

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>

El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública

*Suicide risk and meanings of sexual minorities: a new challenge for public health*Anderson Rocha-Buelvas¹

Recibido: 29/04/2014 Aceptado: 20/05/2014

¹ Grupo de Investigación de Violencia y Salud, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Anderson Rocha-Buelvas. Calle 44 No. 45-67. Unidad Camilo Torres, Modulo 2. Bloque C. Oficina 501. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: +57 4 316 5000, ext:10908. Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com.

[| Resumen |](#)

El objeto de este artículo fue presentar los avances y rezagos normativos, sociales, epidemiológicos y políticos de las conductas suicidas en minorías sexuales como problema de salud pública desde una perspectiva analítica, interpretativa y crítica. Dado que el conocimiento teórico de este tema es considerablemente reducido, es de suprema importancia que desde el discurso de la salud pública se incluyan en la agenda pública las políticas y servicios de salud óptimos para la población LGBT con las particularidades y complejidades de su proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Suicidio; Violencia; Estigma social; Sexismo; Homofobia (DeCS).

Rocha-Buelvas A. El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):537-544. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>

Summary

The purpose of this article was to present regulatory, social, epidemiological and political advances and delays of suicidal behaviors in sexual minority as a public health problem from an analytical, interpretative and critical perspective. Given that the theoretical knowledge of the subject is substantially reduced, it is of paramount importance that, from the public health discourse, optimal policies and health care services for LGBT population—with the particularities and complexities of the health-disease process—are included in the public agenda.

Keywords: Suicide, Violence, Social stigma, Sexism, Homophobia (MeSH).

Rocha-Buelvas A. [Suicide risk and meanings of sexual minorities: a new challenge for public health]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):537-544. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>.

Introducción

Los términos lesbiana, gay, bisexual, transgénero y/o transexual (LGBT) son a menudo utilizados como una mínima consideración de las complejidades de la sexualidad y el género en nuestros tiempos. Por consiguiente, estos términos complejos referentes a una minoría poblacional deben ser comprendidos por la estrecha relación existente entre la orientación sexual, la identidad de género (si se identifica con ser hombre o mujer) y la conformidad con el género, como lo ratifica en Colombia la Sentencia C-098 de 1996 (1,2). Siendo así, el género corresponde a una construcción cuyos contextos sociales, cultural, histórico y político consideran masculino o femenino a un individuo porque anatómicamente es hombre o mujer, de modo que aquellos sujetos inconformes con el género son calificados como *travestis*. Pero, si la inconformidad se refiere a las características sexuales primarias y secundarias del sexo, transformándolo física y políticamente, a estos sujetos se les califica como transexuales (3).

Cabe destacar, entonces, que la identidad sexual es un constructo multidimensional que incluye la identidad de sexo, la identidad de género, la identidad sociosexual y la identidad erótica. Esto contradice el patrón normativo hegemónico

donde debe existir una congruencia entre el sexo biológico, la identidad, la función de género y la identidad erótica (3). Según un estudio de Pruitt (4), el 10% de la población se considera no heterosexual y no está de acuerdo con la identidad sexual.

Es importante mencionar que Colombia es uno de los primeros países latinoamericanos en tener una audiencia sobre los derechos de la población LGBT ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH); esto gracias a la Corte Constitucional, que ha considerado que estos derechos son objeto de una protección especial. Cabe resaltar que la jurisprudencia ha prohibido la discriminación de la población LGBT en las Fuerzas Armadas y en las escuelas. La jurisprudencia inició en la década del noventa con sentencias proferidas contra la Comisión Nacional de Televisión por censurar expresiones LGBT, luego realizó aclaraciones técnicas por causa de negaciones en contra de la adopción de huérfanos en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) por parte de homosexuales, y acuñó un discurso por el derecho de los individuos a no ser discriminados por su escogencia de pareja (1). Es así como, con respecto a esta audiencia, la CIDH ha reconocido los avances significativos de la Corte, pero también, la contradicción entre las normas y la práctica. Según Lemaitre en la página 85 de este texto:

“...la diferencia entre los derechos y el goce efectivo no es la única paradoja; la otra es el contraste entre la violencia contada y lo pedestres que aparecen tanto en los derechos conquistados (a beneficiarse de un seguro; a no ser despedido de un trabajo) como en los dolores que no logran ser protegidos por derechos (discriminación precontractual; el recurso a operaciones peligrosas en los travestis) frente a los crímenes de odio” (5, p.85).

Se ha evidenciado que el estigma social, el sexismo y la homofobia han detonado violencias de género, violencias sexuales y violencias autoinfligidas, que han transgredido los derechos humanos de esta población, ya que estas personas han visto afectadas su vida, salud física, salud mental, salud social, su integridad, su libertad e igualdad, entre otros aspectos. Por lo tanto, estas violaciones se convierten en una problemática de salud pública, pues históricamente no sólo han involucrado a minorías sexuales sino también a mujeres, niñas, niños, y adolescentes (6).

Hay que destacar que actualmente es inconcebible la invisibilización de las violencias infligidas y autoinfligidas en minorías sexuales en la agenda pública. Esto si se tiene en cuenta que actualmente se priorizan las violencias como eventos de interés en salud pública en el marco de las competencias para el funcionamiento del sector salud, establecidas en las leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, en los

decretos 4107 de 2011, 3039 de 2007 y 2968 de 2010, y en la Resolución 1841 de 2013. En caso de concebirse una política pública, se podría dar un paso importante para comenzar a ahondar en la compleja problemática de las conductas suicidas en la población LGBT (7,8).

Estigma social, sexismo y homofobia

Es claro que el prejuicio sexual es una gran amenaza para el bienestar físico y mental de lesbianas, gays, bisexuales y travestis y/o transexuales. En un estudio de Bartoş *et al.* (9), se examinó la efectividad de las intervenciones diseñadas para reducir dicho prejuicio en evidencia publicada. Los resultados demostraron que la manipulación de las normas sociales es una herramienta eficaz para reducir el comportamiento antigay, siendo las estrategias que requieren mayor investigación las relacionadas con el uso de los medios de entretenimiento para promover la tolerancia.

El miedo irracional no es el rasgo característico de las actitudes antihomosexuales; esto difiere de la *homofobia* u *homoprejuicio*, que tienen que ver con cuatro temas de la homosexualidad con implicaciones sociales, médicas y legales. El primer tema se refiere a la permanente persecución y represión de la homosexualidad; el segundo a la medicalización de la homosexualidad (especialmente en el hombre); el tercero a la aparición gradual de campañas de los mismos homosexuales para proteger sus derechos humanos, así como de algunos profesionales de la salud para despatologizar la homosexualidad; y el último, tiene que ver con el estado legal de la homosexualidad y las relaciones homosexuales. Hay que destacar que, durante más de 20 años, ha habido cambios significativos en la experiencia de homosexuales en lugares como el Reino Unido. Entre estos cambios, son relevantes los políticolegales, los socioculturales y los médicosanitarios, que juegan un papel en la forma en que la homofobia ha sido abordada en la sociedad. Sin embargo, las actitudes antihomosexuales permanecen (10).

Un estudio de Herek *et al.* (11) demostró que el autoestigma en las minorías sexuales es una actitud cuyo desarrollo es paralelo al del prejuicio sexual en los heterosexuales. Esto no es difícil de comprender cuando se reconoce que la homosexualidad ha sido entendida como una enfermedad o un desorden mental. La psicología y la psiquiatría, se supone, ayudan a gays, lesbianas y bisexuales a convertirse en heterosexuales (12). Estas se han convertido en ciencias basadas en el estigma y en el prejuicio sexual generados históricamente con respecto a la población LGBT por la discriminación, la violencia y el acoso; es decir, una medicina que no ha entendido aún los fenómenos sociológicos y psicológicos de las minorías sexuales (13).

Violencia contra minorías sexuales

La violencia en contra de las minorías sexuales ha impedido un ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. Esto, indudablemente, afecta la autoestima, favorece la desesperanza e, indefectiblemente, les conduce al riesgo de experimentar ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio o riesgo suicida (14).

Es necesario aclarar que la ley no niega la violación de los derechos de la población LGBT por medio de la violencia de género y la violencia sexual; pero si niega sus efectos interpretativos, que son los que construyen los significados sociales actuales de la violencia contra la población LGBT. En Colombia, esta violencia es evidente en los casos escabrosos de homosexuales víctimas de la limpieza social, que han sido publicados en algunos diarios y en los resultados de investigaciones.

Sobre la encuesta hecha por el Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM), Profamilia y la Universidad Nacional en 2008 a los marchantes del orgullo gay, Lemaitre:

“...el 77% ha sufrido alguna forma de discriminación y el 67.7% alguna forma de agresión. Ambas están imbricadas en todos los espacios del día a día: el (49.3%) de los que reportan ser discriminados lo fueron en las escuelas y universidades, por profesores y compañeros; el (43.8%) en la calle, por policías; el (42.8%) en sus casas, por vecinos y el 34.1% por sus familias. Y si bien la agresión más común es la verbal (87.9%) seguida por las amenazas (36.2%), no deja de sorprender lo frecuente de la agresión física: del 67.7% que ha sufrido alguna forma de agresión, en el 31.6% de los casos fue física” (5, p86).

Esta violencia que dispara suicidios empieza en la intimidación, es decir, en el seno de sus familias, donde son criados en medio del rechazo, insultos y golpes. A esto se suma el abuso en las cárceles, si es el caso, en que en su vida adulta son sancionados penalmente y la violencia engendrada por el control social permanente en lugares donde cohabitan con milicias ilegales y con la comisión de crímenes violentos, extorsión y abuso policial (5). Esta violencia hacia la identidad sexual de la población LGBT genera elevados niveles de estrés y angustia en sus miembros, lo cual contribuye a la aparición de otra violencia, la autoinfligida (15).

Es imposible dejar de pensar que las minorías sexuales no son más proclives a las conductas suicidas cuando la violencia rampante al interior de la sociedad exige el castigo

público y privado para los homosexuales. Por consiguiente, hay que reconocer que esta violencia no es una violencia fruto de la discriminación sino de la exclusión, ya que el castigo de la cotidianidad pública y privada se transforma en una clara forma de expulsión de esta población del cuerpo social y erradica la diferencia de una sociedad que lucha por ser democrática (5).

Una consecuencia de esta violencia en contra de la población LGBT —a través de la discriminación y la exclusión incluso en sectores como el de la salud— es el aumento notable del riesgo suicida, especialmente en la población joven, teniendo el mayor riesgo los transexuales. Por tales motivaciones, las recomendaciones para reducir el riesgo están dirigidas a erradicar el estigma y el prejuicio en el nivel institucional e individual.

Hay que mencionar que la población joven LGB (lesbiana, gay y bisexual), según varios estudios, tiene entre 1.5 y 3 veces más ideación suicida que otros jóvenes no-LGB (o heterosexuales) (15). Si bien estos estudios no incluyen jóvenes transgéneros y/o transexuales y la información está limitada porque la orientación sexual no es un dato de mortalidad, si es plausible inferir que el riesgo suicida se ha elevado, puesto que son menos los factores protectores y son altas las tasas de suicidio. Por consiguiente, es importante incrementar la capacidad de los proveedores de atención primaria en salud para prevenir las conductas suicidas; esto incluye los recursos disponibles para el incremento de las precauciones y la educación del público en general (15).

Por ejemplo, un importante estudio transversal realizado en Dinamarca por un periodo de 12 años demostró que el riesgo suicida estaba fuertemente asociado a indicadores como la orientación sexual, siendo solo significativa entre hombres; pues la tasa de suicidio ajustada por edad en hombres homosexuales fue 8 veces mayor que la de hombres heterosexuales con historia de matrimonio y dos veces mayor que la de hombres heterosexuales que nunca se casaron (16).

En varios estudios, es evidente que los jóvenes LGBT, a diferencia de los jóvenes heterosexuales, poseen más factores de riesgo: abuso de sustancias y depresión; así como menos factores protectores: apoyo familiar y seguridad escolar. Por lo tanto, el impacto del estigma y la discriminación contra los individuos LGBT están directamente relacionados con los factores de riesgo, que a su vez interactúan con la variabilidad de la edad, el sexo y la raza. Por ejemplo, la discriminación tiene una fuerte asociación con los padecimientos mentales, el aislamiento por parte del heterosexismo, el rechazo familiar y la falta de acceso a salud y educación (17,18).

Para entender el fenómeno de las conductas suicidas, hay que considerar las diferencias existentes entre la conducta suicida de hombres y la de mujeres, las cuales, desde luego, tienen una fuerte interacción con aspectos de salud mental y factores culturales como la masculinidad tradicional y la vida familiar de estos individuos. Por lo anterior, la salud pública debe abordar de otra manera los factores protectores y de riesgo de estos individuos; es decir, de una forma diferente a como suelen recomendar la literatura científica, las guías y los protocolos, que en muchos casos parecieran no estar dirigidos a la realidad actual de las personas heterosexuales. Por ejemplo, social y políticamente se niegan factores protectores a los homosexuales tales como: I. Matrimonio con hijos; II. Acceso a tratamientos con antidepresivos, que no cumplen su objetivo dada la constante y creciente discriminación y exclusión de los LGBT en los servicios de salud, pues el talento humano en salud no está educado ni preparado para comprender y aceptar los significados de estas minorías sexuales; III. Ejercicio y dieta apropiada, que están íntimamente relacionados con el nivel socioeconómico y la inserción laboral, y que son de bajo nivel en muchas de estas personas, especialmente en los transgéneros y/o transexuales; y IV. Flexibilidad cognitiva o habilidad para adaptarse a procesos cognitivos, para tolerar y manejar situaciones inesperadas, cualidades difíciles de desarrollar cuando la desesperanza, la angustia y el estrés son los sentimientos producidos por la violación sistemática de los derechos de la población LGBT (15,19).

No obstante, hay que destacar que la incidencia de suicidio en hombres y su interacción con factores de riesgo psicológicos son similares en algunos aspectos. A pesar de que las mujeres heterosexuales y LGBT sufren dos veces más de depresión que los hombres heterosexuales y LGBT, los hombres consumen con más frecuencia el suicidio. Lo anterior se atribuye a que los hombres tienden más a evadir esos sentimientos depresivos con el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y conductas como rehusarse a buscar ayuda profesional. Es decir, normalmente, los hombres tienden más a autocontrolar una situación difícil; por ello, invisibilizan los síntomas físicos. En efecto, la experiencia de la depresión es diferente para los hombres; por ejemplo, los hombres no siempre manifiestan los síntomas de depresión mediante la tristeza, sino más bien a través de irritabilidad, conducta antisocial, mucho estrés, dolores en el cuerpo y dificultades cognitivas. Si bien este autocontrol dificulta diagnosticar la depresión a nivel médico o detectarlo a nivel familiar o social, estos síntomas cambian y se distorsionan cuando el individuo, especialmente los transexuales, sufren modificaciones corporales por causa del consumo de hormonas y otras sustancias (15,17).

Por lo tanto, sobre el suicidio de la población LGBT cabe ratificar que los reportes médicos y forenses rara vez incluyen

información sobre la identidad sexual de estos pacientes. Hay estudios sobre el suicidio que, mediante encuestas, han podido revelar que una de las limitaciones para definir este dato es su elusión por causa de la estigmatización de la homosexualidad, pese al anonimato y la confidencialidad que ofrecen habitualmente los investigadores. Según otros estudios forenses, durante la realización de la autopsia, si el suicida es parte de la población LGBT adulta, los familiares tienden a reconocer más fácilmente su identidad sexual; pero si es de la población adolescente, los familiares no están siempre seguros de su identidad sexual, por eso se prefiere no preguntar exactamente sobre la categoría sexual (20,21).

La conducta suicida en minorías sexuales

De acuerdo con el Estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) del año 2010 (22), el cual estimó la carga atribuible a los trastornos mentales y al abuso de sustancias, el suicidio se caracterizó como una de las muertes causadas por envenenamiento intencional o por lesión autoinfligida (23). El suicidio representó la decimotercera causa de años potencialmente perdidos en todo el mundo (24,25); es decir, un millón de personas mueren por suicidio al año, el 50% de estas muertes ocurre en personas entre 15 y 44 años (26-27), más del 80% suceden en países con ingresos bajos y medios, y cerca del 50% ocurren en India y China (27,28). Las causas más comunes en países de ingresos altos son el arma de fuego y el envenenamiento, mientras en países de ingresos bajos y medios como Colombia, las causas son la intoxicación con pesticidas, el ahorcamiento y la autoinmolación (29).

Hay diferencias en la epidemiología global del suicidio con respecto a la cuantificación de la carga atribuible por trastornos mentales y adicciones (26-32). Algunos autores (26) consideran que incluir el suicidio como parte de las estimaciones de los trastornos mentales y el consumo de sustancias en estudios anteriores de carga global de enfermedad llevó a una subestimación de la magnitud de la carga (33,34). Li *et al.* (31) encontraron que el riesgo de suicidio fue de 7.5 (IC 6.2-9.0) veces mayor en los hombres y 11.7 (IC 9.7-14.1) veces mayor en las mujeres con algún trastorno mental o que consumen sustancias, siendo la depresión y el trastorno bipolar los que concentran el mayor riesgo. Asimismo, otros factores de riesgo asociados al suicidio son los efectos adversos conyugales, laborales y socioeconómicos (31,34). Contrariamente, otros autores afirman que estas causas no se asocian con el riesgo de suicidio (35).

Si bien estas importantes estimaciones de mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región del suicidio dan luz sobre la etiología del mismo, existen diversas causas sociales,

poco exploradas en salud pública, que están relacionadas con la ideación y el intento suicida en personas LGBT. Por ejemplo, algunos estudios han identificado que la familia es uno de los principales espacios de homonegatividad. De igual manera, en el contexto latinoamericano, esta homonegatividad es percibida en instituciones educativas donde se omite el tema de la diversidad sexual, mientras, al mismo tiempo, la religión se opone con posturas morales y políticas en contra del matrimonio entre homosexuales y la adopción por parejas del mismo sexo. A este fenómeno se le ha denominado *homofobia institucionalizada*. De manera que es la etiología social la que ha demostrado que las opciones diferentes a las hegemónicas en materia de orientación sexual, identidad de género y conformidad con el género no son pecado, ni delito, ni mucho menos enfermedad (36).

A pesar de los resultados del GBD 2010, se desconoce el elemento biológico implicado en el suicidio y las enfermedades mentales que lo precipitan, que son a las que normalmente se atribuye la tendencia a mayores tasas de suicidio. De esta manera, se desconoce que la población LGBT percibe la presión social y la interioriza, y se subvalora su condición sexual respecto con la heterosexualidad normativa. Lo anterior desmitifica que las minorías sexuales son más patológicas que los heterosexuales, pues la orientación sexual *per se* no es factor de riesgo de suicidio, es el contexto social el que ha impuesto barreras que obstaculizan el libre desarrollo de la personalidad y el ascenso social de esta subcultura (36).

El estigma social ha generado que los sitios de encuentro y de homosocialización, como bares y zonas de esparcimiento, se conviertan en especie de guetos, donde hay diferencias incluso entre los sitios de gays, lesbianas, transgeneristas y transexuales. Esto es lo que Cantor denomina la *endodiscriminación*, que promueve el aislamiento, la pérdida de apoyo social, las conductas suicidas, y en la mayoría de los casos, “el deterioro de la salud mental” (37). Esta situación propia de las grandes ciudades podría mitigarse a través de una legislación que incorpore a los grupos vulnerables al ejercicio de una ciudadanía plena. A este respecto, el avance más destacado en Colombia es la Ley 1482 de 2011 sobre antidiscriminación. Sin embargo, se requieren políticas públicas específicas para los colectivos sexualmente diversos con un alcance a todos los niveles (local, nacional e internacional) y estrategias que integren un diálogo de saberes sin distinción de raza, orientación sexual, creencia religiosa, género, situación política, social y cultural (36).

Acceso a los servicios de salud de las minorías sexuales

La única información disponible en Colombia sobre barreras de acceso a servicios de salud, específicamente

de personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero, corresponde a una iniciativa de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Este proyecto determinó que el sistema de salud era excluyente y poco sensible a las necesidades en salud de estas personas, dado el estigma y la discriminación hacia la orientación sexual e identidad de género. Por tanto, son los problemas administrativos, las dificultades para la afiliación, la mala calidad de los servicios, la falta de personal capacitado y sensibilizado, los largos tiempos de espera y de atención los que suelen impedir el acceso a los servicios de salud a esta población en la ciudad de Bogotá. Se identificó que las personas LGBT que revelan su orientación sexual a los profesionales de salud tienen más probabilidad de ser discriminadas en los servicios (RR: 2.08, IC 1.2853-3.3925). También se halló que los bisexuales son los que presentan mayor cobertura de afiliación (90.5%) y los transexuales, menor afiliación (65.5%). Asimismo, los que más asistieron a la consulta médica en los últimos 6 meses fueron los y las bisexuales (85.4%) y los que menos asistieron fueron las transexuales femeninas (50%) (14).

De modo que es necesario que se formulen políticas públicas para la población LGBT. En otras palabras, es necesario un proceso político por medio del cual el gobierno de turno traduzca sus propósitos en programas y acciones para las minorías sexuales, teniendo como punto de partida las políticas en salud, y dando valor a los significados de esta población desde la salud pública. Por ello, es ideal comenzar con la promoción de la ciudadanía LGBT a partir del combate a la homofobia. Así pues, a favor de los significados de las minorías sexuales desde la salud pública, la política pública debe contener componentes como los que se han planteado en países latinoamericanos como Brasil (38):

1. Articulación de la política de promoción de los derechos de los homosexuales,
2. Legislación y justicia,
3. Cooperación internacional,
4. Seguridad,
5. Educación,
6. Salud: Formalización del Comité Técnico en Salud de la Población LGBT en el Ministerio de Salud con el objetivo de estructurar una Política Nacional de Salud para esta población,
7. Trabajo,
8. Derechos culturales,

9. Política para juventudes,
10. Política para mujeres,
11. Política contra el racismo y la homofobia.

Además, es fundamental entender que también al interior de la población LGBT hay serias diferencias y, por tal razón, se deben tener en cuenta algunos aspectos adicionales. Por ejemplo, para los transexuales, deben contemplarse sus derechos en un documento para mujeres, y para travestis, en un documento para hombres; por consiguiente, los lugares de atención deben ser de elección de los travestis y transexuales dadas las disputas de identidad marcadas por el binarismo de género. Igualmente, hace falta sensibilizar a los profesionales de la salud hacia la no discriminación de la población LGBT, con unos servicios de referencia debidamente habilitados para estas minorías (39,40).

Otro aspecto importante sobre el servicio de salud para estas minorías debe ser la apertura de un debate sobre la prestación de servicios multidisciplinarios de dermatología, endocrinología, urología y coloproctología demandados por la población transexual. Se deben tener en cuenta particularidades como el uso regular de hormonas para el proceso transexualizador y el sometimiento gradual a cirugías reconstructivas. Por tanto, siendo la salud un derecho, los servicios de salud no pueden discriminar su provisión por razones como la identidad sexual, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la raza y la apariencia física de los individuos (41,42).

En consecuencia, el objeto de una política integral en salud para la población LGBT debe contener las tres principales intervenciones en salud pública: vigilancia epidemiológica, prevención y asistencia; además de la superación de la demanda de los servicios de salud, partiendo entonces de las diferencias existentes en cada segmento poblacional e incluyendo a los más marginalizados socialmente. Por tales motivaciones, y reconociendo que en Colombia aún hay grandes desigualdades estructurales, se considera que un acontecimiento esencial para atender las necesidades de todos los segmentos de la población sería que el gobierno y la sociedad civil definieran las prioridades en salud de la población LGBT, su formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas LGBT de forma intersectorial (43,44).

También es necesario definir marcos jurídicos que den fundamento legal y legitimidad a las políticas que pudieran ser ejecutadas por el poder ejecutivo en beneficio de la población LGBT y en aras de un modelo de democracia participativa. Pues de lo contrario, continuarán existiendo barreras simbólicas, morales y estéticas que impiden que la población

LGBT acceda a los servicios públicos de salud con calidad, libres de preconceptos, discriminación y exclusión; sobre todo cuando algunas de estas personas son muy pobres y son cuestionadas por sus binarismos de género, al ser transexuales, travestis, mujeres masculinizadas u hombres afeminados (14). No comprender la complejidad de esta población y no facultar el adecuado ejercicio de sus derechos se manifiesta mediante la violencia como causa y efecto.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos . Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008.
2. Turizo JM, Almanza M. Comunidad LGBT: Historia y reconocimiento jurídicos. *Revista Justicia*. 2010 [cited 2015 jun 17]; 17:78-110. Spanish. Available from: <http://goo.gl/qifebq>.
3. Campo-Arias A. Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colomb Med*. 2010 [cited 2015 jun 17];41(2):179-85. Available from: <http://goo.gl/ykkFgL>.
4. Pruitt MW. Size matters: A comparison of anti- and pro-gay organizations' estimates of the size of gay population. *J Homosex*. 2002 [cited 2015 jun 17];42(3):21-9. <http://doi.org/dwrz5v>.
5. Lemaitre J. El amor en tiempos de cólera: Derechos LGBT en Colombia. *SUR - revista internacional de derechos Humanos* 2009; 6 (11): 79-97. http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/es_05.pdf
6. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). Informe anual de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia. A/HRC/10/032; 2008 [cited 2015 jun 17]. Available from: <http://goo.gl/grJG1b>.
7. Gómez MM. Usos jerárquicos y excluyentes de la violencia. En: Motta, Cristina; Cabal, Luisa, editores. Más allá del Derecho: Género y justicia en América Latina. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006.
8. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013. Comportamiento de lesiones de causa externa, Colombia, 2012. In: Moreno Lozada, Sandra Lucia. Forensis 2012. Datos para la vida. Bogotá: Grupo Centro Referencia Nacional sobre Violencia (Eds), p. 11-106.

9. **Bartoş SE, Berger I, Hegarty P.** Interventions to reduce sexual prejudice: A study-space analysis and meta-analytic review. *J Sex Res.* 2014 [cited 2015 jun 17];51(4):363-82. <http://doi.org/5f3>.
10. **Ahmad S, Bhugra D.** Homophobia: an updated review of the literature. *Sex Relation Ther.* 2010 [cited 2015 jun 17];25(4):447-55. <http://doi.org/cfq7c>.
11. **Herek GM, Gillis JR, Cogan JC.** Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *J Couns Psychol.* 2009 [cited 2015 jun 17];56(1):32-43. <http://doi.org/bp8qpq>.
12. **Herek GM.** Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *J Soc Issues.* 2007 [cited 2015 jun 17];63(4):905-25. <http://doi.org/d54vj6>.
13. **Herek GM.** The psychology of sexual prejudice. *Curr Dir Psychol Sci.* 2000 [cited 2015 jun 17];9(1):19-22. <http://doi.org/b7fdb8>.
14. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación. Por una ciudad de derechos. Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas—LGBT—y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital; 2008 [cited 2015 jun 17]. Available from: <http://goo.gl/Dxsl10>.
15. Alberta Mental Health Board. Literature Review: Men at risk suicide prevention program evaluation. En: Meyers Norris Penny LLP, editor. Calgary: Alberta Health Services. Calgary; 2007. p.1-21.
16. **Mathy RM, Cochran SD, Olsen J, Mays VM.** The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 [cited 2015 jun 17];46(2):111-7. <http://doi.org/cpt6rg>.
17. Suicide Prevention Resource Center. Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Newton, MA: Education Development Center, Inc; 2008. p. 13-23.
18. **Barreto I, Sandoval M, Cortés OF.** Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología.* 2010 [cited 2015 jun 17];6(1):165-84. Available from: <http://goo.gl/HV3aif>.
19. **Sudak H, Maxim K, Carpenter M.** Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry.* 2008 [cited 2015 jun 17]; 32(2):136-42. <http://doi.org/bw3tqp>.
20. Alberta mental Health Board. Using evidence to inform action in Alberta-consolidated evidence of at-risk groups; 2006.
21. **Anderson M, Jenkins R.** The challenge of suicide prevention: an overview of national strategies. *Disease Manage Health Outcomes.* 2005 [cited 2015 jun 18];13(4):245-53. <http://doi.org/bgkgw5>.
22. **Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al.** The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE.* 2014 [cited 2015 jun 18];9(4):e91936. <http://doi.org/5gq>.
23. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
24. **Wang H, Dwyer L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin A, et al.** Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18];380(9859):2071-94. <http://doi.org/j25>.
25. **Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Abo-yans V, et al.** Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18];380(9859):2095-128. <http://doi.org/j3w>.
26. **Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al.** No health without mental health. *The Lancet.* 2007 [cited 2015 jun 18];370(9590):859-77. <http://doi.org/fkj7b9>.
27. **Phillips MR, Cheng HG.** The changing global face of suicide. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18]; 379(834):2318-19. <http://doi.org/f2ff8j>.
28. **Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur JS, Gajalakshmi V, et al.** Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *The Lancet.* 2012 [cited 2015 jun 18];379(9834): 2343-51. <http://doi.org/f2ff97>.
29. **Vijayakumar L.** Suicide and mental disorders in Asia. *Int Rev Psychiatry.* 2005 [cited 2015 jun 18];17(2):109-14. <http://doi.org/bgkzng>.
30. **Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G.** Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004 [cited 2015 jun 18];37(4):1-11. <http://doi.org/b7jdb4>.
31. **Li Z, Page A, Martin G, Taylor R.** Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2011 [cited 2015 jun 18];72(4):608-16. <http://doi.org/csrjzm>.
32. **Harris EC, Barraclough B.** Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry.* 1997 [cite 2015 jun 18];170(3):205-28. <http://doi.org/dkvrq3>.
33. **Murray CJL, Lopez AD.** The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; Distributed by Harvard University Press; 1996.
34. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update; 2008.
35. **Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K.** Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008 [cited 2015 jun 18];13(5):243-56. <http://doi.org/b9mpvn>.
36. **Pineda C.** Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Rev Psicogente.* 2013 [cited 2015 jun 18];16(29):218-34.
37. **Cantor E.** Los rostros de la homofobia en Bogotá, descifrando la situación de derechos humanos de homosexuales, lesbianas y transgeneristas. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2007.
38. **Fonseca AF.** Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. En: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, editor. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2005. p. 183-205.

39. **Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, Stall R.** A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health.* 2011 [cited 2015 jun 18];101(8):1481-94. <http://doi.org/c6fv3d>.
40. **Mello L, Perilo M.** La respuesta brasileña al VIH y los avances en el combate a la epidemia de SIDA. *Revista Crítica.* 2008 [cited 2015 jun 18];953:58-61. Available from: <http://goo.gl/j0x7Qy>.
41. **Neville S, Henrickson M.** Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs.* 2006 [cited 2015 jun 18];55(4):407-15. <http://doi.org/djbmvb>.
42. **King M, Nazareth I.** The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study. *BMC Public Health.* 2006 [cited 2015 jun 18];6:27. <http://doi.org/bw47jk>.
43. **Gil-Hernández F.** Fronteras morales y políticas sexuales: apuntes sobre “la política LGBT” y el deseo del Estado. *Sex. Salud Soc. (Rio J.).* 2013 [cited 2015 jun 18];13:43-68. <http://doi.org/5gw>.
44. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria Distrital de Planeación. Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. En: Mejía A, Benavides LF. Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación; 2008.