgo que enfrentan las lesbianas y las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres -ya sea bajo, medio o alto- promueve la marginación y la invisibilidad, obstaculiza el acceso a cuidados de salud y genera un estigma asociado al VIH y SIDA en la comunidad lésbica y de MSM.*

## **6.2. Prácticas sexuales y riesgo para la transmisión de otras ITS.**

**Con relación a otras ITS, y según el informe sobre salud lésbica del Instituto de Medicina de los EE.UU. (1),**

*el riesgo de contraer ETS (enfermedades de transmisión sexual) depende de varios factores. Las mujeres están particularmente en riesgo en las relaciones heterosexuales vaginales y rectales, ya que con la inserción del pene y la eyaculación, la cantidad de bacterias o virus que se transmite es mucho mayor que en otros tipos de actividad sexual. Otro factor importante es el número de parejas sexuales. Cuantas más parejas tiene una y cuantos más contactos con cada pareja, mayor es el riesgo. Muchas de las ITS se transmiten más fácilmente de hombre a mujer que de mujer a hombre (OIM, 1997).*

Sin embargo, también se señala que “es necesaria una comprensión más completa de las conductas sexuales específicas de las lesbianas porque hay pocos datos sobre las actividades sexuales en los que las lesbianas realizan realmente”.

En ese sentido la **Guía Canadiense sobre Infecciones de Transmisión Sexual**, de 2006 y, actualizada en enero de 2008 (21), señala que

*ideas erróneas sobre el riesgo de infecciones de transmisión sexual y prácticas sexuales de las MSM pueden influir negativamente en la historia sexual y el examen realizado en este grupo de mujeres. Las recomendaciones para la detección de ITS en MSM deben basarse en una evaluación detallada del riesgo, no en la presuposición de comportamientos sexuales de bajo riesgo. Las MSM, incluyendo aquellas que no tienen historia de pareja sexual masculina, corren el riesgo de anomalías cervicales y deberían ser animadas a realizarse habitualmente el examen cervical para la displasia y/o la infección por VPH.*

Asimismo, y de acuerdo a la **Guía de Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual** (22) de los CDC, de 2010,

*las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM) son un grupo diverso, con variaciones en identidad sexual, conductas sexuales, prácticas sexuales y conductas de riesgo. Estudios recientes indican que algunas MSM, especialmente adolescentes, mujeres jóvenes y mujeres con parejas masculinas y femeninas, podrían estar en mayor riesgo de contraer ETS y el VIH como resultado de ciertas conductas de riesgo. Las MSM están en riesgo de adquirir infecciones bacterianas, virales y por protozoarios de parejas actuales y anteriores, tanto masculinas como femeninas. Las MSM no deberían presuponer que están en riesgo bajo o nulo de enfermedades de transmisión sexual basándose en su orientación sexual. Una evaluación efectiva exige que los proveedores de salud y sus clientes mujeres discutan amplia y abiertamente no sólo sobre la identidad sexual, sino sobre sus riesgos sexuales y de comportamiento.*

*Hay pocos datos disponibles sobre el riesgo de contraer ETS transmitidas por relaciones sexuales entre mujeres, pero el riesgo varía probablemente en función de la ETS específica y las prácticas sexuales (por ejemplo, sexo oral-genital, sexo vaginal o anal con las manos, dedos u objetos sexuales con penetración, y por vía oral-anal). Las prácticas que implican el contacto digital-vaginal o anal-digital, en especial con objetos para la penetración compartidos, representan un posible medio para la transmisión de secreciones cérvico-vaginales infectadas. Esta posibilidad está directamente apoyada por informes de tricomoniasis resistentes a metronidazol, el genotipo concordante del VIH transmitido sexualmente entre las mujeres que informaron de estos comportamientos, y por la alta prevalencia de VB (Vaginosis Bacteriana) entre MSM monógamas.*

*La transmisión del VPH puede ocurrir con el contacto de piel a piel o de piel con mucosa, que puede ocurrir durante las relaciones sexuales entre mujeres.*

*Los escasos datos disponibles demuestran que la transmisión del HSV-2 genital entre parejas sexuales femeninas es probablemente ineficaz, pero puede ocurrir. La práctica relativamente frecuente del sexo orogenital entre MSM puede ponerlas en mayor riesgo de infección genital por virus herpes simplex tipo 1 (HSV-1), una hipótesis apoyada por la asociación reconocida entre seropositividad al HSV-1 y el número de parejas femeninas entre las MSM.*

*Aunque la tasa de transmisión de C. trachomatis entre mujeres sigue siendo desconocida, la infección también se puede adquirir a partir de parejas masculinas pasadas o actuales. Los datos recientes sugieren que la infección por C. trachomatis entre las MSM podría ser más común de lo que se pensaba; también se ha informado de la transmisión de la sífilis entre parejas sexuales femeninas (probablemente a través de sexo oral). Por lo tanto, saber de las relaciones sexuales entre mujeres no debería disuadir a los proveedores de salud de examinar a estas mujeres sobre posibles enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la clamidia y la sífilis, como así se recomienda.*

*En general, la VB (Vaginosis Bacteriana) es común entre las mujeres y más aún entre las mujeres con parejas femeninas. Las conductas sexuales que faciliten la transferencia de fluidos vaginales y/o bacterias entre las parejas podrían estar involucradas en la patogénesis de la BV. Un estudio reciente demostró que las*



*parejas sexuales femeninas comparten con frecuencia idénticas cepas de Lactobacillus genital. Aunque la VB es común en las MSM, la detección rutinaria de la vaginosis bacteriana no se recomienda, ni el tratamiento de las parejas de las mujeres con VB. Fomentar la sensibilización sobre los signos y síntomas de la vaginosis bacteriana en mujeres y fomentar las prácticas sexuales saludables (por ejemplo, limpiar los juguetes sexuales entre usos compartidos) podría ser útil.*

Una de las descripciones más exhaustivas sobre la relación entre la actividad sexual y el riesgo de infección entre mujeres es la que realiza Ruth McNair (2). Según la autora

*las actividades sexuales entre mujeres pueden exponer a una pareja femenina a secreciones orales, vaginales, cervicales y anales y a sangre si no se usan barreras. Para entender cómo puede ocurrir la transmisión de una infección entre mujeres, se requiere comprender los diversos modos de contacto sexual. La gama de actividades sexuales habituales entre mujeres es amplia, incluyendo sin ser exclusivo el contacto genital. El término "coito" generalmente implica relaciones sexuales con penetración genital y generalmente es considerado por las MSM como relacionado con el sexo heterosexual, por lo que es mejor evitar este término al referirse a las relaciones sexuales entre mujeres. La actividad sexual lésbica nos da una idea sobre los rasgos de la sexualidad específicamente femenina, con un valor particularmente alto puesto en la intimidad y cercanía emocional, así como en las experiencias en todo el cuerpo, y pone de relieve la legitimidad del contacto sexual no-genital y un menor énfasis en el orgasmo como punto y final de la actividad sexual.*

Siguiendo a McNair realizaremos un repaso de la relación entre las prácticas sexuales y el riesgo para las ITS.

### **Contacto no genital y genital externo (incluido el tribadismo o frottage)**

*Más del 85% de las MSM utilizan diversas técnicas de estimulación corporal incluyendo dar masajes, besar, lamer y chupar. Estas actividades están integradas en la relación sexual más que considerarse juegos preliminares. La masturbación mutua es común, como lo es el tribadismo o frottage, que se define como el frotamiento genital mediante cualquier parte del cuerpo de otra mujer, a menudo las piernas, los muslos o el tronco. En conjunto estas actividades son de bajo riesgo, aunque sería factible para la transmisión del VHS (Virus Herpes Simplex) y de ácaros entre los genitales externos y otras las áreas del cuerpo.*

### **Actividades orogenitales (cunnilingus y anilingus)**

*El sexo orogenital es común (hasta el 98% de las MSM), mientras que el contacto oroanal (rimming o beso negro) es menos frecuente (hasta un tercio)... Se sabe que a través del sexo oral la transmisión del VHS (Virus Herpes Simplex) puede producirse desde la mucosa oral a la vulvar y viceversa. Menos cierta, pero posible, es la transmisión del VPH (Virus del Papiloma Humano) y de infecciones vaginales incluyendo cóndida y bacterias anaerobias desde secreciones vaginales infectadas a la boca, o desde allí a través de la boca hasta el ano. La transmisión de virus de transmisión sanguínea de sangre menstrual infectada a la mucosa oral no intacta es también posible. Se sabe que el contacto oroanal facilita la transmisión de la hepatitis A desde el ano a la boca... El contacto oroanal seguido por contacto*

*orovaginal puede transmitir bacterias anaerobias, VHS o VPH de un área a otra en la mujer que recibe la estimulación o a la boca de la mujer que lo proporciona.*

### **La estimulación manual y la penetración vaginal**

*La estimulación manual del clítoris, la vulva y la vagina es una actividad muy común entre las MSM. Una alta proporción de MSM participa en la penetración digital (con los dedos) de la vagina con uno a cuatro dedos. El fisting vaginal es menos frecuente y consiste en la inserción de toda la mano en la vagina. Esto normalmente requiere un alto nivel de excitación sexual y lubricación y puede causar un traumatismo vaginal si la excitación es insuficiente. El uso de juguetes sexuales vaginales incluyendo dildos (de látex o de objetos de goma a menudo con la forma de un pene) o vibradores es bastante común. El uso del consolador ha sido considerado como el debate más controvertido en cuanto al sexo lésbico en la comunidad de mujeres lesbianas. Se han descrito dos "bandos", uno de los cuales rechaza la penetración, sobre todo con consoladores, que se considera que representan el pene; mientras que el otro acepta el uso de juguetes sexuales como parte del repertorio sexual lésbico. Las preguntas respecto a la penetración vaginal, por tanto, deben ser formuladas con cuidado por los proveedores de cuidados de salud, a fin de no asumir que se trata, o no, de una práctica.*

*Los riesgos relacionados con la estimulación manual y la penetración vaginal se relacionan con la transmisión de fluidos vaginales y cervicales entre mujeres. Usar los dedos o compartir juguetes sexuales sin lavar o sin el uso de barreras podrían transmitir organismos vaginales como candidas, tricomonas y anaerobios, y organismos cervicales como el VPH, clamidia, micoplasma, el VHS y gonorrea. La penetración puede producir abrasión vaginal o cervical, y por lo tanto puede aumentar el riesgo de transmisión de una ITS, incluyendo virus de transmisión sanguínea. Un área completamente inexplorada es el de la eyacuación femenina. Se trata del logro de la eyacuación de la mujer a través del masaje digital del Punto Grafenberg (Punto G) en el área de la glándula para-uretral, aproximadamente a un tercio de distancia a lo largo de la vagina anterior. Alcanzado cierto nivel de estimulación, la glándula eyacula un líquido claro o lechoso en la uretra, a veces con cierta fuerza. Esto ocurre a menudo en un momento distinto al orgasmo, aunque los dos pueden ocurrir simultáneamente. Las mujeres pueden sorprenderse o asustarse la primera vez que ellas o sus parejas experimentan la eyacuación y pueden preguntar a su médico al respecto. Más importante aún, parece posible que la eyacuación femenina también podría transportar organismos transmisibles.*

### **La penetración anal**

*La inserción digital del ano es menos común que la vaginal y el fisting anal es raro. Algunas mujeres usan juguetes anales como "plugs" anales o dildos, pero la frecuencia de uso no se conoce. Existe un cierto estigma en las comunidades de MSM respecto a las prácticas anales... Los riesgos serían los mismos que se enumeran para la penetración vaginal.*

### ***Actividades sado-masoquistas (SM)***

*Las actividades sado-masoquistas, incluyendo el “piercing”, “cutting” (practicar pequeños cortes), azotes y “bondage” (inmovilización de la persona) son llevadas a cabo por una minoría de las MSM. La definición de SM parece ser similar a la utilizada en la comunidad heterosexual, es decir, se trata de rituales eróticos que implican el intercambio consensuado de poder. La comunidad de MSM que practican el SM ha sido reconocida por estar a la vanguardia de la promoción del sexo seguro, incluyendo tanto la seguridad emocional como física. Los riesgos de las actividades SM incluyen la transmisión de virus de transmisión sanguínea cuando se están realizando “blood sports” (o deportes sangrientos, que incluyen derramamiento de sangre), sobre todo si los instrumentos para el “cutting” o el “piercing” se comparten.*

## **7. PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL VIH.**

En la prevención de las ITS y el VIH encontramos diversos métodos para reducir los riesgos de infección en función de cada práctica sexual.

### **Contacto no genital y genital externo (incluido el tribadismo o frottage)**

Para reducir el riesgo de infección con algunas ITS podemos evitar entrar en contacto con lesiones activas que estén presentes o también no entrar en contacto directo entre zonas genitales. Otra medida es la realización de estas prácticas con ropa, ya que la utilización de barreras o papel film no es fiable por la posibilidad de que se muevan o descoloquen.

### **Actividades orogenitales (cunnilingus y anilingus)**

Las barreras de látex (“dental dam”) son el método barrera más utilizado y recomendado por diversas guías. Consiste en una fina barrera de látex que se coloca sobre la vulva o el ano. Para una mayor comodidad es recomendable acompañarlo de lubricante a base de agua (hidrosoluble) en la zona de contacto con la vulva o el ano para aumentar la sensibilidad ya que estas barreras, al contrario que los preservativos, no vienen con lubricación incorporada. Este método barrera puede encontrarse en condonerías o tiendas especializadas y su coste es muy superior al de otros métodos como los preservativos masculinos.

El papel film, el que se usa para envolver alimentos, también puede utilizarse para esta práctica y su manejo es similar al método anterior. Igualmente podrían utilizarse preservativos, o también unos guantes de látex cortándole previamente los dediles, cortados a lo largo; el mayor inconveniente es su tamaño, ya que el del preservativo es inferior al de las barreras de látex por lo que puede no cubrir la zona al completo.

En todos estos casos es importante recordar que estos métodos barrera son de un solo uso. Asimismo, otra opción a considerar es evitar el contacto orogenital con una mujer durante su menstruación, lo que reduciría el riesgo de contraer un virus de transmisión sanguínea.

### **La estimulación manual y la penetración vaginal y anal**

Para facilitar la penetración y reducir el riesgo de producir heridas o desgarros en las mucosas es recomendable usar lubricante, así como llevar las uñas bien cortadas y limadas.

Se puede realizar un sexo más seguro durante la estimulación y penetración vaginal y/o anal utilizando guantes de látex (podemos encontrar guantes de poliuretano en el caso de alergias al látex). Al igual que las barreras de látex no vienen lubricados por lo que se puede acompañar con éste. Destacar que son de un solo uso por lo que también es recomendable cambiarlos si pasamos de la penetración vaginal a la anal o viceversa.

Compartir juguetes sexuales (dildos, vibradores,...) entraña ciertos riesgos por lo que colocarles un preservativo los reduciría. Es importante cambiar de preservativo en cada penetración, también si pasamos de penetración vaginal a anal o viceversa. Se consigue mantener una buena higiene de estos productos lavándolos con un detergente neutro antes y después de su uso.

La introducción de objetos no diseñados como juguetes sexuales puede dañar y romper el preservativo o causar otros problemas de salud.

### **Actividades sado-masoquistas (SM)**

Para evitar contraer virus de transmisión sanguínea es recomendable evitar el contacto no protegido con sangre, no compartir instrumentos punzantes o cortantes, y mantener una adecuada comunicación durante la práctica, pudiéndola detener con las palabras o señales acordadas previamente.

## 8. CONCLUSIONES, REIVINDICACIONES Y RECOMENDACIONES.

### 8.1. Conclusiones

De acuerdo al estudio realizado podemos llegar a las siguientes **conclusiones**:

1. Existe un amplio desconocimiento en la sociedad, los medios de comunicación, la administración sanitaria, la profesión médica y la misma comunidad LGTB sobre las necesidades, problemáticas y desigualdades de salud sexual de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM).

2. Las relaciones sexuales y sentimentales de las MSM, y por tanto el impacto en ellas de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son invisibles e invisibilizadas en las políticas, consultas y textos sanitarios debido a diversos factores, entre los que cabe destacar:

- el heterocentrismo, institucional y personal, existen en las administraciones sanitarias, la profesión médica y los textos académicos, así como presunciones prejuiciosas y erróneas sobre las relaciones afectivas y la conducta y prácticas sexuales de las MSM.
- la ignorancia entre la profesión médica de datos, información y conocimientos, recientes y actualizados, sobre el impacto de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las MSM y la carencia de formación específica sobre el perfil, y los factores de riesgo y de vulnerabilidad de las MSM ante las ITS.
- la falta de voluntad política, sanitaria y académica a la hora de investigar y estudiar, desde una perspectiva de salud pública, la salud sexual de las MSM, así como el uso de categorías analíticas en el ámbito de la epidemiología que suelen excluir las relaciones sexuales entre mujeres o las subsumen en una jerarquía de comportamientos considerados como de mayor riesgo.
- la ausencia de campañas sistemáticas de información y sensibilización en materia de salud sexual dirigidas a las MSM así como la ignorancia o la visión sesgada e incluso errónea de las propias MSM sobre sus riesgos y vulnerabilidad ante las ITS.
- la desconfianza ante la profesión médica que les impide hablar abiertamente de sus preocupaciones en materia de salud sexual.

3. La prevalencia global de ITS entre MSM es similar a la prevalencia en mujeres que se declaran heterosexuales, entre un 10% y un 20%.

4. Según algunos estudios, se ha encontrado una prevalencia mayor de algunas ITS entre las MSM que entre las mujeres heterosexuales; algunas ITS parecen transmitirse sexualmente también entre mujeres que no han mantenido relaciones sexuales con varones.

5. Los factores de riesgo más importantes para las MSM para contraer una ITS son:

- El tipo de prácticas sexuales que se mantienen.
- El número de parejas sexuales, tanto hombres como mujeres.
- Menores niveles de comportamientos sexuales protegidos que las mujeres heterosexuales en sus relaciones con hombres.

- Ausencia o escaso nivel de comportamientos sexuales protegidos, especialmente con métodos barrera, en sus relaciones con mujeres o adopción de estrategias ineficaces más basadas en la identidad u orientación sexual de la otra persona que en las prácticas que se mantienen
- La identidad lésbica o bisexual, frente a la heterosexual, de las MSM, que se asocia a un mayor número de parejas sexuales de cualquier sexo.
- El uso de drogas intravenosas, que además suele estar asociado a otros factores de riesgo, como son tener sexo desprotegido con hombres (sobre todo hombres que tienen sexo con otros hombres), compartir el equipo de inyección y haberse dedicado al trabajo sexual.
- Problemas de salud mental de las MSM, derivados entre otras cosas de experiencias de discriminación y marginación social, de abuso sexual, y de falta de apoyo social y rechazo familiar, que son un factor de riesgo para los comportamientos sexuales de riesgo y el abuso de sustancias.

6. No es cierto que las mujeres lesbianas sean inmunes al VIH, que tenga un “riesgo cero”; su riesgo como el de las mujeres bisexuales y otras MSM, y al igual que el resto de personas, varía en función de lo que hacen, esto es, de su comportamiento, sin excluir además el hecho de que existen factores que pueden incrementar su vulnerabilidad.

La transmisión del VIH en MSM se produce principalmente a través de comportamientos no homosexuales, habiéndose identificado diversos factores de riesgo conductual, como son:

- el uso de drogas inyectables, compartir agujas y material para la inyección
- las relaciones sexuales vaginales sin protección con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o con hombres que se inyectan drogas.

La transmisión sexual del VIH parece inusual entre mujeres, aunque existe un riesgo potencial de transmisión a través de la sangre menstrual y los fluidos vaginales, habiéndose documentado casos de transmisión del VIH a través del contacto sexual entre mujeres.

No se ha estudiado adecuadamente la gama de prácticas sexuales de las MSM, siendo que existen actividades sexuales de riesgo para contraer o transmitir el VIH, como son el sexo oral, compartir juguetes sexuales y el fisting.

Por todo ello, es recomendable que las mujeres lesbianas, bisexuales y otras MSM sepan:

- su propio estado serológico con relación al VIH y el de su pareja.
- los riesgos de exposición al VIH al mantener relaciones sexuales con mujeres
- los riesgos de exposición al VIH al mantener relaciones sexuales con hombres
- los riesgos de exposición al VIH al compartir material de inyección
- los beneficios del uso de condones y otros métodos barrera.

## **8.2. Reivindicaciones y recomendaciones**

En base al estudio realizado realizamos las siguientes **reivindicaciones y recomendaciones**:

**Con relación a la sociedad, los medios de comunicación y el personal investigador**

- Denunciamos el desconocimiento existente y la represión que aún se ejerce sobre la

sexualidad de las mujeres y en especial de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM), las cuales además de sufrir inequidad, discriminación y marginación por motivos de género también padecen las padecen por motivos de orientación sexual, sumando una doble discriminación. Por ello invitamos a un conocimiento real de la sexualidad y la salud sexual de las mujeres en general y de las MSM en particular.

- Reclamamos a los medios de comunicación un mayor rigor informativo en la información y noticias que publican en materia de salud, muchas veces elaboradas desde perspectivas androcéntricas y heteronormativas que invisibilizan las necesidades específicas de las MSM. Por ello, pedimos que se tengan en cuenta la realidad y necesidades de las MSM, puesto que lo que no se ve no se nombra y lo que no se nombra no existe.

- Solicitamos asimismo una mayor implicación de las universidades y centros de investigación con relación al estudio de la salud sexual de las MSM. Es necesaria la realización de estudios específicos, que contemplen todas y cada una de las ITS y el VIH, así como las consecuencias derivadas de estas infecciones.

- Pedimos al personal investigador que en la selección y representatividad de las poblaciones de estudio tengan en cuenta a la diversidad afectivo-sexual en nuestra sociedad, incluyendo a las MSM, evitando juicios morales y huyendo de estereotipos sociales y culturales que provocan sesgos en los análisis posteriores de los resultados obtenidos.

#### **Con relación a los partidos políticos y a las administraciones y el personal sanitario**

- Exigimos un mayor compromiso y responsabilidad en la promoción y protección de la salud sexual de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM), y en especial con la prevención de las ITS y el fomento del sexo más seguro, y que la atención de la salud sexual se separe de la de la salud reproductiva.

- Solicitamos una formación específica y adecuada del personal sanitario, especialmente de las y los médicos de atención primaria, ginecólogos/as e investigadores/as, en materia de salud sexual de las MSM.

- Asimismo, se deben elaborar e implementar protocolos sanitarios, especialmente ginecológicos, sobre la salud sexual de las MSM y las ITS. Estos protocolos deben de contemplar todas las especificidades de la realidad de las MSM.

- Investigación, seguimiento epidemiológico y divulgación del impacto de la infección por VIH y otras ITS en las MSM, como ya realizan otros países, como EE.UU. o Canadá.

- Elaboración y distribución de información y documentación sobre la infección por VIH y otras ITS y su impacto entre las MSM, como ya existen para otros colectivos específicos como el de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

- Promover y facilitar el acceso universal y a menor precio a materiales preventivos para el VIH y otras ITS, como preservativos, lubricantes y cuadrantes de látex; reduciendo por parte del Gobierno el IVA que soportan y aplicándoles un IVA superreducido, y reduciendo por parte de las empresas fabricantes sus costes de producción y comercialización.



### **Con relación a la FELGTB, sus áreas y asociaciones miembro**

- Pedimos una mayor incorporación de las reivindicaciones del movimiento feminista. La inclusión de la perspectiva de género en todos los espacios de trabajo (áreas, reuniones, consejos, congresos...) y la creación y potenciación de espacios de encuentro y trabajo para mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM), entre otros factores, resultan vitales para conseguir su empoderamiento y mejorar su educación y salud sexual.
- Solicitamos que se tengan en cuenta la realidad de las MSM en todas las campañas, acciones, reivindicaciones, manifiestos... que se realicen, huyendo del androcentrismo y la cishomonormatividad (<http://es.wikipedia.org/wiki/Cishomonormatividad>) que a veces impera en nuestros discursos. Además, pedimos una mayor cooperación y colaboración asociativa, clave para poder analizar y actuar de forma eficaz, eficiente y efectiva respecto a la gran diversidad de MSM existentes.
- Es importante reflexionar sobre los micromachismos existentes dentro y fuera de las asociaciones LGTB, sus repercusiones y las posibles estrategias que se pueden generar para establecer estructuras más igualitarias.
- Es necesario mejorar la formación de las y los responsables políticos, técnicas/os de salud y voluntarias/os de las asociaciones LGTB en materia de salud sexual de las MSM, prevención del VIH y otras ITS y el sexo más seguro.
- Es recomendable incluir en las páginas web, plataformas e instrumentos digitales de las asociaciones LGTB, una sección sobre salud sexual de las MSM, que permita el acceso a información, guías y materiales diversos sobre la cuestión, así como que sus proyectos y actuaciones en materia de salud contemplen la atención a la salud sexual de las MSM.
- Es imprescindible informar adecuadamente y sensibilizar a las MSM sobre sus factores de riesgo y de vulnerabilidad con relación a las ITS y el VIH, fomentando el sexo más seguro, la adopción de estrategias preventivas realistas, pertinentes y eficaces así como el uso de métodos barrera en aquellos casos en que sea recomendable o necesario.

### **Con relación a las mujeres lesbianas, bisexuales y otras MSM**

- Animamos a las mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (MSM) a disfrutar plenamente de su sexualidad, a que hablen libremente sobre sus prácticas sexuales, a que se informen sobre sus factores de riesgo y de vulnerabilidad.
- A que se informen sobre los riesgos reales y potenciales con relación al VIH y otras ITS, en sus relaciones sexuales con mujeres y hombres y si consumen drogas inyectables, aprendiendo a protegerse adecuadamente.
- Asimismo, les animamos a que tomen la palabra y alcen la voz en los espacios públicos y privados, a que ocupen puestos de responsabilidad, a que se hagan cómplices del movimiento asociativo LGBT y del movimiento feminista, a que se conviertan en protagonistas de su propia vida e historia, a que se visibilicen... en definitiva, las animamos a empoderarse.

## 9. RECURSOS.

### **ACON. Women's Health**

<http://www.acon.org.au/womens-health>

### **American Cancer Society**

Cancer Facts for Lesbians and Bisexual Women

<http://www.cancer.org/Healthy/FindCancerEarly/WomensHealth/cancer-facts-for-lesbians-and-bisexual-women>

### **AVERT. AVERTing HIV and Aids**

Lesbians, Bisexual Women and Safe Sex

<http://www.avert.org/lesbians-safe-sex.htm>

### **CDC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades**

Homosexuales, bisexuales, lesbianas y transexuales

<http://www.cdc.gov/spanish/etapas/homosexuales.html>

### **Canadian Rainbow Health Coalition**

<http://www.rainbowhealth.ca/english/index.html>

### **Gay and Lesbian Medical Association**

Ten Things Lesbians Should discuss with Their Healthcare Provider

<http://www.glma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageID=691>

### **GMHC. Women's Institute**

<http://www.gmhc.org/protect/womens-institute>

### **Health & Health Care for Lesbian, Bisexual and same sex attracted women**

<http://www.dialog.unimelb.edu.au/index.html>

### **Lesbian Health & Research Center**

<http://www.lesbianhealthinfo.org/index.html>

### **LesbianSTD.com!**

<http://depts.washington.edu/wswstd/index.html>

### **National Gay and Lesbian Health Association (USA)**

<http://lgbthealth.webolutionary.com/home>

### **National Women's Health Information Center (NWHIC)**

Lesbian and bisexual health fact sheet

<http://www.womenshealth.gov/FAQ/lesbian-health.cfm>

### **Mautner Project. The National Lesbian Health Organization**

<http://www.mautnerproject.org/>

### **The Body. The Complete HIV/AIDS Resource**

Lesbians & HIV/AIDS

<http://www.thebody.com/index/whatis/lesbians.html>

### **HIV Prevention Issues for Lesbians**

[http://www.thebody.com/index/whatis/lesbians\\_prev.html](http://www.thebody.com/index/whatis/lesbians_prev.html)

### **Women on Women's Health**

<http://www.wowhealth.org.au/>

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Institute of Medicine (US). Committee on Lesbian Health Research Priorities. Lesbian Health: Current Assessment and Directions for the Future. Andrea L Solarz. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45100/>
2. McNair, R. Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women. *Sexual Health*, 2005, 209-217.  
Disponible en: [http://www.publish.csiro.au/?act=view\\_file&file\\_id=SH04046.pdf](http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=SH04046.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000  
Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud\\_sexual.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Sexual para el Milenio. Washington, D.C. 2009.  
Disponible en:  
<http://www.worldsexualhealth.org/sites/default/files/Salud%20Sexual%20para%20el%20Milenio.pdf>
5. Ley Orgánica 2/2010, del 3 Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo  
Disponible en: <http://www.msps.es/novedades/saludSexualIVE/home.htm>
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.  
Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
7. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect* 2004; **80**(1): 58-62.
8. Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschnebach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterisation of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *J Infect Dis* 2002; **185**(9): 1307-13
9. Bauer GR, Welles SL. Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *Am J Public Health* 2001; **91**(8): 1282-6.
10. Looker K. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. WHO bulletin, available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-046128/en/>
11. Marrazzo JM, Stine K, Wald A. Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type 1 and 2 among lesbians. *Sex Trans Infect* 2003; **30**(12): 890-5.
12. CDC. HIV/AIDS and U.S. Women Who Have Sex With Women (WSW). Agosto 1999.  
Disponible en:  
<http://www.hawaii.edu/hivandaids/HIVAIDS%20and%20US%20Women%20Who%20Have%20Sex%20With%20Women.pdf>

13. CDC. HIV/AIDS among Women Who Have Sex with Women. Last Modified and Reviewed: October 17, 2006.

Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/wsw.htm>

14. O'Hanlan KA, Crum CP. Human papillomavirus associated cervical intraepithelial neoplasia following lesbian sex. *Obstet Gynecol* 1996; **88** 702-3.

15. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health* 2001; **91** 947-52.

16. Rankow EJ, Tessaro I. Cervical cancer risk and pap screening in a sample of lesbian and bisexual women. *J Fam Pract* 1998; **46** 139-43.

17. Brown A, Hassard J, Fernbach M, Szabo E, Wakefield M. Lesbians experiences of cervical screening. *Health Prom J of Australia* 2003; **14**(2): 128-32.

18. Morrow KM, Allsworth JE. Sexual risk in lesbians and bisexual women. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2000; **4**(4): 159-65.

19. DeCarlo, P. and Gómez, C. What Are Women Who Have Sex With Women's HIV Prevention Needs? Fact Sheet #24E. Center for AIDS. Prevention Studies (CAPS), University of California, San Francisco. January 1997.

Disponible en <http://caps.ucsf.edu/factsheets/women-who-have-sex-with-women-lesbians-2/> y en pdf en: <http://caps.ucsf.edu/uploads/pubs/FS/pdf/WSWFS.pdf>

20. Deol, AK and Heath-Toby, A. HIV Risk for Lesbians, Bisexuals & Other Women Who Have Sex With Women. *Gay Men's Health Crisis*. June 2009

Disponible en: [http://www.gmhc.org/files/editor/file/GMHC\\_lap\\_whitepaper\\_0609.pdf](http://www.gmhc.org/files/editor/file/GMHC_lap_whitepaper_0609.pdf)

21. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006 Edition. Updated January 2008. Public Health Agency of Canada.

Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-eng.php>

22. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* 2010;59 (No. RR-12):13-14.

Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf>

An erratum has been published for this article. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6001a8.htm>