

medicusmundi bizkaia

CRUZANDO MIRADAS ENTRE HONDURAS Y EUSKADI

UN ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
DESDE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO



Cruzando miradas entre Honduras y Euskadi: un análisis de la Atención Primaria en Salud desde la diversidad sexual y de género

AUTORÍA:

Fernando Altamira Basterretxea y Esther Canarias Fernández-Cavada, Incycle
Lala Mujika y Gaizka Villar, Aldarte
Inés Egino, medicusmundi bizkaia

EQUIPO INVESTIGADOR EN HONDURAS:

Claudia Vanessa Siliezar Turcios y Luis Alberto Velásquez Reyes

FECHA:

Diciembre 2021

ISBN:

978-84-09-36670-5

DEPÓSITO LEGAL:

BI 02169-2021

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Biko Komunikazioa

EDITADO POR:



FINANCIADO POR:



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA

AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

CRUZANDO MIRADAS ENTRE HONDURAS Y EUSKADI

UN ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
DESDE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

ÍNDICE

Introducción	7
Construyendo un modelo no normativo y feminista de la salud:	
Informe Honduras	10
La Atención Primaria en Salud desde la diversidad sexual y de género en Bizkaia	114
Conclusiones	185

* Al comienzo de cada uno de los apartados, podrás encontrar un índice desglosado.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano fundamental, un bien global y una cuestión de justicia social. En **medicums**mundi, tras más de 50 años de experiencia de trabajo en el ámbito del derecho a la salud en diferentes contextos, creemos firmemente que los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y trascienden los considerados por el modelo biomédico, que señala a la carga genética, las características biológicas de las personas en interacción con su entorno y la actuación de los servicios sanitarios como principales condicionantes de la salud poblacional.

medicumsmundi se define como una organización comprometida y defensora de una noción integral de la salud, entendida como bienestar físico, psíquico y social, basada en la Atención Primaria en Salud, culturalmente pertinente a la realidad de la ciudadanía cuyos derechos satisface, y participativa. Suscribe y asume como propia la definición del Derecho a la Salud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC–, la más exhaustiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que lo define como un *“derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana: los factores determinantes de la salud como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, género y un medio ambiente sano”*.¹

Los determinantes sociales de la salud ofrecen, por tanto, una concepción holística de la salud que incluye el medio ambiente físico, económico, social y natural. La distribución desigual de esta serie de determinantes genera desigualdades sociales en salud, que son aquellas diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud y la enfermedad entre grupos socialmente, demográficamente o geográficamente definidos. Para luchar contra la desigualdad, **medicums**mundi cree en la equidad como un principio fundamental sobre el cual basar nuestro progreso como sociedad. Un principio que vertebré unas políticas públicas integrales y participativas orientadas al ejercicio de los Derechos Universales de las personas y a garantizar la Cobertura Sanitaria Universal.

Desde este planteamiento, en **medicums**mundi bizkaia impulsamos de manera estratégica proyectos de cooperación al desarrollo y educación para la transformación social que impulsen el derecho a la salud desde un enfoque social, feminista, no-binario, interseccional e incluyente. Para llegar a este punto, hemos discurrido un camino lleno de retos y aprendizajes, de la mano de nuestras contrapartes locales y aliados estratégicos. Un camino que, por supuesto, no ha llegado a su fin. Un camino en el que, desde Honduras particularmente, han señalado el camino a seguir en muchas ocasiones. Un camino en el que hemos escuchado la voz de otras, otros y otras, sus reflexiones y experiencias. Hemos compartido sus miedos tanto como sus apuestas. Apuestas por un modelo de salud incluyente, feminista y social. Una Atención Primaria en Salud que llegue a cada pequeña comunidad, fuerte en recursos humanos, en infraestructuras, y en políticas y protocolos que permitan que el sistema sanitario, en su conjunto, ejerza su papel mitigador de las desigualdades sociales en salud. Porque un sistema sanitario público, tanto en su financiación como en su gestión, requiere de una Atención Primaria fuerte, que constituya el corazón del propio sistema.

1 Observación General nº 14. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. Mayo 2000

También compartimos sus apuestas por una sociedad libre de violencia, donde cada persona pueda disfrutar de su identidad, de su cuerpo y su experiencia vital como cada cual quiera vivirla. Una sociedad donde se impongan valores de solidaridad, cuidados y reconocimientos entre las personas que la conforman. Donde las estructuras que construimos reflejen estos valores y no haya cabida para la discriminación ni la exclusión. Una sociedad que reconozca que, todo ello, supone una apuesta política y no puede quedar a merced de las referencias éticas de cada persona. Una apuesta política por un estado reconocido a sí mismo en su rol como garante de derechos fundamentales, con vocación pública y protector de los Derechos Humanos fundamentales de cualquier intromisión que pretenda avanzar intereses económicos acosta del bien público.

Estos planteamientos, aterrizan a realidades complejas que no hacen más que reiterar nuestro compromiso con la transformación social. Tanto en Honduras, donde iniciamos este camino hace unos años, como en Bizkaia.

En Honduras la comunidad de diversidad sexual ha sido una población históricamente marginada, excluida y dentro del marco jurídico nacional no se les garantiza el acceso a derechos y el desarrollo integral que disminuya las desigualdades originadas por la orientación sexual. Pese a ello, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos han avanzado en establecer los mecanismos internacionales para la protección de los derechos fundamentales de la Comunidad LGTBQ+. Según estadísticas brindadas por el Observatorio de Muertes Violentas de la comunidad LGTBQ+ en Honduras, a cargo de la Red de Respuesta Lésbica Cattrachas, del año 2008 al 2015 en el país han acontecido un total de 225 casos de muertes violentas en la comunidad LGTBQ+, de los cuales a septiembre del 2016 solamente 46 fueron judicializados. En el marco del Golpe de Estado acontecido en 2009, hubo un repunte de asesinatos de mujeres Trans, 13 asesinatos en comparación con los 2 de 2008 en el mismo periodo. El año 2012 mostró otra alza con un total de 15 muertes de Mujeres Trans. El común denominador de estos casos es la impunidad puesto que más del 70% de los casos no pasa de la etapa investigativa.

A pesar de los compromisos adquiridos por el gobierno en el 2010, cuando se comprometió ante los Estados como resultado del Examen Periódico Universal (EPU) a cumplir con siete recomendaciones en lo relativo a orientación sexual e identidad de género para garantizar los derechos humanos de la comunidad LGBTI, tras la elaboración y presentación de los informes sombras entregados ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, podemos observar que son pocos los esfuerzos para evitar la discriminación contra la comunidad Trans, e incluso la efectiva investigación de los casos donde se violentan los derechos de las mujeres Trans y la comunidad Gay en general.

El actual modelo de salud de Honduras de la SESAL excluye a un alto porcentaje de la población del país que no cuenta con los recursos económicos suficientes para resolver sus problemas de salud. Esta situación de exclusión se agrava en el caso de las mujeres originando barreras que profundizan en la brecha de desigualdad y de oportunidades. El sistema de salud no satisface las necesidades y las demandas de la población incumpliendo su condición de "custodio del bien público en salud". La fragmentación del mismo impide la articulación necesaria entre las instituciones del sector público y otras instancias, provocando un gasto creciente en actividades curativas en detrimento de las actividades de promoción y prevención de la salud que deberían ser las principales en un sistema bien articulado y cohesionado.

En Bizkaia, por otro lado, contamos con un sistema sanitario público que ha sido cuidado y mimado, y es objeto de gran orgullo por parte de la sociedad general. Si bien, en él encontramos una Atención Primaria en Salud al borde de la extenuación, desprestigiada en gran medida dentro del propio sistema y víctima de un

enfoque hospitalocéntrico. Los discursos imperantes han caminado de la mano de la inversión, con centros de Atención Primaria cerrándose, un aumento del número de pacientes y una reducción del tiempo disponible para atender a cada persona, así como la falta de cobertura de las bajas y la falta de mecanismos para afianzar al personal en plazas definitivas lo que hace que sea el estamento del sistema público con mayor rotación de personal.

En 2017 surge el movimiento Lehen Arreta Arnasberritzen, que aglutina a unos 600 profesionales de Atención Primaria, medicina de familia, pediatría y personal de enfermería, de farmacia y del área de atención al paciente, y que organiza en el primer semestre de 2019 diversas jornadas de huelga, con gran respaldo del personal profesional, para reclamar al Gobierno Vasco reducir la carga asistencial en los centros. En este contexto de saturación de la Atención Primaria en Salud, no se cuenta con un solo estudio que analice la realidad de las personas LGTBQ+ en el sistema en Bizkaia, aunque los realizados en zonas geográficas cercanas apuntan a que las personas LGTBQ+ acceden a la Atención Primaria en menor medida que el resto de la población, y sus experiencias son menos exitosas.

En ambos territorios, la elaboración de este trabajo ha coincidido con la pandemia mundial por covid-19 que ha puesto de manifiesto que la necesidad de contar con una Atención Primaria en Salud fuerte es acuciante e imprescindible para garantizar el bienestar de la sociedad en su conjunto.

En sus manos tiene ahora un ejemplar del proceso de aprendizaje y trabajo de **medicusmundi bizkaia**, reflejo del planteamiento expuesto. En este trabajo nos reconocemos como titulares de responsabilidad, actores de gran importancia en el seno de una sociedad y con una clara función pública, con responsabilidades y compromisos para con el Estado, como titular de obligaciones, y para con la ciudadanía como titulares de derechos, en la promoción, protección y defensa del derecho a la salud y, particularmente, en la promoción de un modelo social de salud más justo y equitativo centrado en los procesos sociales que determinan la salud desde la atención primaria.

Esta investigación realiza un diagnóstico del estado de la Atención Primaria en Salud desde un enfoque interseccional, feminista y de diversidad sexual y de género, profundizando en tres ámbitos concretos de análisis. Por un lado las barreras y/o las desigualdades en el acceso a los servicios de Atención Primaria en Salud. En segundo lugar, la medicalización de procesos vitales y opciones identitarias. En tercer lugar, la atención psico-social como la base fundamental de un modelo de salud pública basado en los determinantes sociales de la salud.

Geográficamente está centrada en dos escenarios concretos, el Territorio Histórico de Bizkaia y el Departamento de Atlántida en Honduras. A su vez, esta investigación identifica dos grupos concretos de población sujeto. Por un lado, las personas usuarias (mujeres, LGTBQ+...), por otro lado, el personal médico y sanitario. La investigación está planteada desde un enfoque interseccional, es decir, subraya que el género, la etnia, la clase u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas, y por tanto es necesario analizar el fenómeno por el cual cada persona sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

Esta investigación, organizada en un gran apartado por territorio y una conclusión final, no es más que una primera aproximación, humilde y a su vez ambiciosa, para analizar la Atención Primaria en Salud desde un enfoque interseccional en el Departamento de Atlántida, Honduras y en Bizkaia. Para **medicusmundi bizkaia**, nos señala la senda que hemos de seguir transitando.



CONSTRUYENDO UN MODELO NO NORMATIVO Y FEMINISTA DE LA SALUD INFORME HONDURAS

ESTUDIO REALIZADO POR:
FERNANDO ALTAMIRA BASTERRETxea Y
ESTHER CANARIAS FERNÁNDEZ-CAVADA

INCYDE, INICIATIVAS DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO

CONTENIDO

Abreviaturas y acrónimos	14
Gráficas y cuadros	15
1. Presentación	16
2. Tres categorías de análisis	20
2.1. Desigualdades en el Acceso	21
2.1.1. Reflexiones de partida	21
2.1.2. Preguntas relacionadas con la investigación	22
2.2. Medicalización	23
2.2.1. Reflexiones de partida	23
2.2.2. Preguntas relacionadas con la investigación	23
2.3. Atención Psico-Social	24
2.3.1. Reflexiones de partida	24
2.3.2. Preguntas relacionadas con la investigación	25
3. Itinerario seguido	26
3.1. Itinerario	27
3.2. Los pasos dados	27
4. Objetivo, enfoque y participantes	28
4.1. Un objetivo, tres ejes y tres agentes	29
4.2. El enfoque	29
4.3. La participación y la interseccionalidad	30
4.4. Participantes y sus perfiles	30
4.4.1. Perfil de las personas agentes de salud	31
4.4.2. Perfil de las personas LGTBIQ+	31
4.5. Claves utilizadas	33
5. Hallazgos	34
5.1. Eje 1: La desigualdad en el acceso	35
5.1.1. Contexto de violencia	35
5.1.2. Visibilizarse	36
5.1.3. Discreción y confidencialidad	39
5.1.4. Desconfianza	40
5.1.5. El trato en los establecimientos públicos de salud	41
5.1.6. Las creencias y los estereotipos	42
5.1.7. Investigación y actualización de información	43
5.1.8. Formación y capacitación	44

5.1.9.	Atención diferenciada	45
5.1.10.	Pruebas y tratamientos	46
5.1.11.	Lo comunitario y el entorno	47
5.1.12.	La cercanía de los centros y sus infraestructuras	48
5.1.13.	Los vínculos entre iguales	49
5.1.14.	La ley de equidad de género y protocolos	49
5.1.15.	Reconocimiento de la identidad de sexo y género	50
5.2.	Eje 2: La medicalización de las personas LGBTBI	50
5.2.1.	Los cuerpos trans	50
5.2.2.	La hormonización de los cuerpos	50
5.2.3.	Tratamiento de VIH	52
5.2.4.	Seguimiento y apoyo a las personas con VIH	53
5.2.5.	Prevención	54
5.3.	Eje 3: La atención psicosocial	55
5.3.1.	El contexto del país	55
5.3.2.	El personal psicosocial	56
5.3.3.	Lo comunitario y los entornos	57
5.3.4.	Participación social y política	58
5.3.5.	Espacios de ocio	58
6.	Conclusiones y líneas de mejora	60
6.1.	Aportes generales	61
6.2.	Resumen de las líneas de mejora	64
7.	Anexo 1. Contenidos de la bibliografía de referencia	66
7.1.	Bibliografía utilizada	68
7.2.	Ideas destacadas de cada documento	69
7.2.1.	Sobre la salud y los Determinantes sociales de la salud	69
7.2.2.	Sobre enfoque psicosocial	76
7.2.3.	Sobre Honduras	77
7.2.4.	Sobre metodología de la investigación	80
8.	Anexo 2. Encuesta	82
9.	Anexo 3. Entrevistas	92
	Modelo entrevista agentes (personal o equipo) de salud	93
	Modelo entrevista personas LGBTBIQ+	97
	Modelo entrevistas organizaciones LGBTBIQ+	102
	Modelo entrevistas organizaciones vinculadas a salud	105
	Modelo entrevista 2 personas LGBTBIQ+	108

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APS	Atención primaria de salud
ASONAPVSI DAH	Asociación Nacional de Personas con VIH/sida en Honduras
CAI	Centros de atención integral
COPINH	Consejo Cívico de Organizaciones Populares e Indígenas de Honduras
CURLA	Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico
DDHH	Derechos humanos
DSS	Determinantes sociales de la salud
DNI	Documento nacional de identidad
EM	Equipo motor
ETO	Equipo técnico interdisciplinar
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGTBIQ+	Lesbianas, gays, trans, bi, inter, queer y más
NNUU	Naciones unidas
OFRANEH	Organización Fraternal Negra Hondureña
OMS	Organización mundial de la salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización panamericana de la salud
SAI	Servicios de atención integral
USAid	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

GRÁFICAS Y CUADROS

GRÁFICAS

Gráfica 1.	Participantes en la investigación	30
Gráfica 2.	Edades personas LGBTQ+	31
Gráfica 3.	Dicen que son	31
Gráfica 4.	También diría que es	31
Gráfica 5.	Expresión de género	31
Gráfica 6.	Nivel educativo	32
Gráfica 7.	Nivel económico	32
Gráfica 8.	Las org. atienden a los siguientes colectivos	32

CUADROS

Cuadro 1.	Categorías de análisis	21
Cuadro 2.	Itinerario seguido	27
Cuadro 3.	Objetivo-Ejes-Agentes	29
Cuadro 4.	Claves asignadas a participantes	33
Cuadro 5.	¿Qué son los Servicios de Atención Integral?	37
Cuadro 6.	Resumen de las líneas de mejora	64

01

PRESENTACIÓN

La salud como un derecho universal. La atención primaria de salud, como el primer encuentro con el personal profesional, cercano, vinculado a la comunidad.

Las personas LGTBQ+, como parte de la diversidad que existe entre los seres humanos. Sin más pretensiones que vivir y disfrutar de la vida junto a otras personas igual que el resto.

Atlántida. Una región de Honduras. Donde las personas viven y tienen sueños y deseos.

Hasta aquí, todo parece normal. Sin embargo, la realidad no es así. Honduras es un país donde hay una violación de DDHH y su población vive situaciones de extrema vulnerabilidad. En especial las personas LGTBQ+, que sufren situaciones de violencia extrema. Donde amar(se), querer(se) y disfrutar(se) se convierte en peligroso. Y respecto al acceso a los servicios de atención primaria de salud, si son escasos para la mayoría de la población, aún lo son más para las personas LGTBQ+.

Además, hemos procurado incorporar un enfoque interseccional a esta investigación, teniendo en cuenta las vidas complejas de las personas, reconociendo la raza, la clase, el género y la sexualidad.

Frente a esta parte de la realidad del país, queremos reconocer que existe un tejido social y popular que lleva años organizándose e imaginando alternativas al modelo dominante que existe en el país. Estas personas y organizaciones no han estado esperando este informe para tomar conciencia de lo que ocurre. Sus experiencias y luchas son valientes y nos orientan a quienes vivimos en otros contextos. Así, vamos tejiendo alternativas, en nuestros entornos locales, entrelazándonos unxs con otrxs. Y creando luchas globales.

Esta investigación es parte de un proceso que viene ya de lejos y que desea dar ciertas claves para el futuro. En él ha participado un equipo de personas de Bilbao (Euskadi-Estado español) y de Atlántida, con perfiles diversos y responsabilidades diferentes. Y juntxs hemos diseñado este proceso de investigación desde el inicio y de forma participativa.

El equipo de Atlántida, además de participar en la orientación del contenido de la investigación, también ha identificado a las personas que han participado en las entrevistas.

A lo largo del proceso hemos tenido que adaptar la metodología pensada inicialmente. A la vulnerabilidad existente en el país, especialmente por las personas LGTBQ+, se ha sumado la situación mundial derivada por el impacto del Covid-19. Y si esto no fuera poco, mientras dábamos los primeros pasos de la investigación se han sumados dos huracanes (Eta e Iota) que han impactado gravemente en esta región. Este contexto ha dificultado las comunicaciones y la realización del trabajo de investigación.

Aun así, haciendo un esfuerzo colectivo, hemos podido llevar a cabo este proceso, que toma forma en el informe que os presentamos y que tiene los siguientes contenidos:

- ➔ Por un lado, presentamos las tres categorías de análisis que han sido el foco de la investigación. Atendiendo a los recursos existentes y al tiempo disponible, de todas las categorías que abordan los Determinantes sociales de la salud (DSS), hemos priorizado: i) las desigualdades en el acceso; ii) la medicalización y iii) la atención psicosocial. En este capítulo, hemos identificado también un breve perfil de lo que consideramos que es cada una de estas categorías (que queda reflejado en el apartado de “reflexiones de partida” y en el de “preguntas relacionadas con la investigación”). Para este trabajo, el Equipo ha partido de su propia experiencia, además de los aportes que existen en las publicaciones utilizadas. Estas referencias se pueden encontrar en el Anexo 1.
- ➔ Por otro lado, presentamos el itinerario que se ha seguido, con cada uno de los pasos dados.
- ➔ Posteriormente, se muestran el objetivo que nos habíamos planteado en la investigación, el enfoque que se ha seguido y las personas participantes en las entrevistas y la encuesta.
- ➔ En el siguiente capítulo hemos organizado los hallazgos obtenidos en la encuesta y entrevistas, según las tres categorías priorizadas. Aquí aparecen algunos de los aportes de las personas participantes que hemos recogido textualmente.
- ➔ Finalmente, en este capítulo mostramos las conclusiones y líneas de mejora
- ➔ A partir de este punto están los anexos, que son los siguientes:
 - ▶ En el primero está la bibliografía utilizada. Además, mostramos textualmente aquellos contenidos que nos han parecido relevantes de cada uno de los documentos. La bibliografía está ordenada en cuatro apartados: sobre la salud y los Determinantes sociales de salud; sobre enfoque psicosocial; sobre Honduras y sobre metodología de investigación.
 - ▶ En el segundo, está la entrevista que hemos distribuido on line y que ha sido totalmente anónima.
 - ▶ En el tercero, están las entrevistas realizadas a los diferentes sujetos.

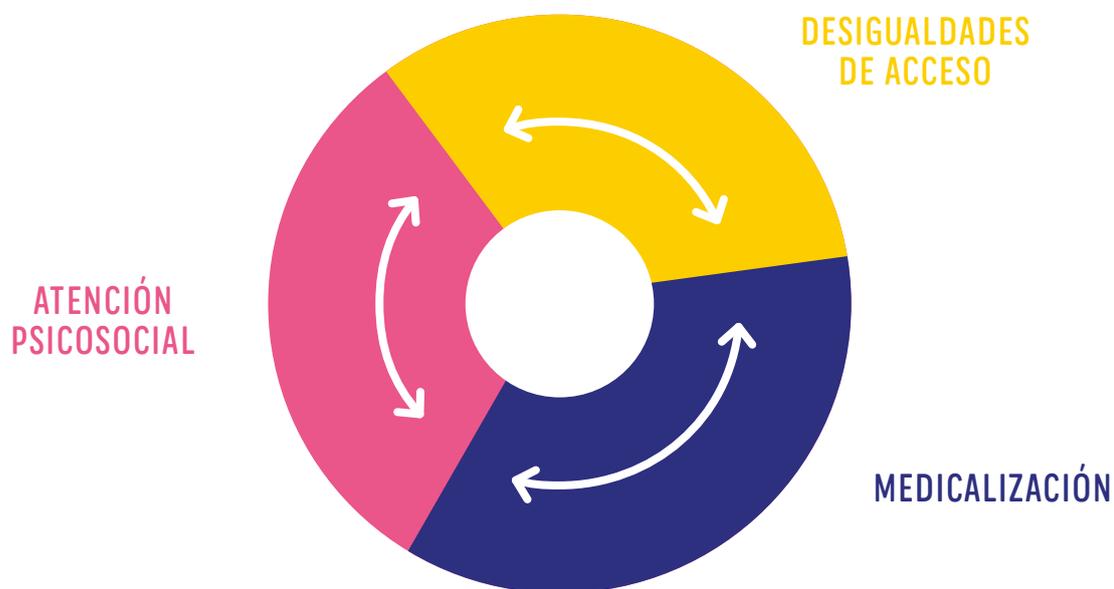
El deseo de quienes hemos participado de este proceso es haber elaborado un informe de investigación que pueda resultar útil para quienes trabajan, de forma cotidiana, para que la salud en Honduras sea un derecho universal y una realidad. Y para que las personas LGTBIQ+ puedan ser parte de este derecho. Porque no habrá Honduras sin diversidad. Porque nuestro mundo es diverso. Salud.

02

TRES CATEGORÍAS
DE ANÁLISIS

Son muchas las categorías de análisis a las que hacen referencia los Determinantes sociales de la salud y resultaría imposible abordarlas todas en esta investigación. Teniendo en cuenta los recursos y el tiempo disponible, hemos priorizado focalizar la investigación en estas tres categorías:

CUADRO 1. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS



A partir de la priorización de estas tres categorías, hemos elaborado un pequeño perfil de lo que el Equipo considera que es cada una de ellas. Una vez realizada esta reflexión, se han diseñado las preguntas a las que la investigación debe responder y que a continuación presentamos.

2.1. DESIGUALDADES EN EL ACCESO

2.1.1 REFLEXIONES DE PARTIDA

- Desigualdad en el acceso Vs dificultades en el acceso
- La desigualdad en el acceso está relacionada con leyes, protocolos y normas que impiden el acceso a determinados servicios de salud. Por ejemplo, la ausencia de acceso universal en el sistema sanitario.
- Las dificultades en el acceso están relacionadas con el desconocimiento, los prejuicios y la discriminación que impregnan nuestra sociedad y que están presentes en el sistema de salud.
- Ambas generan desigualdades en los resultados: incluso pudiendo acceder formalmente, el centro de salud se convierte en un espacio que genera miedo, donde la gente se siente juzgada, se reciben tratos desagradables y discriminatorios, etc...
- El establecimiento de Atención Primaria debiera ser un lugar de confianza al que acudir. Si bien, el aspecto comunitario, de centro de referencia para una comunidad pequeña donde todo el mundo se conoce, puede ser un factor negativo para algunas personas.

2.1.2 PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN

Entorno en el que viven las personas LGTBIQ+

- ▶ ¿Considera que el lugar en el que viven las personas de su asociación es seguro?
- ▶ Mi familia me acepta tal como soy
- ▶ El lugar en el que vivo es seguro para mi
- ▶ Me siento una persona querida por la comunidad en la que vivo
- ▶ ¿El aislamiento o la soledad son problemas de salud de las personas LGTBIQ+?

La atención de salud

- ▶ ¿Cómo valora la atención que reciben las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?
- ▶ ¿Considera que el personal de salud dispone de datos médicos e información actualizada sobre la situación de la salud de las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿Sabe usted si existe una política pública de salud para las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal de salud conoce la existencia de la Guía clínica de atención integral a víctimas de violencia sexual en los Servicios de salud? ¿La aplica en su trabajo?
- ▶ ¿Considera que las creencias del personal sanitario son un impedimento para un buen trato de las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?
- ▶ ¿Considera que el establecimiento de salud está cerca de su casa?
- ▶ ¿Es un establecimiento de salud público, privado o subrogado?
- ▶ ¿Las personas LGTBIQ+ son visibles en el ámbito de la salud? ¿En qué situaciones?
- ▶ ¿Ve necesario visibilizarse como LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?
- ▶ ¿El establecimiento de salud garantiza una atención discreta y personalizada?
- ▶ ¿Cuántas veces va usted al establecimiento de salud durante el año?
- ▶ Si no ha acudido a su establecimiento de salud ¿cuáles han sido las razones?
- ▶ ¿Qué tipo de problemas ha tenido cuando ha ido al establecimiento de salud?
- ▶ ¿El personal de los establecimientos de salud conoce las realidades en las que viven las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal de los establecimientos de salud conoce si las y los pacientes son LGTBIQ+?
- ▶ ¿Considera que el personal de los establecimientos de salud atiende con respeto y cariño a las personas LGTBIQ+ y se interesa por sus condiciones de vida y lo que ocurre alrededor de las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal en los establecimientos de salud conoce si las y los pacientes con LGTBIQ+?
- ▶ ¿Se trata a la gente según el género con que se identifica?
- ▶ ¿Considera que las instalaciones físicas en el establecimiento de salud son adecuadas para la atención?
- ▶ ¿La atención general que se está dando al Coronavirus ha impedido otros servicios que necesitaba como persona LGTBIQ+?
- ▶ ¿Ha desarrollado algún tipo de enfermedad porque no haber sido atendido adecuadamente en el establecimiento de salud?
- ▶ ¿Le consultan en el establecimiento de salud sobre cómo se puede mejorar el servicio público de salud que recibe?
- ▶ ¿Qué hace falta en la atención de salud que se está dando a las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿Considera que en los establecimientos de salud realizan las pruebas médicas que necesitan las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿Considera que las instalaciones físicas en el establecimiento de salud son adecuadas para la atención?
- ▶ ¿La atención al Coronavirus ha impedido otros servicios que necesitan las personas LGTBIQ+?

- ▶ ¿Las personas LGTBIQ+ han desarrollado alguna enfermedad porque no han sido atendidas adecuadamente en el establecimiento de salud?
- ▶ ¿Le consultan en el establecimiento de salud sobre cómo se puede mejorar el servicio público e salud que recibe?
- ▶ ¿Considera que el personal de los establecimientos de salud tiene formación específica para atender a las personas LGTBIQ+? ¿Esta formación la posibilita el servicio público de salud?
- ▶ ¿Conoce a qué servicio de salud debe acudir si es usted víctima de violencia sexual?
- ▶ ¿Considera usted que la realidad de su establecimiento de salud incide de alguna manera (negativa o positivamente) en su salud?

2.2. MEDICALIZACIÓN

2.2.1. REFLEXIONES DE PARTIDA

- El modelo biomédico se centra en lo paliativo y no en lo preventivo. Este modelo cuenta con un fuerte impulso de la industria farmacéutica ya que supone un nicho de mercado. El sector farmacéutico ha normalizado el discurso LGTBIQ+, impulsando el sistema binario que conlleva la intervención temprana en los cuerpos y una mayor necesidad de sus productos.
- El esquema binarista ha patologizado la indefinición en personas transgénero. El miedo de padres y madres al suicidio de adolescentes, así como la necesidad de definición binarista ha facilitado la permisibilidad de las familias a la intervención temprana: bloqueadores hormonales a partir de los 7-8 años, ansiolíticos sin fechas para la finalización del tratamiento
- Se desconoce el impacto en los cuerpos de los tratamientos con bloqueadores hormonales desde la infancia, pero todo indica a una mayor prevalencia de ciertas afecciones oncológicas a edades más tempranas de las estadísticamente esperables. A su vez, se desconoce el precio real de estos tratamientos para los servicios de salud y las arcas públicas, y el porcentaje de beneficios sobre estos fármacos para la industria farmacéutica.
- La medicalización refuerza una visión de la salud centrada en lo patológico y alejada de lo social y lo comunitario y, por lo tanto, intervencionista con los cuerpos. Una concepción individual de la salud despojada de su noción colectiva y por tanto ciega a los Determinantes sociales de la salud.
- A su vez, la medicalización refuerza los universos estandarizados LGTBIQ+, una concepción LGTBIQ+ rígida (has de ubicarte en una sigla), que responde al modelo hegemónico y heteronormativo. Este modelo impide una concepción más fluida de las identidades individuales, avocando a la intervención en los cuerpos y la medicalización para responder adecuadamente a la norma, una perfecta cuadratura del círculo que beneficia a la industria farmacéutica en perjuicio de la libertad individual de las personas.

2.2.2. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN

- ▶ ¿Considera que en su establecimiento de salud atienden adecuadamente cuestiones relacionadas con el VIH?
- ▶ ¿Y le hacen seguimiento a las personas viviendo con VIH?
- ▶ ¿Cómo apoyan las organizaciones a las personas con VIH?

- ▶ ¿Le gustaría que se brindara el proceso de hormonización¹ en el establecimiento de salud?
- ▶ ¿En el establecimiento de salud se hace un seguimiento adecuado a las personas que hormonizan su cuerpo?
- ▶ ¿Considera que en su establecimiento de salud se abordan otros asuntos relacionadas con su salud integral?
- ▶ ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBIQ+ cómo prevenir enfermedades relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual?
- ▶ ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBIQ+ cómo prevenir otras enfermedades?
- ▶ ¿Considera que en los establecimientos de salud se discrimina a una persona LGTBIQ+ frente al resto de la población?
- ▶ ¿Conoce usted otras alternativas, que no sean la modificación de los cuerpos, para las personas trans e inter?
- ▶ ¿En las organizaciones sociales se promueve la modificación de los cuerpos o se plantean otras alternativas?
- ▶ ¿Conoce usted si las personas trans están pasando por procesos de hormonización clandestino o autoadministrado?
- ▶ ¿Considera usted que las personas trans conocen los riesgos de la automedicación sin supervisión?

2.3. ATENCIÓN PSICO-SOCIAL

2.3.1. REFLEXIONES DE PARTIDA

- ➔ La salud comunitaria desplaza el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción. La evaluación de las necesidades de la comunidad señala las áreas donde actuar en el entorno más cercano a las personas, más allá de la intervención sanitaria.
- ➔ Estas áreas engloban todas las circunstancias, tanto individuales como colectivas, que determinan la salud de las personas, entendida en su acepción más holística. Se redistribuyen así las responsabilidades relacionadas con el estado de salud de la persona, y se pone el foco sobre el estado de salud de la comunidad.
- ➔ Constituye un enfoque político de la salud que concibe a las personas como sujetos activos, no como pacientes. Este cambio de enfoque, este giro, abre la puerta a la participación social en salud y mueve el centro a las personas: personas que se cuidan a sí mismas y que se cuidan entre ellas, en un contexto en que la salud es concebida como un bien público. Se fortalece así el aspecto colectivo. La comunidad.
- ➔ “La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales”
- ➔ “La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales”

¹ En el caso de Honduras se usa el término hormonización, que es el que se utiliza en toda la investigación.

- La atención psico-social no se asume desde el sistema público de salud (ni vasco ni hondureño). En el mejor de los casos está concertada con organismos ajenos, colectivos u organizaciones especializadas a través de subvenciones. En el peor de los casos, queda totalmente desatendida. Son las organizaciones de base y las entidades especializadas las que crean, aun inconscientemente a veces, la red de atención psico-social que toda sociedad necesita para no dejar a nadie en el camino.
- Hay personal sanitario que, por interés propio o por convicción, actúan en su consulta desde la mira psico-social, pero no deja de ser algo personal que no trasciende a la política y la práctica de la asistencia sanitaria en ninguno de sus niveles de atención.
- Se constata una demanda muy común desde parte de la población relacionada directamente con el enfoque medicalizador de la salud: personas que vinculan la atención sanitaria de calidad al número de recetas y medicamentos que la médica/el médico le receta. Cuantas más recetas, más caso les han hecho y mejor trato han recibido. El personal de atención primaria que indaga en el estado psico-social de la persona y en los DSS que están afectando negativamente a su salud, es a veces denunciado.
- Agentes de salud: ¿Qué haría falta para poder llevar el enfoque psicosocial a la práctica de la atención primaria? ¿Qué políticas y protocolos deberían impulsarse desde Salud para garantizar la atención psicosocial en la APS?

2.3.2. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN

- ▶ ¿Se encuentra con dificultades de acceso a la salud por su documento de identidad?
- ▶ ¿El establecimiento de salud se relaciona cercanamente con la comunidad?
- ▶ ¿El personal del establecimiento de salud acompaña también su salud mental y afectiva? (cuando decimos si acompaña nos referimos a si le atiende más allá de darle medicamentos)
- ▶ ¿Considera que los establecimientos de salud tienen en cuenta la realidad social y familiar en la que viven las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal de salud de los establecimientos es sensible a las situaciones y dificultades a las que se enfrentan por ser personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal del establecimiento de salud le ayuda a abordar las situaciones y dificultades a las que se enfrenta por ser una persona LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal del establecimiento de salud conoce las relaciones y vínculos que tienen las personas LGTBIQ+ con sus amistades y organizaciones?
- ▶ ¿Considera que hay coordinación entre el servicio público de salud y otras instancias públicas a la hora de atender a las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿El personal del establecimiento de salud le pone en contacto con otras instancias públicas o con otras personas y organizaciones para que encuentre usted otros apoyos?
- ▶ ¿El personal del establecimiento de salud le apoya en sus relaciones familiares?
- ▶ ¿Se posibilita la participación de las personas LGTBIQ+ en la vida social y política de su ciudad o comunidad?
- ▶ ¿Existen en su comunidad o ciudad, bares y centros LGTBIQ+ en los que encontrarse con otras personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿Qué tipo de ocio se plantean las organizaciones a las personas LGTBIQ+?
- ▶ ¿Qué tipo de medidas cree usted que mejorarían su bienestar, su libertad o el ejercicio de sus derechos humanos en los servicios de salud?
- ▶ ¿Cuáles considera que son los Determinantes sociales de salud que están más debilitados y que habría que fortalecer con la población LGTBIQ+?

03

ITINERARIO
SEGUIDO

La investigación ha seguido el siguiente itinerario respecto a las tres categorías de análisis presentadas en el capítulo anterior. Cada paso dado ha sido contrastado en el Equipo, tanto de Euskadi como de Honduras y adaptándonos a los cambios que se han producido en el contexto.

3.1. ITINERARIO

CUADRO 2. ITINERARIO SEGUIDO



3.2. LOS PASOS DADOS

A partir del diseño de la encuesta y las entrevistas, así como de la identificación de las personas y organizaciones a entrevistar, se han organizado las preguntas que se han planteado en el proceso (ver anexos 2 y 3)

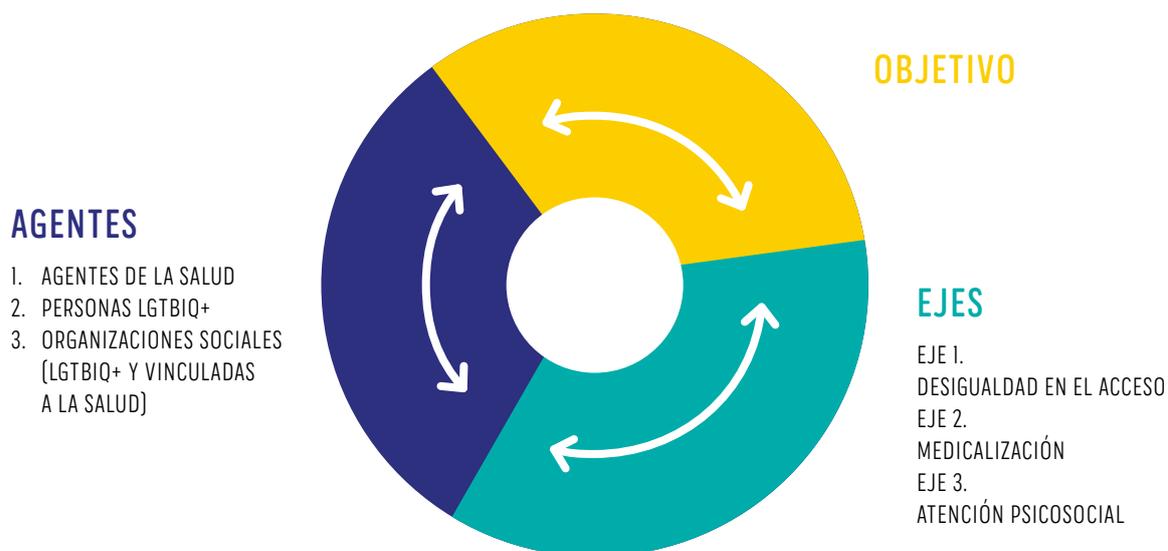
Se han realizado las entrevistas y la encuesta. Con los aportes de estas personas hemos elaborado el documento borrador. A partir de trabajar este documento, se han identificado los hallazgos de cada una de las tres categorías. Finalmente, se han diseñado las conclusiones y las líneas de mejora.

En los capítulos siguientes se pueden observar los aportes obtenidos con cada uno de estos pasos.

04

OBJETIVO,
ENFOQUE Y
PARTICIPANTES

CUADRO 3. OBJETIVO-EJES-AGENTES



4.1. UN OBJETIVO, TRES EJES Y TRES AGENTES

El objetivo que persigue esta investigación es

Analizar el estado de la Atención Primaria en Salud desde la Diversidad Sexual y de Género, partiendo de un marco de análisis fundamentado en el modelo de los Determinantes sociales de la salud en dos contextos geográficos concretos, el Departamento de Atlántida en Honduras y el territorio Histórico de Bizkaia

Los agentes que han participado se han organizado en tres grupos:

- Por un lado, los agentes de salud (personal sanitario y académico).
- Por otro lado, organizaciones sociales: LGTBIQ+ y aquellas vinculadas a la salud.
- Y por otro, personas LGTBIQ+

La investigación ha estado centrada en la Región Atlántica de Honduras, donde **medicumsmundi Bizkaia** ya cuenta con mucha experiencia.

4.2. EL ENFOQUE

Hemos partido del diseño de un cuestionario general a partir del cual se han ido organizando las preguntas a realizar a cada grupo de sujetos. Si bien no se han realizado las mismas preguntas a todos los sujetos implicados, consideramos que todas las preguntas han sido coherentes entre sí y se han complementado.

El enfoque, que hemos planteado ha sido, fundamentalmente, cualitativo, atendiendo a los puntos de vista subjetivos de cada participante y teniendo en cuenta sus argumentaciones. Algo que se muestra en el capítulo de los hallazgos.

Esta investigación no pretende ser representativa de la población LGTBQ+ en la región de Atlántida, de Honduras. Más bien, planteamos una investigación significativa, llegando a una población determinada. Hemos priorizado llegar a un número reducido de personas, pero profundizando en sus puntos de vista a través de las entrevistas en profundidad. Además, hemos querido complementar esta información mediante la encuesta anónima disponible a través de las redes sociales.

Hemos incorporado nuestra voz de facilitación del proceso a través de las líneas de mejora. Estas han surgido de los hallazgos obtenidos. Tal vez podríamos haber elaborado otras diferentes, pero nos parece que deben ajustarse a las preocupaciones y desafíos planteados en el mismo proceso.

Finalmente, es importante señalar, para comprender las modificaciones que se han llevado a cabo, que el proceso ha estado marcado por algunos imprevistos. Por un lado, la situación de extrema vulnerabilidad que se ha vivido por causa de la Covid19. Por otro lado, hay que sumar los dos huracanes sufridos en Honduras, con el impacto que han tenido en las vidas de las personas participantes, así como con las dificultades añadidas de comunicación.

4.3. LA PARTICIPACIÓN Y LA INTERSECCIONALIDAD

En nuestra propuesta de investigación es fundamental tener en cuenta que se trata de un proceso participativo y que incorpora la interseccionalidad como parte del enfoque, tanto para el análisis como para el abordaje.

Desde nuestra propuesta de la participación, ha sido necesario poner en diálogo las palabras de Honduras y de Euskadi tejiendo los discursos y las prácticas locales y globales. Desde el diseño de las primeras preguntas de este proceso han estado presentes las voces diversas. Por este motivo, el Equipo Motor (EM) del proceso ha estado formado por personas de Honduras y de Euskadi.

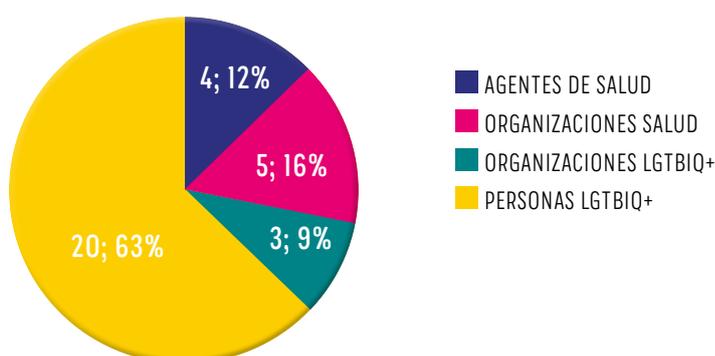
Igualmente, las personas y grupos que han participado en la encuesta y las entrevistas, han respondido a este perfil plural y diverso, a través de la interseccionalidad de raza, clase y diversidad sexual y de género. Tal vez, como se puede ver en el apartado siguiente, no hemos sido capaces de llegar a toda la diversidad cultural que existe en Atlántida, aunque queda reflejada de alguna manera.

4.4. PARTICIPANTES Y SUS PERFILES

En total han participado 32 personas: 22 en las entrevistas y 10 en la encuesta.

(De las personas LGTBQ+ 10 han participado en las entrevistas y 10 en la encuesta.)

GRÁFICA 1. PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN



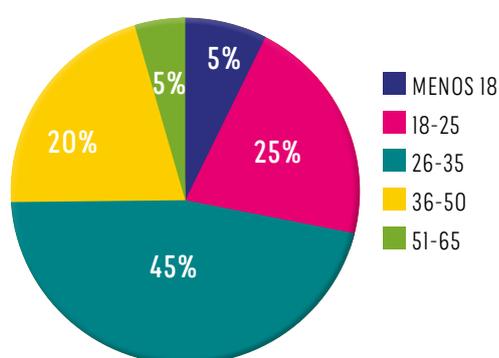
4.4.1. PERFIL DE LAS PERSONAS AGENTES DE SALUD

Las 5 personas son heterosexuales, con una expresión de género que les corresponde por norma. En su trabajo, atienden fundamentalmente a población ladina-mestiza.

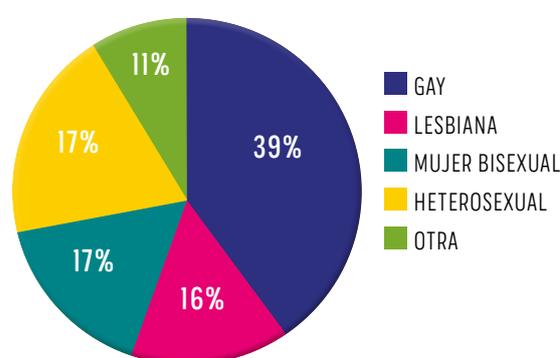
4.4.2. PERFIL DE LAS PERSONAS LGTBIQ+

Entre las personas participantes destacan las que son gais, entre 26 y 35 años, estudios universitarios y nivel económico medio. También hay presencia de otros perfiles (por ejemplo, 19% mujeres lesbianas y 19% mujeres bisexuales) pero resulta importante tener en cuenta esta información a la hora de leer los aportes que se han realizado (por ejemplo, la baja presencia de personas trans).

GRÁFICA 2. EDADES PERSONAS LGTBIQ+

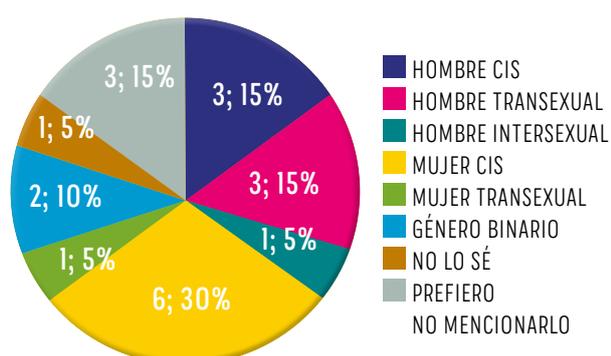


GRÁFICA 3. DICEN QUE SON...

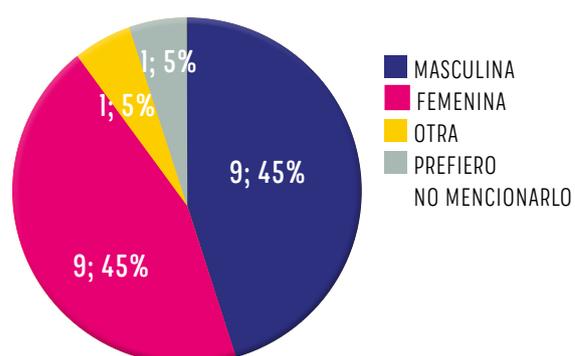


Aquellas que han optado por “otra” señalan que: I) *no tengo una orientación sexual* y II) *no entro en las etiquetas que hay*

GRÁFICA 4. TAMBIÉN DIRÍA QUE ES...



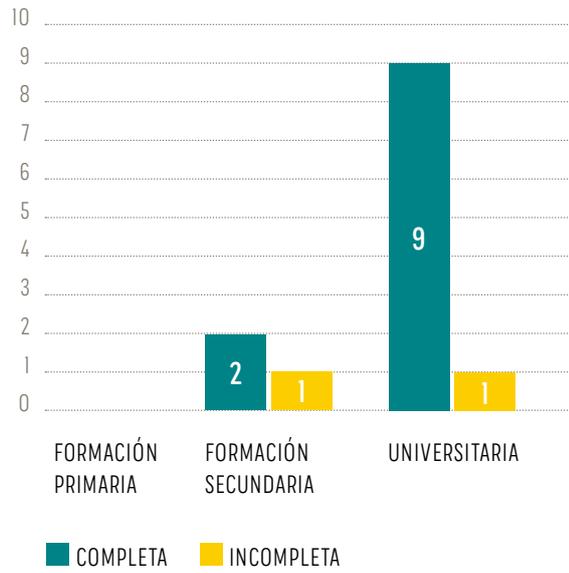
GRÁFICA 5. EXPRESIÓN DE GÉNERO



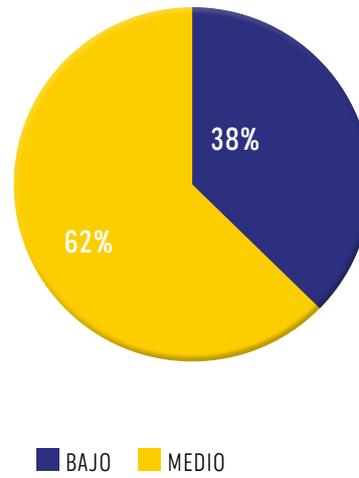
Quien ha elegido la opción “otra” ha señalado que es una “mezcla entre ambos”.

Sobre el perfil de formación que tienen las personas participantes, así como su nivel económico, se ha preguntado a 13 personas LGTBIQ+.

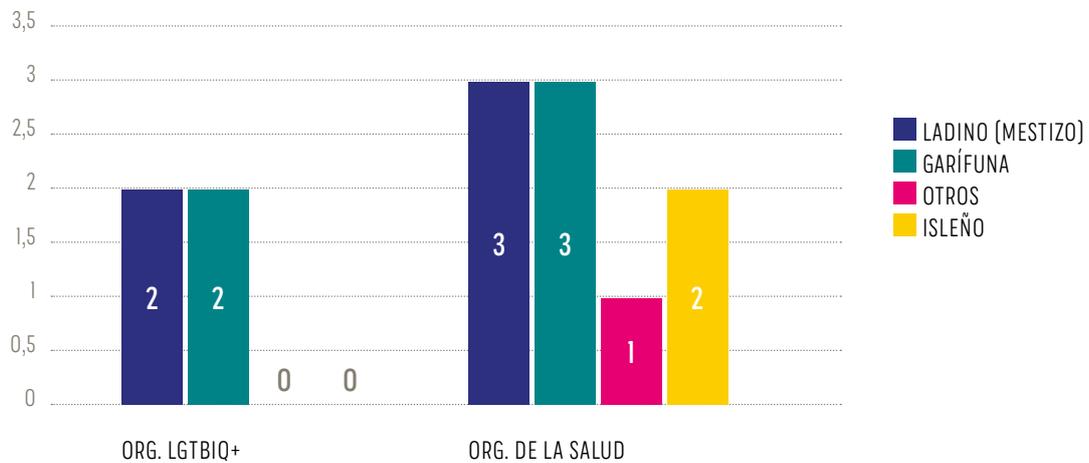
GRÁFICA 6. NIVEL EDUCATIVO



GRÁFICA 7. NIVEL ECONÓMICO



Finalmente, se señala el perfil de diversidad cultural de la población que atienden, tanto las organizaciones LGBTQ+, como las organizaciones de la salud. En este sentido, destaca la ausencia de personas isleñas atendidas por las organizaciones LGBTQ+.



4.5. CLAVES UTILIZADAS

Para garantizar la confidencialidad y la seguridad de las personas participantes les hemos asignado una clave a la hora de referirnos a ellas, en lugar de utilizar su nombre:

CUADRO 4. CLAVES ASIGNADAS A PARTICIPANTES

Organizaciones LGTBIQ+	orgLGTBIQ+1 orgLGTBIQ+2 orgLGTBIQ+3
Organizaciones vinculadas a salud	orgSalud1 orgSalud2 orgSalud3 (3 personas)
Entrevista personal salud	AgentesSalud1 AgentesSalud3 (2 personas) AgentesSalud4
Entrevista personas LGTBIQ+	PersonaLGTBIQ+1 PersonaLGTBIQ+2 PersonaLGTBIQ+3 PersonaLGTBIQ+1bis PersonaLGTBIQ+2bi PersonaLGTBIQ+3bis PersonaLGTBIQ+4bis PersonasLGTBIQ+5bis (2 personas) PersonaLGTBIQ+6bis
Encuesta	encuesta

05

HALLAZGOS

5.1 EJE 1: LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO

Los aportes que las personas participantes han realizado respecto a este eje están organizados en 15 apartados:

- ▶ Contexto de violencia
- ▶ Visibilizarse
- ▶ Discreción y confidencialidad
- ▶ Desconfianza
- ▶ El trato en los establecimientos de salud
- ▶ Las creencias
- ▶ Investigación y actualización de información
- ▶ Formación y capacitación
- ▶ Atención diferenciada
- ▶ Pruebas y tratamientos
- ▶ Lo comunitario y el entorno
- ▶ La cercanía de los centros y sus infraestructuras
- ▶ Los vínculos entre iguales
- ▶ La ley de equidad de género y protocolos
- ▶ Reconocimiento de la identidad de sexo y género

5.1.1. CONTEXTO DE VIOLENCIA

Por lo que señalan las personas participantes LGTBIQ+ no hay una relación entre sentirte querida en el entorno en el que vives y la seguridad que existe. En las encuestas se muestra que la mayoría de las personas consideran que sus familias les aceptan tal y como son, algo que parece clave para vivir con cierta seguridad, ya que estas personas señalan que el lugar en el que viven es seguro para ellas. Sin embargo, por otro lado, en su mayoría no se sienten queridas por su comunidad. A pesar de las personas que señalan que viven en entornos seguros, hay otras que comentan que hay lugares de residencia que no son seguros para las personas LGTBIQ+.

 Mi familia no sabe el que soy de la comunidad LGBT+ y de ser así no lo aceptarían, ni ellos ni la sociedad lo harían ya que de igual manera se presenta en grandes cantidades lo que es la homofobia. [ENCUESTA](#)

 No, viven en zonas altamente vulnerables. Con decirle que cuando vamos a tener una actividad con ellas, los proyectos contemplan el ir a buscarlas a casa, por la violencia que puedan sufrir. Nos quedamos en la carretera esperándolas para acompañarlas, por ejemplo, a la Universidad. También hay problemas de migración. Muchas son amenazadas y se van de su barrio, pero van a otros también altamente peligrosos. [ORGSAUD1](#)

Las personas LGTBIQ+ viven la violencia de un país machista, ejercida tanto por otrxs ciudadanxs, como por la policía. Se señala que Honduras es un país donde nadie está seguro, donde hay asesinatos por odio. Es un país de pobreza y desigualdad. Donde hay personas que tiene que huir del país para poder seguir viviendo. Como vemos, estas características que interseccionan, son fundamentales para comprender las vidas de tantas personas LGTBIQ+.

 Vivimos en un país en general bien inseguro, no solo para la gente LGTBI, aunque sea la más vulnerable. Por el tema del machismo. Somos acosados, tanto por personas civiles, como de la propia policía. Los meten presos, los persiguen... en lugar de cuidarlos es todo lo contrario. [ORGLGTBIQ+1](#)

- Los índices de violencia en nuestro país son bastante altos. Algunas se van del país, buscando nuevas esperanzas de vida. Todas las personas estamos expuestas a que alguien venga en moto y nos mate. ORGSALUD3

Las personas LGTBQ+, que viven estas situaciones de violencia, van imaginando maneras de afrontarla (por ejemplo, no saliendo del sector en el que viven), así como organizando entornos de vida seguros. Algunas personas entrevistadas señalan que las creencias religiosas de sus vecinxs les generan mucha presión psicológica. También se añade que, algunos hombres, incluso pueden ejercer violencia física.

- Aquí la violencia aún es más marcada que en La Ceiba hacia las personas homosexuales. No es que no me sienta seguro, pero es que tengo miedo que me pueda pasar algo y por eso no salgo de este sector. PERSONA LGTBQ+1BIS
- Es seguro porque aquí nací, crecí y aquí estoy todavía. En La Ceiba. Persona LGTBQ+3BIS
- Corro un cierto riesgo, pero trato de mantenerme muy reservado en el espacio y evitar estar expuesto en las calles. PERSONALGTBQ+4BIS
- Mi barrio es seguro porque vivo aquí desde que nací y la gente me conoce. Aunque otras personas no podrían opinar lo mismo. PERSONALGTBQ+1
- MSeguro, es un pueblito retirado, gente nueva... porque vivir en el entorno donde naciste trae problemas emocionales para uno. Por lo menos no me siento odiado. PERSONALGTBQ+2
- MEl entorno creo que no, porque son demasiado religiosos y hay mucha presión psicológica y social. Y por parte masculina hasta física. PERSONALGTBQ+3

5.1.2. VISIBILIZARSE

El 50% de las personas LGTBQ+ participantes en las encuestas señala que no han tenido ningún problema a la hora de asistir al establecimiento de salud. El 40% señala que no ha tenido problemas en los establecimientos porque no se visibiliza como LGTBQ+. Además, el 90% de las personas encuestadas señala que en los establecimientos de salud les atienden con respeto.

Tal y como señalan las personas LGTBQ+, les resulta más fácil visibilizarse en la salud privada porque pagas. Las personas participantes en las encuestas señalan, a partes iguales, que hay quienes se visibilizan siempre y quienes lo hacen cuando consideran necesario, dependiendo de la situación.

- En el público hay mucha discriminación y violencia. Prefiero no hacer uso del sistema público de salud. () Mi salud la trato en el privado. Saben que soy trans y me tratan con el nombre que prefiero por el hecho de que les estás pagando. PERSONALGTBQ+2
- Soy enfermera y cuando asisto como enferma sí me identifico, tanto cuando voy a consulta como cuando atiendo a personas LGTBQ+ porque así se abren más y son más sinceros y hay más confianza. PERSONALGTBQ+3
- No, ninguno. No se ha dado la ocasión en la que sea necesario el aclarar mi orientación sexual. ENCUESTA

🔊 En Cruz Roja que la primera vez que fui me discriminaron. ENCUESTA

Los Servicios de Atención Integral -SAI- (se explica lo que son a continuación, en el cuadro 5) ofrecen un mejor servicio que los establecimientos de salud a las personas LGTBIQ+. Se señala que en los establecimientos de salud no existe discreción y que hay personas que se pueden exponer si hacen público que son LGTBIQ+. Decirlo te hace vulnerable y hay personal sanitario que puede no tratarte adecuadamente. Sin embargo, la mitad de las personas participantes en las encuestas señala que, en los establecimientos de salud, se trata con discreción. También añaden que sólo se exponen si acuden por una cuestión relacionada con su sexualidad, ya que no siempre es necesario. Además, la mitad de las personas participantes señala que no considera necesario visibilizarse en el establecimiento de salud. Hay quien señala que sólo se expone ante el personal médico, pero que no desea hacerlo público y que es una decisión personal.

🔊 Y las personas trabajadoras de la salud se reúnen y empiezan a hablar de esa persona a sus espaldas, aunque también lo hacen delante de esa persona. Y esto pasa porque no es algo aceptado y se les trata mal. PERSONALGOTBIQ+3

🔊 En los centros de atención integral (SAI), donde se maneja a las personas VIH, el personal ha sido altamente capacitado y los pacientes se sienten cómodos. Pero en la atención primaria de salud los médicos no han tenido esa capacitación sobre DDHH y las personas LGTB. Y es ahí donde son más vulnerables. ORGSALUD2

🔊 Porque no creo que sea relevante el aclarar el punto de las preferencias sexuales si éste no afecta en algún tema de la salud. ENCUESTA

🔊 ¿Por qué debemos de mostrar quiénes somos? ENCUESTA

🔊 Por qué entre más personas nos visibilicemos se demostrará que tanto podemos ayudar ya sea donando o recibiendo ayuda porque tenemos derechos sin importar a quien amamos o cómo nos identificamos. ENCUESTA

CUADRO 5. ¿QUE SON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL?

En la década de los 90's, Honduras apunta como uno de los países del área centroamericana que más casos de VIH/sida reportaba y para ese entonces, el sistema de salud no contaba con una respuesta para atender las necesidades médicas propias de las personas infectadas por el VIH.

En el año 2002, siguiendo las directrices de la OMS y con apoyo del financiero del Fondo global de la Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (FG), se forman las 3 primeras unidades de asistencia a pacientes con VIH, denominadas como CENTROS DE ATENCION INTEGRAL (CAI) (en Tegucigalpa: hospital escuelas universitario y Hospital Nacional del Tórax, hoy llamado Instituto Cardiopulmonar y en el Hospital Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula).

Posteriormente se establecen más CAI en diferentes hospitales regionales del país distribuidos, cubriendo los 18 departamentos que conforman el país. Los CAI tenían en ese entonces una dependencia administrativa y técnica del desaparecido Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de salud y el personal laborante dependía de

las aportaciones financieras del FG, por lo que cada CAI contaba con personal multidisciplinario constituidos por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social y farmacéutico, personal entrenado en la temática VIH. A partir del 2011-2012 con la reducción del apoyo financiero del FG para la contratación de personal, los recursos asistenciales se reducen drásticamente, desistiendo en muchos de ellos de profesionales de la psicología, trabajadores sociales y farmacéuticos.

En el año 2014 y bajo la visión de ampliar la cobertura de la terapia ARV, en la estrategia de atención integral se incluye las unidades de salud de nivel primario, por lo que, para ese año son 49 establecimientos de salud que cuentan con atención y distribución de ARV.

La implementación de esta política de extensión y visualizando este tipo de servicios como parte del paquete de atención ofrecidos por los establecimientos de salud donde funcionan, se cambia el nombre de CAI por el de Servicios de Atención Integral. (SAI)

En el departamento de Atlántida existen 4 establecimientos que ofrecen estos servicios: En la Ceiba, Establecimiento de salud de Sambo Creek y en el Establecimiento de salud metropolitano, en el municipio de La Música, en el Establecimiento de Salud de San Juan Pueblo, y en el municipio de Tela, en el Hospital Tela Integrado.

Doctor Sergio Flores Urrutia²

Se ve necesario atreverse a ser y a vivir, visibilizándose por los derechos de las personas LGTBIQ+. La visibilización ayuda a que el personal sanitario se dé cuenta que las personas LGTBIQ+ existen y que deben aparecer en las investigaciones e informes. Además, señalan que las vivencias y los riesgos de salud son diferentes si eres una persona hetera o LGTBIQ+. Se comenta que, por lo general, los gais y trans suelen visibilizarse, mientras que bisex y lesbianas no. El personal de salud menciona que, de entrada, no saben si sus pacientes son LGTBIQ+, algo que van conociendo con la confianza que va dando el trato de los años. Por otro lado, también se señala que, lamentablemente, el VIH ha ayudado a visibilizar a la población LGTBIQ+.

-  Pero con lo que hay deberíamos visibilizarnos porque hay gente para la que no existimos. Y por eso necesitamos visibilizarnos y por defender también nuestros derechos. [PERSONALGHTBIQ+1BIS](#)
-  (...) que nos conozcan y conozcan estas otras formas de ser. Es necesario que nos atrevamos a ser, mostrarnos, a vivir. [PERSONALGHTBIQ+1](#)
-  En su mayoría hay un grupo que no como por ejemplo los bisexuales. Los gais y trans normalmente sí. Pero si hay un grupo grande que no. Las lesbianas tampoco son tan visibles. [ORGLGHTBIQ+1](#)
-  Para mí es necesario porque así hacemos incidencia en el aspecto de que existe ese número y esa estadística. [ORGLGHTBIQ+2](#)

2 Nuestro agradecimiento al Doctor Sergio Flores Urrutia por este aporte a la investigación, clarificando lo que son los SAI.

- 🔊 Lo que pasa que la epidemia de VIH y siendo ellas un grupo de atención es que se les ha prestado atención. Dentro de lo bueno del VIH es que se les ha visibilizado. [ORGSAUD2](#)
- 🔊 Sobre todo, la atención en sí, es importante que se respete la diversidad sexual de cada persona. Porque las vivencias son diferentes (los riesgos) si eres hetero o no. [ORGLGTBIQ+1](#)

5.1.3. DISCRECIÓN Y CONFIDENCIALIDAD

Las personas participantes en las entrevistas señalan que en el sistema público de salud hondureño no se respeta la confidencialidad. Mientras que el trato es más adecuado en los establecimientos de salud que en los hospitales, en los primeros hay veces que son más indiscretos. Sin embargo, los agentes de salud consideran que sí se garantiza la discreción, aunque en los municipios pequeños es más complicado, porque todo el mundo se conoce. Además, se señala que el personal de salud no sabe cómo tratar a las personas LGTBIQ+, más por desconocimiento que por un interés de hacer daño.

- 🔊 En el SAI estaba todo el mundo en fila y gritaban quienes necesitaban medicamento o una prueba. Y de esa manera se rompe la confidencialidad sobre VIH y me visibilicé bastante como LGTBI. [PERSONALGTBIQ+1BIS](#)
- 🔊 He acudido un par de veces al hospital público para hacerme una revisión ginecológica y es sumamente complicado. Al presentar mi documento, he sentido el trato distinto. No saben cómo referirse, como atenderte, como tratarte y esto es sumamente incómodo. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)
- 🔊 Lo valoro regular. Porque hemos tenido la experiencia de quienes quieren pagar un médico privado. Porque hay estigma y discriminación, sobre todo quienes sufren ITS, por ejemplo, VIH. Las llaman no por su nombre social sino por el que viene en su expediente. () También en la universidad cuando les íbamos a dar los títulos, que querían poner el nombre del expediente. Finalmente se consiguió poner el nombre social. Por el Covid se les dejó de dar un medicamento de VIH y se hizo una pelea de DDHH y así finalmente se logró [ORGSAUD1](#)
- 🔊 Si tenemos bastante y por eso tenemos un éxito en la atención a la población LGTBI [AGENTESSAUD3](#)
- 🔊 Más o menos. No siempre, es difícil luchar contra las costumbres, básicamente en los pueblos pequeños, donde todo el mundo se conoce. [AGENTESSAUD4](#)

Tal y como ya se ha señalado, los establecimientos públicos de salud no garantizan una atención discreta y personalizada, entre otras razones por la saturación de los centros, ya que acude mucha cantidad de gente. Se destaca la atención poco cuidada a las personas trans, aunque, generalmente, en los establecimientos donde ya conocen a lxs pacientes LGTBIQ+, se les trata adecuadamente.

- 🔊 No tanto a mí, es más al resto de las chicas trans. Por ejemplo, cuando una persona es positiva de VIH, la manera de tratarles, todo el mundo se da cuenta de lo que tienen. [PERSONALGTBIQ+3BIS](#)
- 🔊 Lo que se habla en consulta se conversa, por parte del personal de salud, en los almuerzos y ese personal puede ser tu vecino. Yo que estoy entre el personal de salud al interno no hay discreción y se toma como chisme y habladurías. Y se cuentan cosas que no se deben decir y no se cumple la discreción. [PERSONALGTBIQ+5BIS](#)

🔊 Realmente yo digo que no. La información de si tienes VIH sale a la luz y los expedientes se muestran sin problema. Hay que ver la forma de guardar la información de las personas. [ORGLGTBIQ+1](#)

Aunque no en todos los establecimientos públicos se atiende de la misma manera, ya se ha mencionado que, de forma generalizada, no hay una atención discreta y personalizada, por lo que se acaba asistiendo a la salud privada. Además, se llega a señalar que existe un maltrato a la población en general y en particular a la LGTBIQ+. Las personas entrevistadas destacan que ser atendidx con respeto es un derecho y no puede depender de la persona profesional que te atiende.

🔊 Preferimos no tener contacto con el establecimiento, porque maltrata a toda la población, pero en particular a la población LGTBI. [PERSONALGTBIQ+1](#)

🔊 Por el estigma y discriminación que existe. Porque no hay privacidad en la atención médica. Es donde nosotras como organización, vamos a acompañar a las compañeras para que sean atendidas. Entonces les atienden, pero cuando van solas están sentadas en una silla esperando y pasando el tiempo y se terminan yendo. [ORGLGTBIQ+2](#)

🔊 Nuestro sistema de salud carece de medicamentos. Dicen que es mejor ir a la farmacia y se automedican. Es un problema [ORGSALUD1](#)

🔊 Los que mejor acceso a salud tiene son quienes tienen capacidad económica, porque van a la privada. El resto van a los estatales y ocurren lo que he señalado y la discriminación es más evidente. El sistema de salud es precario y las necesidades de las personas no están satisfechas. Faltan medicamentos y la gente no se va a exponer a perder una mañana en vano o a ser discriminada. [ORGSALUD2](#)

Ahora bien, frente a esta opinión generalizada que ya se ha mencionado, también hay quien considera que hay discreción por parte del personal de salud, aunque se reconoce que puede haber casos en los que se quebranta la confianza.

🔊 El servicio de salud tiene un régimen estricto de discreción. Pero en la mayoría de los casos no es un servicio ni un trato adecuado. No todos, pero algunos quebrantan su ética profesional. [PERSONALGTBIQ+1](#)

5.1.4. DESCONFIANZA

Se muestra una desconfianza generalizada en el sistema público de salud, por lo que las personas participantes en la investigación, prefieren ser atendidas en el sector privado.

🔊 No me siento en la confianza por todo lo que ha pasado y todos los acompañamientos que he hecho me han dejado un mal sabor de boca. [PERSONALGTBIQ+1BIS](#)

De hecho, se señalan prácticas de engaño y manipulación, exponiendo incluso la propia privacidad, para que las personas LGTBIQ+ se hagan diversas pruebas, bien de VIH o de ITS.

🔊 Si he tenido problema. Exposición de mi privacidad. Voy al SAI con mi pareja y mientras me hago las pruebas, le dicen a mi pareja que yo soy promiscuo para que así él también se haga la prueba. Sea o no sea verdad lo que yo sea, no hay razón para hacer esto. [PERSONALGTBIQ+1BIS](#)

5.1.5. EL TRATO EN LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD

Tal y como se ha señalado anteriormente, las personas entrevistadas procuran ir a los centros de salud privados. Esto es por diferentes motivos, entre los que destacan, en las encuestas realizadas, que I) los servicios que se necesitan no los cubre el establecimiento de salud, II) o que no se sienten en confianza de ir al establecimiento, III) o que el personal sanitario de los establecimientos de salud no tiene ninguna experiencia en temas de diversidad sexual y de género.

- 🔊 No voy al público porque la atención es difícil. No se me trata como quisiera, no se me trata como hombre. Se me llama por mi nombre de nacer. Me hace sentir incómodo y además está el comportamiento de alguna gente del centro de salud. Esto hace que no me sienta cómodo ni seguro. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)
- 🔊 Prefiero no ir como la mayoría de la población, es que si vamos a un establecimiento de salud vamos a volver más enfermos que antes. Recorro a la salud holística y natural. [PERSONALGTBIQ+1](#)
- 🔊 Cruz Roja no me deja donar sangre. [ENCUESTA](#)

También se señala como otra razón para no acudir a los establecimientos de salud la falta de personal médico y el tiempo de espera. Existen pocos centros de salud para mucha población, con una organización de los establecimientos que resulta obsoleta. Además, no se atiende por turno de llegada, sino por amiguismo.

- 🔊 El centro de salud se encarga de abarcar colonias que tratan un número significativo de población. El sistema de acceso es muy anticuado y esto dificulta a los pacientes tener un trato digno. Si usted va al centro de salud tiene que levantarse a las 4 de la mañana y sale del centro al mediodía. Y te pueden atender por preferencia. [PERSONALGTBIQ+1](#)
- 🔊 En el centro de salud la mayoría de las veces son personas que hacen prácticas y básicamente los licenciados en enfermería no nos atienden. Suelen ser personas en prácticas. En el hospital general es otro tema distinto. [PERSONALGTBIQ+1](#)

En general se señala que no se ha sufrido violencia verbal, aunque mencionan que sí han vivido un trato no adecuado. En este sentido, algunas de las personas trans entrevistadas, comentan que no consideran un insulto que no las llamen por su nombre³. Además, se señala que la mayoría de las personas ha recibido un trato no adecuado basado en prejuicios, destacando los que se fundamentan en cuestiones religiosas.

- 🔊 Igual no es un insulto cuando no te llaman por el nombre que eres. Debería ser un personal capacitado para encontrarse con todo tipo de persona. Y nos sentimos mal en lo emocional. [PERSONALGTBIQ+3BIS](#)
- 🔊 Si creo que es más por parte religiosa de algunas personas que trabajan en los establecimientos. Y me hace preguntas si acudo a la iglesia y creo en dios [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)
- 🔊 El respeto conlleva tantas cosas: tiempo, calidad, prontitud, confidencialidad Así que respeto no tienen. No les interesan las condiciones de vida. Pero cuando tienen un proyecto de ITS y necesitan un número de personas para hacer una campaña, entonces sí que nos buscan [ORGLGTBIQ+2](#)

3 A este respecto, resulta interesante la reflexión sobre insulto e injuria que realiza el Centro Nacional de Memoria Histórica (2015:68) *Aniquilar la diferencia. Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales en el marco del conflicto armado colombiano*. Bogotá, CNMH-UARIV-USAID-OIM.

Parece ser que el trato es diferente si eres un hombre trans, una mujer trans o si eres una mujer lesbiana que, además, acude al establecimiento con tu pareja.

- 🔊 Pero la cosa es que no saben cómo dirigirse a mí cuando me ven y tienen en la mano mi documento de identidad. O no saben cómo referirse o se refieren como aparezco en mi documento. En mi caso de hombre trans, pero sé que es totalmente distinto cuando es el caso de una mujer trans. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)

Las personas LGTBIQ+ no sienten vergüenza que el personal de salud sepa quiénes son. Sin embargo, señala que sienten miedo a la discriminación y que den por hecho que, por ser LGTBIQ+, tienen SIDA o ITS.

- 🔊 No es vergüenza es por discriminación, por el tratamiento que nos dan. Dan por hecho que tenemos VIH o ITS. O que ser lesbiana es contagioso. [PERSONALGTBIQ+5BIS](#)

Esta es una cuestión que, por prejuicio, se piensa principalmente, de los hombres gays y las mujeres trans. Resulta fundamental estar empoderadxs para enfrentarse estas situaciones en los establecimientos de salud.

- 🔊 A algunas chicas si les ha pasado, no a todas, pero el empoderamiento hace que algunas conozcan sus derechos. Las que no los conocen son las violentadas. [PERSONALGTBIQ+3BIS](#)
- 🔊 Los hombres trans no estamos dentro de la población vulnerable para poder hacernos estas pruebas. Acá es más para mujeres trans y hombres gays. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)

Mientras que la mayoría de las personas señalan que el trato que se recibe en los establecimientos de salud no incide ni negativa ni positivamente en sus vidas, una persona señala que incide negativamente, en lo emocional y psicológico, al no ser atendidx con respeto.

- 🔊 Afecta más que todo emocional, en la parte psicológica. Por el hecho de no ser atendido con el debido respeto. Y esto produce daños psicológicos o emocionales. [PERSONALGTBIQ+2](#)

5.1.6. LAS CREENCIAS Y LOS ESTEREOTIPOS

Las personas participantes en las entrevistas señalan que las creencias (por ejemplo, religiosas) y los estereotipos de parte del personal de salud generan tratos poco adecuados. Aun así, también se menciona que, poco a poco, se van trabajando las creencias del personal sanitario para dar un buen trato a las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud.

- 🔊 Hay una gran brecha en ese aspecto. Hasta en el mismo personal de salud hay discriminación para ese tipo de población. [AGENTESSALUD1](#)
- 🔊 Sí influye. No en la mayoría de la población, pero sí tiene una influencia. [AGENTESSALUD3](#)
- 🔊 Actualmente no. Hemos dado talleres de socialización sobre comunidad LGTB, estigma y discriminación. Y las creencias se han modificado. [AGENTESSALUD4](#)

5.1.7. INVESTIGACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Se señala que el personal de salud no dispone de datos médicos e información actualizada sobre las situaciones de salud de las personas LGTBIQ+. Parece ser que, desde el Gobierno, no se plantean nada al respecto y que son las organizaciones sociales las que realizan este trabajo de información e investigación. La falta de recursos y la continua rotación del personal de salud pueden ser cuestiones a tener en cuenta.

 Si estamos trabajando en eso. Tenemos una ONG (no es la secretaría de salud directamente porque no tiene personal dirigido a trabajar con esta población. Esta organización si pone personal que trabajan directamente con la población) que nos apoya en la metropolitana de salud para trabajar con esta población. Lo hacemos desde hace varios años para estar pendientes de la salud de los chicos y chicas.

AGENTESSALUD3

 No todo el mundo. La gran mayoría no. Se debe a la falta de recursos financieros para socializar y dar a conocer en los municipios dichas situaciones. También a la rotación del personal. AGENTESSALUD4

Aunque existe una política pública de salud para las personas LGTBIQ+, que se concreta en los SAI, parece que son las organizaciones sociales y la Cooperación Internacional, las garantes de su cumplimiento. Igualmente, se señala que el personal de salud conoce la existencia de la Guía clínica de atención integral a las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, el Sistema público de salud no les forma al respecto y el personal recurre al apoyo entre colegas.

 Yo sí la conozco. Mis compañeros no al 100% pero sí un porcentaje alto. Quienes más la conocemos somos los centros que conocemos a pacientes VIH. Yo sí la aplico. A pesar de no haber sido capacitada a nivel de leyes de gobierno o actividades específicas de la secretaria de salud. Lo que pasa es que compartimos los colegas y lo ponemos en práctica. AGENTESSALUD1

También se señala que, en general, hay desconocimiento sobre lo que es ser LGTBIQ+ haciendo que el personal de los establecimientos se sienta incómodo, a la vez que este hace que las personas LGTBIQ+ también. Se citan algunos ejemplos al respecto. Por un lado, están las personas trans que, aunque son atendidas en los establecimientos, se sienten rechazadas por el personal de salud. Por otro lado, las personas trans se sienten estigmatizadas cuando se las relaciona con el VIH, algo que, además, genera violencia por parte de otros pacientes. Finalmente, se señala que, aunque la ley obligue a mantener en el expediente médico el nombre legal, el personal médico podría anotar también el nombre elegido por parte de los pacientes trans y tratarles así.

 Y te llaman en alto con tu nombre legal. También te tienen miedo porque creen que tienes VIH y eso anima a la violencia que pueden tener terceras personas, como otros pacientes. PERSONALGOTBIQ+2

 Estamos tratando de manejar con el personal de salud que le diga con el nombre que las personas trans les gusta. Que en el expediente aparezca el nombre social, aunque también esté el nombre legal. Con el personal de salud que hemos capacitado abordamos ese tema. Y el personal de salud nos dice que se les atiende con el nombre social y se respeta las decisiones de cada persona. ORGSALUD3

 En el expediente por cuestiones de identidad tenemos que ponerle el nombre legal, pero les llamamos por su nombre social. En el expediente ponemos también su nombre social y que es el que quieren que se les llame. Ya tenemos la experiencia de un médico nuevo que le llamó por el nombre legal y el paciente nunca se movió de su silla y se quejó. AGENTESSALUD3

- 🔊 No se les trata como ellas quieren, ya que se les trata por el nombre de nacimiento porque la ley no permite tratarles de otra manera. No es legal. [AGENTESSALUD4](#)

5.1.8. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

La falta de capacitación y de recursos dificulta la atención a las personas LGBTQ+. Se señala que, si bien se realizan campañas de sensibilización al personal de salud, sería conveniente valorar su impacto, ya que se centran en dar a conocer ciertos términos, pero sin profundizar en cómo realizar una atención más amable y empática. Además, resulta necesario promover que el personal sanitario tenga interés por estas formaciones y que no sólo acuda por obligación. Igualmente, se plantea la necesidad de reforzar el impacto que puede tener en cada establecimiento la participación de algunas personas profesionales en estas formaciones. Así mismo se señala la importancia de involucrar a toda la sociedad en estas campañas de sensibilización.

- 🔊 La falta de insumos y de recursos. No hay una atención donde nos podamos sentir bien y garantice nuestra seguridad y salud. La falta de capacitación del personal hay una falta de garantías. [PERSONALGTOBIQ+4BIS](#)
- 🔊 En La Ceiba vamos solo por una receta médica, porque medicinas no hay. Tenemos que comprarlo en farmacias. [PERSONALGTOBIQ+3BIS](#)
- 🔊 Pero de otra manera, porque hay organizaciones que hacen campañas, pero no valen para nada. Se les explica lo que quieren decir los términos, pero nada de nada. Es mejor más práctica y menos teoría. [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
- 🔊 Que no haya amabilidad no me importa, pero un poco de empatía es necesaria. Hay médicos que no quieren hacer la consulta. [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
- 🔊 Van a una capacitación, pero porque les obligan. Una vez que salen de ahí ya se les olvida. () A veces vamos donde la directora de un hospital o establecimiento y mandan a dos personas para salir del paso. La cosa sería que luego esas dos personas den unos talleres en los centros en los que están trabajando [PERSONALGTOBIQ+3BIS](#)
- 🔊 Todos los centros de salud están capacitados y hemos hecho una currícula para todos los centros de salud, sobre diversidad sexual, DDHH, ética profesional, atención de calidez y calidad... de tal manera que cuando llegan las personas, estos profesionales de salud, ya están sensibilizadas. Capacitamos sobre la importancia de la confidencialidad. [ORGSAUD3](#)
- 🔊 Si, creando más campañas de sensibilización y de capacitación. Involucrar también al resto de la población en estas campañas contra el estigma y la discriminación. [PERSONALGTOBIQ+1BIS](#)
- 🔊 Que las condiciones de los centros de salud son pequeñas. No solo a la población LGBTI. No hay medicamentos, no hay recursos, en muchos centros no hay médicos. No hay laboratorios. Los servicios de salud primaria para toda la población son pobres. Atienden cuatro personas para una población muy grande. [ORGSAUD3](#)

Se señala que el personal de salud no recibe formación sobre Diversidad sexual y de género en las universidades y que son las organizaciones sociales, con el apoyo del Servicio de Salud, las que les forman una vez que están ejerciendo. Según se apunta, estas formaciones no son suficientes, porque no les ayudan a compren-

der a las personas LGTBQ+, reconociendo que resulta muy complicado desmontar las creencias y prejuicios establecidos. Además, la asistencia a las formaciones se convierte en un requisito obligatorio y por eso las realizan. Se señala que van aprendiendo a través de sus propias prácticas con la población LGTBQ+. Si bien es fundamental formar a profesionales en activo, también lo es formar en las universidades. En este sentido, el personal de salud señala que, quienes trabajan directamente con la población LGTBQ+ sí recibe formación, pero que el resto del personal no.

- 🔊 Sí tienen, especialmente, todo el personal de salud. Lo que no estoy seguro es el nivel de sensibilización que tienen. El personal formado en la universidad católica de Honduras creo que no tienen formación en Diversidad sexual y de género. Y los que se forman en la pública, los médicos, no tienen una formación que les ayude a atender la diversidad, no solo la sexual. [PERSONALGTBQ+6BIS](#)
- 🔊 (...) pueden haber recibido formaciones, pero hay muchas razones para no atender adecuadamente (cambio de personal, LGTBQfobia, el machismo...) hace que el trato sea diferenciada, incluso mala. Especialmente para las mujeres trans. [PERSONALGTBQ+4BIS](#)
- 🔊 Pueden tener el conocimiento teórico, pero el sentimiento no, porque nos tratan como enfermos, como si no fuéramos personas. [PERSONALGTBQ+5BIS](#)
- 🔊 Nos dan talleres. Solo a nosotras que estamos trabajando con ellos. A quienes trabajan con la población general no les dan esa formación. No les tratamos aquí por discriminación sino porque sabemos cómo trabajar con ellos. Esta formación la dan las organizaciones con apoyo del servicio de salud porque nos posibilitan asistir. Quienes vamos luego socializamos con el resto del personal. [AGENTESSALUD3](#)

Existe un desconocimiento de ciertos conceptos básicos por parte del personal de salud. Algo que ha quedado evidenciado en las entrevistas mantenidas, por ejemplo, sin saber la diferencia entre Cis y Trans. El lenguaje utilizado por algunos profesionales de la salud plantea como normal es ser hombre o mujer, en contraposición a ser trans.

5.1.9. ATENCIÓN DIFERENCIADA

Se señala que el sistema está organizado para las personas heterocisgénero, lo que genera que las personas trans estén expuestas y que prefieran la salud privada. Se requiere de una atención diferenciada, que respete las identidades LGTBQ+ y con centros más sensibilizados con lo trans, por ejemplo, con salas específicas donde poder estar cómodas.

- 🔊 Pero nos deben de tratar como merecemos. Con nuestra identidad, en una sala que nos haga sentir cómodas. Y es que no saben dónde ubicarnos. [PERSONALGTBQ+4BIS](#)
- 🔊 Específicamente la población trans prefiere un médico privado, para evitar abusos, estigmatización [PERSONALGTBQ+2](#)
- 🔊 De nuestra población son las mujeres trans porque son discriminadas. Y deberían ser más sensibilizados los centros de salud a los que asistimos. [PERSONALGTBQ+2BIS](#)
- 🔊 Aunque creo que es importante porque a nivel de salud sexual reproductiva merecemos tener un trato diferenciado de las personas heterocisgénero. Y es que el sistema está montado para atender a estas personas y por eso es importante visibilizarse. [PERSONALGTBQ+6BIS](#)

5.1.10. PRUEBAS Y TRATAMIENTOS

Las personas participantes señalan que en los establecimientos públicos se solicitan las pruebas médicas necesarias, aunque las realizan aquellas personas que puedan pagarlas, ya que se realizan en la privada. Por otro lado, se señala que no es que se nieguen a realizar las pruebas, sino el trato recibido. Además, se señala que, en el servicio ginecológico, por ejemplo, se mantienen sesgos heterosexuales y reproductivos, dando por hecho que, por ser lesbiana, hay pruebas que no es necesario realizar.

-  Las ordenan, pero corre por cuenta propia realizarlas en la privada. [PersonaLGTBIQ+6bis](#)
-  También en pruebas ginecológicas, porque al ser lesbiana suponen que no tengo las mismas pruebas que a las heterosexuales. [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
-  No te la niegan directamente, pero te fuerzan... y hasta el trato se vuelve agresivo, como de castigo. Como si fueran unas violaciones correctivas. [PERSONALGTBIQ+5BIS](#)
-  Estamos lejísimos que profesionales de la ginecología sepan atender a un hombre trans. O el urólogo al que acuden mujeres trans. [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
-  No tenemos capacidad suficiente. Depende de los recursos que existen en cada momento de reactivos. En la mayoría del tiempo sí que hay pruebas, pero hay momentos que no tenemos pruebas complementarias. [AGENTESSALUD4](#)

Al igual que con las pruebas médicas, ocurre lo mismo con los medicamentos, ya que en los centros se llega a dar exclusivamente las recetas, porque no disponen de los medicamentos adecuados. Esta cuestión, también supone un problema, cuando la población carece de recursos para pagarlos.

-  Hay carencias de medicamentos en los establecimientos. Y nuestra población no tiene mucho dinero e imposibilita el acceso a medicamentos que son recetados, porque la medicina de los hospitales no es suficiente. [ORGLGTBIQ+1](#)

Respecto al contexto actual sobre el Covid-19, se señala que, ya previamente, el Sistema de salud que existía no era el adecuado, y que este virus ha multiplicado los problemas. Al principio fue más difícil la atención ya que faltaron medicamentos y no se atendió a personas con VIH. Había dificultades de acceso de la población, bien por problemas de transporte, bien porque tenían miedo a ir al establecimiento de salud. En algunos centros, ante la imposibilidad de atender a las personas con VIH, el personal de salud se desplazó a sus domicilios, con el permiso previo por parte de las personas implicadas. Además, ante la imposibilidad de trabajar de algunas personas, se les apoyó con alimentos.

-  Es un tema complicado. Si el sistema de salud en Honduras es malo, con el Covid los problemas se han multiplicado y han sumado horrores. En cuanto a la atención de chequeos para personas con VIH no se hace normalmente en el hospital. Lo hacen organismos no gubernamentales. Y el manejo de la información y el paciente es muy profesional. Preferiría un chequeo antes en una organización que en el hospital [PERSONALGTBIQ+1](#)
-  Siempre se nos ha atendido. Al principio con algunas restricciones, pero en general se ha atendido los diferentes casos. Los medicamentos de VIH estuvieron difíciles porque no se podía ir a pedirlos y los centros de salud fueron ellos a entregarlos a las personas. No dejaron que las personas se quedaran sin medicamentos. [ORGLGTBIQ+1](#)

- 🔊 Si porque no ha habido transporte en los lugares donde ellos viven. Estábamos preocupadas porque su asistencia a consulta cada tres meses está bajita. Y estamos mirando cómo acercarnos a los lugares donde viven, pero no hay fondos para acercarnos. [AGENTESSALUD3](#)
- 🔊 Si. Al principio de la pandemia personas se quedaron sin medicamentos en el CAI (de ARD) por dos meses y 15 días. Y no digamos los otros medicamentos. [ORGLGTBIQ+2](#)

Sobre las personas que son víctimas de violencia sexual se señala que lo normal es no hacer nada. Sólo acude a los servicios de salud quien conoce los procedimientos. De hecho, el 70% de las personas encuestadas señalan que no saben a qué servicio de salud deben acudir si son víctimas de esta violencia.

- 🔊 Si, puedo acudir al centro de salud o al hospital. Es un caso muy delicado este tema. Lo normal es no hacer nada. Pero al ser una persona que conozco los procedimientos sería ir al hospital o llamar a alguna persona de una organización no gubernamental que me acompañe al procedimiento. [PERSONALGTBIQ+1](#)

5.1.11. LO COMUNITARIO Y EL ENTORNO

Parece que los establecimientos de salud tienen una mayor proximidad a la comunidad que los establecimientos regionales.

- 🔊 Porque si son doctoras regionales no están tan abiertas a la comunidad. Si tienes apertura hablas abiertamente, es por seguridad. [PERSONALGTBIQ+5BIS](#)

En general se señala que no existe un interés por las condiciones de vida (a nivel social, familiar) de las personas LGTBIQ+. El personal de salud señala que no tienen tiempo y que algunas personas profesionales sí que conocen las realidades en las que viven las personas LGTBIQ+, pero no la mayoría. Aun así, se señala que se procura escucharlos y ayudarles, aunque haya una falta de recursos.

- 🔊 No es un enfoque de salud. No entran ni un poquito más allá. El nivel de consejería es horrible. [PERSONALGTBIQ+1BIS](#)
- 🔊 No, porque al momento de las consultas se tratan los temas de salud que tengas, pero no indagan más allá desde el contexto en el que me encuentro. Son preguntas específicas si tengo esto o lo otro, si he estado expuesto a esto o lo otro... y que tengo que tomar esto o lo otro. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)
- 🔊 Podría ser que ahora con esa sensibilización desde el 2017 ha habido un cambio y hay un respeto más a la comunidad LGTBI en el personal de salud. [ORGSALUD1](#)
- 🔊 En el caso mío le diré que conocerlo a fondo no. Y no conozco como me gustaría conocer para abordarlo de la mejor manera. De hecho, hay familiares que discriminan. Más que todo es por el tiempo para poder hacer un trabajo extramuros. En mi establecimiento solo estoy yo como médico para una población de 4000 personas. Y no dispongo de tiempo. Y tengo que priorizar los casos. [AGENTESSALUD1](#)
- 🔊 Negativamente no, porque les ayudamos y apoyamos. Aunque no haya nada aquí buscamos como ayudarles. También escucharlos porque así se desahogan de alguna problemática. [AGENTESSALUD3](#)

- 🔊 Sí incide. Positiva es que siempre se trata de dar respuesta. Y negativa es que a veces no tenemos capacidad de respuesta, somos un país del tercer mundo y con muchas limitaciones, pero con mucha voluntad de ayudar. [AGENTESSALUD4](#)

Se señala que el cabildeo se convierte en fundamental para generar cambios. Hay establecimientos de salud que dialogan con las organizaciones sociales sobre cómo se puede mejorar el servicio que se ofrece. En la mayoría de los casos son las organizaciones las que lo proponen a los establecimientos, aunque parece que también hay algún establecimiento que tiene la iniciativa. También se hace referencia al Equipo Técnico Operativo (ETO), como un espacio interdisciplinario de incidencia.

- 🔊 En el hospital Atlántida hay camas para hombres y para mujeres. Llega una chica trans VIH y la habían confinado a sala de hombres, cuando debía estar en sala de mujeres. Finalmente, fue a la sala de mujeres. Esto fue un paso enorme, para la aceptación de ella y de ellas en esa sala. Si no se hace cabildeo no se logra. Esto supone que hay que dar más formación al personal de salud. Hace falta muchísimo trabajo en esto. [ORGSALUD2](#)
- 🔊 No. Con lo que más trabajamos es con el SAI que tenemos una relación bastante cercana. En general no nos consultan. Más bien les capacitamos nosotros a las enfermeras y doctores sobre el tema LGTBI [ORGLGTBIQ+1](#)
- 🔊 Pues mira siempre ha sido un trabajo capacitar a todas las personas, desde el de la entrada, enfermeras, doctoras, celadoras sobre atención a la comunidad trans y todavía no están preparadas para la atención. No solicitan. Somos nosotras quienes vamos y les ofrecemos los talleres. [ORGLGTBIQ+2](#)
- 🔊 Si. Nosotras a través del equipo técnico operativo nos invitan a las reuniones de trabajo para ver cómo se puede mejorar y cómo se puede atender. [ORGSALUD1](#)
- 🔊 De hecho, nuestro trabajo es mejorar las condiciones de atención en el SAI. Nuestra función es apoyar a la Secretaría a mejorar la atención de los pacientes que existen. Y un eje transversal es la no discriminación y estigma de personas con VIH y LGTBI [ORGSALUD2](#)

5.1.12. LA CERCANÍA DE LOS CENTROS Y SUS INFRAESTRUCTURAS

Es más probable que los centros de salud estén cerca de las viviendas de las personas entrevistadas. Pero parece que la cuestión no es tanta la cercanía como el servicio que ofrecen y a cuánta población atienden.

Hay acuerdo en que se están realizando mejoras de infraestructura en los establecimientos de salud, pero fundamentalmente en los espacios de administración y del personal de salud y no tanto en los que utiliza la población. En este sentido, se señala que están deteriorados y faltos de mantenimiento, algo que puede incidir en las condiciones higiénicas.

- 🔊 Sí han mejorado mucho. No es 100% adecuado, pero ha mejorado mucho a medida que voy creciendo. No mejora las instalaciones para el paciente, pero sí para el personal que trabaja en el establecimiento. [PERSONALGTBIQ+1](#)
- 🔊 No hay mantenimiento de los mismos y están muy deteriorados. [PERSONALGTBIQ+3](#)

- 🔊 No. Acá hay dos establecimientos de salud públicos. Uno nuevo pero que no está climatizado. El antiguo está en mal estado y falta mucha higiene. [ORGLGTBIQ+1](#)

5.1.13. LOS VÍNCULOS ENTRE IGUALES

Se señala que es interesante contar con personas mediadoras y educadoras pertenecientes a estos colectivos, ya que permite generar otro tipo de vínculos.

- 🔊 Tenemos trabajando en las redes, contratamos una mujer trans como educadora, que tiene una red de mujeres trans. Hacen una captación de amiga a amiga. Hacemos lo mismo con los HSH o las mujeres trabajadoras del sexo. [ORGSALUD3](#)

Igualmente, destaca una organización donde la mayoría son enfermeras que anteriormente trabajaban en el Servicio público de salud, siendo algo que facilita el trato con el personal de los establecimientos. Además, se señala que esta organización tiene un horario de atención más flexible, trabajando hasta tarde y facilitando la atención a las personas LGTBIQ+.

- 🔊 Tenemos buena coordinación con los centros de salud y es que la mayoría somos enfermeras y trabajábamos en la secretaría de salud y esto facilita las cosas. () La atención es excelente y se alarga en el tiempo de atención hasta las 8 de la noche. [ORGSALUD3](#)

5.1.14. LA LEY DE EQUIDAD DE GÉNERO Y PROTOCOLOS

Se señala que es un paso importante disponer de una Ley de equidad de género, pero se ve como una limitación que no se habla de Diversidad sexual y de género.

- 🔊 En el país existe una ley de Cuidados de género Ley de equidad de género (y se habla de masculino y femenino) pero no se habla de DS e identidades. Hay muertes por odio y discriminación. [ORGSALUD2](#)

Se señala que son necesarios unos protocolos internos contra la LGTBIQ+fobia en todos los niveles sanitarios, pero, además, es imprescindible contar con unos instrumentos de seguimiento de su cumplimiento y que no recaigan en la buena voluntad del personal profesional. También se señala que, cada vez, se dan más casos de denuncias por el trato recibido, lo que provoca que se les tenga más en cuenta, aunque sea como algo meramente formal. Poco a poco las personas LGTBIQ+ conocen sus derechos y los exigen. Llama la atención la aportación de una persona que destaca que la población LGTBIQ+ es muy sensible y protesta ante situaciones de forma desmesurada.

- 🔊 Institucionalizarse no se puede dejar a la buena voluntad del profesional de salud. No existe una normativa, cuando en educación sí existe una prohibición en discriminación por DSG. [PERSONALGTTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 En lo general se les trata con respeto porque ahora hay más ruido por denuncias. Pero tratar con respeto no quiere decir que se les trate con respeto realmente. [ORGSALUD2](#)
- 🔊 Eso sí, porque ellos ya saben sus deberes y derechos. Y si son violentados van a poner una denuncia. Nos formaron a todo el personal, no solo sanitario. [AGENTESSALUD3](#)
- 🔊 Actualmente sí. En todos tiene que ser así. En esta comunidad al haber sido estigmatizada cualquier frase es interpretada como algo malo. La comunidad LGTBI debe trabajarse esta paranoia que tienen, que es resultado del estigma que ha existido. [AGENTESSALUD4](#)

5.1.15. RECONOCIMIENTO DE LA IDENTIDAD DE SEXO Y GÉNERO

Se remarca que es incuestionable el reconocimiento de la identidad de sexo y de género, para poder reconocer a las personas y su derecho a ser. El derecho a la ciudadanía. Además, también se señala el reto que se plantea con las nuevas formas de ser y de vivir que muestra la juventud, con formas no binarias.

- 🔊 Si, se lograría en gran medida con una ley de identidad de género. Esa urgencia está antes que el matrimonio igualitario, porque las personas trans están muy discriminadas porque en el DNI no están reconocidas tal y como se identifican. [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 Si, sobre todo en los jóvenes las identidades no binarias son incomprendidas. Si hasta dentro de la comunidad no se les entiende mucho menos fuera de la comunidad [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)

5.2. EJE 2. LA MEDICALIZACIÓN DE LAS PERSONAS LGTBI

Los aportes que las personas participantes han realizado respecto a este eje están organizados en 5 apartados:

- ▶ Los cuerpos trans
- ▶ La hormonización de los cuerpos
- ▶ Tratamiento de VIH
- ▶ Seguimiento y apoyo a las personas con VIH
- ▶ Prevención

5.2.1. LOS CUERPOS TRANS

Se señala que resulta necesaria una mayor inversión en ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así que puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales, siempre y cuando así lo deseen. Parece, por lo que algunas personas señalan, que la norma de los cuerpos les pone en riesgo, cuando podríamos decir que lo que les pone en riesgo es un sistema que no les atiende con responsabilidad. Mencionan también que se da valor a tener un cuerpo binario, por lo que se llega a señalar que la comunidad trans no acepta que no se modifiquen los cuerpos.

- 🔊 Si, definitivamente. Ser trans es parte de tu identidad. Y que se te conozca al margen del cuerpo que tengas. Y no es preciso de un proceso quirúrgico u hormonal [PERSONALGTBIQ+1BIS](#)
- 🔊 Esto está tan introyectado que tienen que usar cuestiones que les ponen en riesgo, como uso de tóxicos para el cuerpo porque no les atienden en la pública. Y esto tiene que ver con su imagen de ser trans. [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
- 🔊 Como yo no soy trans... hay trans que se operan y porque tienen dinero para hacer esas cirugías. Si no tienen dinero son ellas las que se inyectan y esto no es lo correcto. No es necesario modificar los cuerpos, aunque normalmente yo quiero verme como mujer o como hombre. Pero todo es un proceso. En Honduras empiezan por ejemplo ser un chico gay, se dejan crecer el cabello y así van cambiando su cuerpo. La misma comunidad trans no acepta que no te modifiques el cuerpo. [ORGLGTBIQ+1](#)

5.2.2. LA HORMONIZACIÓN DE LOS CUERPOS

Es unánime la respuesta a que se brinde el proceso de hormonización en el Servicio público de salud y que posteriormente se realice el seguimiento adecuado. Se valora importante el acompañamiento en esta decisión,

para tomar conciencia de lo que supone realizarlo sin garantías médicas. De hecho, se señala que algunas personas trans no conocen las consecuencias de los tratamientos clandestinos. O incluso sabiéndolo, están dispuestas a arriesgarse. El personal de salud suele darse cuenta que las personas trans a las que atienden llevan a cabo procesos de hormonización clandestinos o automedicados cuando van a las consultas con las consecuencias.

- 🔊 En mi caso sería increíble, porque si no he accedido a los procesos es porque no hay acceso a ellos en el país. Tengo amigos trans que han iniciado su hormonización en Nicaragua o México. Algunos lo han hecho acá con un médico general, más bien en círculos de amistad. En el caso de las chicas trans casi todas que conozco se auto hormonizan, sin médico. De todas las que conozco una acude a un endocrino privado. [PERSONALGTBIQ+1](#)
- 🔊 Si definitivamente. Tenemos chicas trans que se han expuesto por no tener un proceso de hormonización médico. Es importante que sea un médico el que las acompañe. [ORGLGTBIQ+1](#)
- 🔊 Conscientes considero que están. Pero que a veces arriesgan más por sentirse bien. Algunas desconocen. [AGENTESSALUD1](#)
- 🔊 Sí hay de manera clandestina. Si conozco. Precisamente el paciente que atendía ayer. Y le dimos su control de VIH e ITS y él venía a por el tratamiento de diabetes. Le planteé los otros análisis y aceptó. Y sí sé que se está hormonizando clandestinamente, porque tiene las mamas aumentadas de tamaño y me dice de un método que está utilizando. [AGENTESSALUD1](#)
- 🔊 No conocemos. Nos dimos cuenta de una porque se le infectaron sus glúteos. [AGENTESSALUD3](#)

Aunque es un deseo que se ofrezca este servicio, no se realiza un seguimiento a las personas que han realizado este tratamiento ya que no lo reciben como parte de un servicio público. Y no sólo respecto a la salud física, tampoco se realiza un seguimiento o apoyo psicológico, que debería brindarse antes y después del proceso. A pesar de todo, hay profesionales de salud que sí se preocupan por la salud de las personas trans y van aprendiendo a partir del contraste con otros profesionales.

- 🔊 Si, las personas intervienen su cuerpo por una imagen aspiracional por cómo quieren verse. Algunas una vez que se intervienen desearían hacerlo de otra manera o no intervenir. [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 No hacen en la pública un seguimiento. Si tienes dinero te lo pagas en la privada. [ORGLGTBIQ+2](#)
- 🔊 No y es uno de los aspectos que ni se tocan ni lo dan... eso cero a nivel nacional. No tenemos ningún tipo de hormonización. Ellos acuden y consultan lo que van a hacer. Si necesitan medicamento les damos la receta para que lo compren, pero no para que la Secretaría de salud se lo dé. Yo hago interconsultas con colegas que considero que me pueden ayudar y vía celular lo hago. Y así les damos respuesta a las necesidades que tienen. [AGENTESSALUD1](#)

Mencionan que el cambiar el cuerpo es una decisión personal, por lo que las organizaciones promueven diversas opciones, siempre respetando a cómo quiere verse cada persona. Ahora el modelo es menos binarista que antes, influenciado por la gente joven, que también valora mostrarse a través de su expresión de género. Por las entrevistas mantenidas, podemos señalar que hay cierto desconocimiento en el personal de salud sobre lo que es ser trans, más allá de las cuestiones básicas. Además, el 80% de las encuestas realizadas señalan que no conocen otras alternativas que no sean la modificación de los cuerpos para las personas trans e inter.

- 🔊 Las menores de 25 años están accediendo porque tienen información a través de internet. Y ven que es posible vivir su identidad de género sin modificar el cuerpo, por ejemplo, a través de su expresión de género. Lo tienen un poco más claro. Había antes más binarismo. [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 Esto es cómo nos miremos más allá de la percepción externa. Es más, buscar vernos como nosotros nos queremos. Las dos opciones están bien, se modifique o no el cuerpo. [PERSONALGTBIQ+1](#)

5.2.3. TRATAMIENTO DE VIH

Sobre el tratamiento adecuado del VIH se señala que, en principio, en los centros de salud se atienden al protocolo de actuación, aunque existe una falta de acompañamiento que vaya más allá de la administración de los medicamentos. Tal vez, se podría hacer el seguimiento en los centros de salud, de esta manera sería un trato más discreto y cercano. En la actualidad, se señala, que el seguimiento lo realizan las organizaciones sociales.

- 🔊 No me gusta que mi pareja actual tiene VIH y va a hacerse sus exámenes y le dicen en alto que viene a por sus medicamentos. Y así todo el mundo lo sabe. [PERSONALGTBIQ+1BIS](#)

Se sigue mencionando la importancia de la formación y de actualizarse. Sigue existiendo un estigma y un trato despectivo a la población LGTBIQ+, por lo que es necesario preguntarse si se requiere de unos espacios específicos para tratar a las personas gays y trans.

- 🔊 Si tienen un fuerte trabajo por el tema de VIH y también hay los establecimientos (las clínicas vicits, que son unos cubículos dentro de los establecimientos de salud y de los hospitales) que hacen atención para los hombres gays y mujeres trans. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)

También se señala que hay momentos en que no hay medicamentos para el tratamiento de las enfermedades derivadas, así como una escasez de retrovirales. Igualmente, hay veces que no se ofrecen las pruebas rápidas por falta de medios. Son las organizaciones sociales las que intentan suplir esta escasez, pero dependen de la Cooperación internacional y su agenda. A pesar de esa situación, el 40% de las encuestas señalan que en los establecimientos de salud atienden adecuadamente las cuestiones relacionadas con el VIH, aunque una persona señala que las personas que conoce, que requieren de estos servicios, prefieren asistir a otros centros.

- 🔊 Existe un servicio especializado, pero suelen escasear retrovirales. Y hay veces que el gobierno no supe las demandas que se necesitan [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 En los centros de salud no se da importancia. Se les manda a los hospitales. No se hace seguimiento ni acompañamiento al paciente. A veces no se les da importancia. No hay responsabilidad en acompañar a lxs pacientes. [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
- 🔊 Se atienden al protocolo. ¿Los medicamentos donde hay? El sistema no los está dando. Llevo como tres años queriendo hacer unos exámenes de rutina (mama, tiroides) y no me los hacen. Y acabas haciéndolos fuera. A pesar de ser un centro de atención integral. [ORGLGTBIQ+2](#)
- 🔊 Más que todo lo que son los autocuidados. Al principio lo había entre ellas, que se apoyaban. El proyecto que había ya no está y cuando los proyecto se caen se caen las acciones que existían de apoyo. Porque ya no hay dinero para el personal (coordinación del proyecto, la persona psicóloga...) [ORGSALUD1](#)

- ▶ Más o menos, en los SAI sí, pero en los centros normales no. En los SAI podría decir que en un 80% se atiende bien. [AGENTESSALUD4](#)
- ▶ No lo sé por qué las personas que conozco que han tenido o tienen dicha enfermedad prefieren ir a otro lado para ser atendidos. [ENCUESTA](#)

Añadido a esta situación, se dan grandes procesos migratorios de personas que huyen del país y que dejan sus tratamientos, poniendo en riesgo su salud y su vida.

- ▶ También la migración en masa que van a USA y dejan su tratamiento y mueren por el camino. [ORGSALUD1](#)

Tal y como ya se ha mencionado previamente, escasea el acompañamiento psicológico y emocional. Aunque no hay que olvidar que hay un personal de salud comprometido y que humaniza la atención.

- ▶ Pero el personal les atiende muy bien. Humanizando y personalizando las atenciones. La persona es el centro de nuestro proyecto. [ORGSALUD2](#)
- ▶ El personal está capacitado para dar la atención, pero existen carencias. Enfocadas en los medicamentos y la parte de fortalecimiento emocional, que no se ve importante. Es raro ver que existen psicólogos en los establecimientos de salud. Dentro de las carencias el personal trata de brindar un servicio de calidad. [ORGSALUD3](#)

5.2.4. SEGUIMIENTO Y APOYO A LAS PERSONAS CON VIH

Respecto al seguimiento a las personas con VIH para que no abandonen el tratamiento, se señala que se realiza junto a las organizaciones sociales, que suelen estar apoyadas por organismos internacionales (las cuales también apoyan con recursos para aquellas pruebas que no son gratuitas o para la compra de medicamentos) Estas organizaciones sociales también las acompañan en las primeras citas. Por otro lado, se comenta que, en la situación de emergencia por la actual pandemia, algunos establecimientos de salud han llegado a hacer un seguimiento domiciliario, solicitando permisos previamente a las personas implicadas, para que no abandonen el tratamiento.

- ▶ Lo hace un proyecto de una asociación (ASONAPVSI DAH) apoyada por NNUU que paga los promotores y hacen visitas domiciliarias. Hay coordinación con salud con el SAI, que les pasan los domicilios, los expedientes. Con la pandemia se ha cortado y no sé si han empezado nuevamente. El objetivo es que no abandonen el tratamiento y asistan a sus citas periódicas al SAI. [ORGSINDEMUCALUD1](#)
- ▶ Identificamos oportunamente a las personas con VIH y las llevamos a los establecimientos de salud y las acompañamos durante la primera cita para posteriormente que el establecimiento les atienda. [ORGSALUD3](#)
- ▶ Hacemos seguimiento a las personas con VIH. Tenemos un grupo de apoyo (es un grupo liderado por una persona VIH y de acuerdo a las necesidades que el grupo vea se ve cómo se puede apoyar) en donde se reúnen y básicamente para darse apoyo y estamos en constante búsqueda de proyectos para apoyar a estas personas. Por ejemplo, algunos exámenes de salud tienen un costo que igual no pueden asumir y nosotros les apoyamos. [ORGLGTBIQ+1](#)

- Si una persona con la pandemia personas no se podían mover de su casa. Implementamos una entrega de medicamentos a domicilio. Y seguimos haciéndolo. Se les llamaba por teléfono para pedir su consentimiento e ir a su casa con discreción. Vemos a estas situaciones como oportunidades de mejora. [ORGSALUD2](#)

5.2.5. PREVENCIÓN

Se señala que el personal de salud explica a las personas LGTBIQ+, a través de formaciones, cómo prevenir las enfermedades relacionadas con las ITS, aunque se destaca la diversidad de actitudes que se encuentran entre el personal. Parece ser que estas formaciones las realizan las organizaciones sociales y no el servicio público de salud. Además, se señala que el personal de salud no está capacitado en estas cuestiones y que si desean formarse recurren a estas organizaciones, porque el sistema público no les provee de estas formaciones.

- Pero no lo hacen el sector público, lo hacen las de la sociedad civil. [PERSONALGTTBIQ+3BIS](#)
- Está en los protocolos de atención. Pero si como médico no te sientes cómodo con una persona trans no lo vas a hacer. O como enfermera no te sientes cómoda con un chico gay no le vas a dedicar tiempo para explicarle algo. No es la norma, pero oímos todavía casos de estos. Tenemos que quitar de la cabeza el abordaje para curar la orientación sexual. Todavía hay colegas que hacen esto. Necesitamos fortalecer la DS en los establecimientos de salud. [ORGSALUD2](#)
- Solo si tienen una orden de que tienen que explicarlo, pero no por iniciativa personal. Pocas personas de salud están capacitadas en estos temas. El meollo es que tienen que asistir a talleres externos para que ellos puedan capacitarse en esto, porque por parte del Estado no hay capacitaciones en este sentido. (...) Gracias a los organismos no gubernamentales hay muchas formas de acceder a estas capacitaciones. Hay personal de salud que quieren añadir en su curriculum que tienen formación en estos temas. Pero es en su tiempo y depende de su anhelo interior, algo que no todas las personas están dispuestas a hacer. [PERSONALGTTBIQ+1](#)

La situación en el país es de tal nivel de vulnerabilidad que se dan casos de personas trabajadoras del sexo que pueden llegar a ejercer sin condón por cobrar más.

- Aunque a veces los clientes les dan más dinero sin condón y por la necesidad tienen relaciones anales sin condón. Y aquí viene la gran pregunta ¿qué pasa con el uso correcto del condón? Se les da condones, pero con la necesidad ¿los usan? [ORGSALUD1](#)

En general no hay una cultura de la prevención en salud. Por lo demás, el trabajo de prevención está enfocado fundamentalmente a las cuestiones relacionadas con VIH e ITS. Sobre otras cuestiones, son las organizaciones sociales las que organizan las formaciones, asistiendo aquellas personas que las conocen o que tienen contactos. El papel de estas organizaciones resulta fundamental.

- Siempre lo ligan con las ITS. Lo hacen de manera tosca, pero lo hacen [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
- He visto que hacen charlas generales en el centro de salud algunas veces para todos los pacientes. Pero un enfoque personalizado de talleres para las personas LGTBIQ+ nunca. Eso solo se da en las organizaciones. Y uno tiene que conocer a alguien que le invite a los talleres. Así que es un círculo muy restringido. Siempre somos las mismas personas recibiendo los talleres. [PERSONALGTTBIQ+1](#)

🔊 A las personas que asisten sí, pero no hay un seguimiento permanente como en los colegios. [ENCUESTA](#)

Depende de la buena voluntad del personal de salud el abordaje de otras atenciones relacionadas con la salud de las personas LGTBQ+ que, en algunos casos, hay que tener en cuenta que es una población económicamente vulnerable y a las que es necesario apoyar en cuestiones básicas (por ejemplo, administrándoles los geles lubricantes). El 90% de las personas encuestadas señala que no ha desarrollado ninguna enfermedad por no haber sido atendida adecuadamente en el establecimiento de salud. Además, el 40% de las encuestas reflejan que en el establecimiento de salud se abordan otros asuntos relacionados con la salud integral.

🔊 Esa función de prevención la damos nosotros en las comunidades (condones, lubricantes, materiales educativos, por teléfono reciben información de autocuidado...) De forma constante les mandamos información y son ellas las que nos dicen cada cuanto les mandamos formación de autocuidado y prevención. [ORGSALUD3](#)

🔊 Por ejemplo, la parte psicológica, emotiva de otra u otra manera también apoyando la intervención con los familiares. De manera indirecta también apoyo a los suministros que puedan tener en casa. Hay veces que no mantienen una economía solvente porque salen de la casa familiar sin muchos ingresos. En esto no se les apoya como Secretaría, sino que es un apoyo de interés mío. Por ejemplo, los geles lubricantes, si sé que necesitan tratamos de conseguirlos por otra vía para donárselo, pero es a nivel personal. [AGENTESSALUD1](#)

Se ha señalado la ausencia de lesbianas en el trabajo de prevención de las diferentes enfermedades.

🔊 También se les da capacitaciones en cómo prevenir la hipertensión arterial, cómo tienen que ser las comidas, cómo prevenir el cáncer de mama, si son lesbianas como prevenir el cáncer de útero (porque está el problema que la población lésbica no asiste a este cáncer. Las lesbianas no asisten casi a los centros de salud y tienen que hacerse exámenes de útero y mamas. Veo a esta población minoritaria, al proyecto han llegado unas 10. Casi no asisten, vienen y se van), también los autocuidados para no enfermarse. [ORGSALUD1](#)

5.3. EJE 3. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Los aportes que las personas participantes han realizado respecto a este eje están organizados en 5 apartados:

- ▶ El contexto del país
- ▶ El personal psicosocial
- ▶ Lo comunitario y los entornos
- ▶ Participación social y política
- ▶ Espacios de ocio

5.3.1. EL CONTEXTO DEL PAÍS

Se señala que Honduras es un país con altas tasas de problemáticas psicosociales, más aún entre la población LGTBQ+. Si bien podemos decir que existen unas necesidades psicosociales específicas para la población LGTBQ+, es posible que tampoco se conozcan en profundidad, ya que no se están abordando. En concreto, se señala el aislamiento que vive este colectivo debido al estigma que existe.

- 🔊 Que sea un trato profesional y se nos trate como a las otras personas, con atención diferenciada en base a nuestras necesidades. [PERSONALGTBIQ+4BIS](#)
- 🔊 Las secuelas. Somos un país con alta tasa de afecciones psicoemocionales en toda la población, más aún entre la población LGTBIQ+ [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 Sí es un problema. Es algo que me mencionan cuando estoy con ellxs dando la consulta. Es por la discriminación. Y ese silencio y aislamiento es por el que dirán las personas de su alrededor. [AGENTESSALUD1](#)
- 🔊 Sí, parte es el estigma, más que el aislamiento. Porque estas personas hacen esfuerzos por participar en la comunidad. [AGENTESSALUD3](#)

Hay personas que muestran su hartazgo y que se autocensuran para poder vivir el día a día con tranquilidad.

- 🔊 Soy consciente de mi entorno y mi realidad y de donde vivo. Y sé dónde puedo y a dónde no. [PERSONALGTBIQ+1](#)

La pandemia ha devuelto a muchas personas “al armario”, ya que han tenido que estar encerradas en casa con sus familias, que desconocen que son LGTBIQ+. Se señala que estas situaciones tienen implicaciones de salud mental.

- 🔊 El hecho de estar confinada en casa para una persona que no ha dicho nada no es fácil, porque ahora se lo tienen que tragar, estar todos los días en casa con la familia que no sabe nada. Tiene implicaciones en salud mental [ORGSAALUD2](#)

5.3.2. EL PERSONAL PSICOSOCIAL

Casi no se aborda la salud emocional y psicológica de la población LGTBIQ+. Se señala que prácticamente no existen psicólogxs ni trabajadorxs sociales. Se destaca el papel del personal de enfermería que, sin una formación específica, intenta apoyar en este sentido. Sin embargo, por otro lado, el 50% de las encuestas señalan que el personal de los establecimientos de salud acompaña también la salud mental y afectiva, más allá de dar medicamentos.

- 🔊 Sobre todo, los adolescentes que les echan de sus casas cuando con los 15 años se empoderan con su diversidad sexual y de género. Y eso deja huella física y psicológica. [PERSONALGTBIQ+6BIS](#)
- 🔊 Muy importante. Prácticamente no se da. En los SAI se supone que la tocan los psicólogos en los centros de salud, pero más se abordan cuestiones de salud física, más que emocional o psicológica. [PERSONASLGTBIQ+5BIS](#)
- 🔊 Ahí hacemos lo que podemos porque no contamos con psicóloga. Las enfermeras somos más atrevidas en apoyarles emocionalmente. Aunque no tenemos la formación específica de las psicólogas, pero tratamos de hacerlo dentro de nuestras posibilidades [AGENTESSALUD3](#)
- 🔊 No hay una ayuda más allá de brindar medicamentos y recomendar otros profesionales para ayudarle a sobrellevar una crisis psicológica o problema con la aceptación de pertenecer al colectivo LGBTQ. [ENCUESTA](#)

Desde el establecimiento de salud no se ayuda a abordar las situaciones y dificultades a las que se enfrentan las personas LGTBQ+, aunque algunas personas profesionales, por un interés personal y sin una formación específica, puedan ayudar. Parece que este trabajo se lleva a cabo más desde las organizaciones sociales.

- 🔊 Sí, pero siento que no tienen todas las herramientas para hacerlo. Les hace falta formación y capacitación para saber lo que son las personas LGTBQ+. Queda a la experiencia que cada quien ha aprendido por su cuenta. Sin tener unos recursos fuertes y establecidos. [PERSONALGTBQ+6BIS](#)

5.3.3. LO COMUNITARIO Y LOS ENTORNOS

Se señala que no hay un trabajo comunitario ni una relación cercana con la comunidad, llevando a cabo un trabajo de salud individual. Aunque se menciona que se realiza intervención familiar, parece que es algo anecdótico. Por otro lado, se señala que las personas LGTBQ+ muestran prudencia a que el personal de salud se acerque a su comunidad y se les pueda exponer ante sus vecinxs. Sin embargo, se señala que en algunas comunidades se dan experiencias de colaboración entre organizaciones sociales, establecimientos de salud y municipalidad.

- 🔊 Considero que sí. Cuando hacen actividades involucran al centro de salud. Y hay comunicación. En algunas comunidades se comunican con el centro de salud y con la municipalidad y dan charlas de formación. Hay buena comunicación en todas las comunidades para trabajar la prevención. [ORGSALUD3](#)
- 🔊 No. Son bien esquivos para dar el lugar donde vive. Que nos inviten a la comunidad a hacer pruebas de salud sí, pero no a su casa. [AGENTESSALUD3](#)
- 🔊 () si se quiere información se tiene que ir directamente a alguna clínica o centro de salud, no he visto que den charlas en espacios abiertos al público. [ENCUESTA](#)

En general se valora que en los establecimientos de salud no hay interés por las personas LGTBQ+ y sus organizaciones. Por este motivo, no se les pone en contacto con otras instancias públicas o con otras personas y organizaciones para que encuentren diferentes apoyos. Sin embargo, el personal de salud señala que hacen un trabajo con la policía y con organizaciones privadas para que les apoyen. Por el contrario, algunas personas participantes en las entrevistas, señalan que, sólo si es en relación al VIH, te ponen en contacto con alguna organización. Ahora bien, no siempre es así, ya que hay profesionales de la salud que actúan de otras maneras, aunque no sea parte específica de su trabajo.

- 🔊 No, el trato es muy superficial y si no tienes una cercanía personal no va a ir más allá de los parámetros que le obligan. Con este personal es imposible que me informen de las organizaciones que existen. De parte del personal en general creo que ni conocen que existen estas organizaciones. Y si las conocen creo que no les importan. [PERSONALGTBQ+1](#)
- 🔊 Las mismas organizaciones que dan información y atienden en lo psicosocial, jurídico, médico... Al centro de salud no les resulta interesante y no nos ven como población meta para ayudarnos. [PERSONALGTBQ+2](#)
- 🔊 Sí hay coordinación. Pero no sé a nivel de otros centros de Atlántida porque no sé cómo lo abordan. Pero yo sí busco cómo apoyar. Y no sólo con otras instituciones del gobierno, sino también de centros privados o de gente amiga que les pueda apoyar. [AGENTESSALUD1](#)
- 🔊 Muy buena coordinación, por ejemplo, con la policía. Les hemos capacitado para que no sean violentadas cuando hacen su trabajo sexual. Pero con otras instituciones no estamos conectadas. [AGENTESSALUD3](#)

() En la municipalidad también hay un lugar (INDEMUC) que nos apoya a la población LGBTBI: alimentación, traslado, de ubicación en el albergue, acompañamiento a la denuncia a la fiscalía [AGENTESSALUD3](#)

Hacen esto sólo en el caso cuando la persona contrae VIH y les ponen en contacto con USAid. [PERSONALGTBIQ+3](#)

Sí en algunas ocasiones les hemos ayudado. Cuando han sido violentadas, como tenemos un protocolo a seguir les buscamos apoyo. Y en algunas ocasiones se les ha buscado albergue, donde atienden también a las mujeres trans. [AGENTESSALUD3](#)

5.3.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POLÍTICA

La mayoría de las personas participantes señala que participa en la vida social y política de su ciudad o comunidad, bien a través de alguna organización, o bien a través de un partido político. Se destaca que, en algún caso, se da formación política a las personas LGBTBIQ+ y que los partidos políticos se están aproximando a esta población. Sin embargo, se puede apuntar que así corren riesgos y se exponen, porque, como señala una persona, Honduras es un narcoestado. Se llega incluso a huir del país por la violencia política, social y familiar que existe hacia las personas LGBTBIQ+. Frente a este odio y violencia, el apoyo familiar y el entorno social se vuelve fundamental.

Si. En las elecciones del 2017, a partir del desastre que hubo y los conflictos en los organismos de seguridad contra los civiles dejé de participar porque pones en riesgo la vida propia y la de mi familia. Pero como persona de la comunidad LGBTBIQ+ estábamos al pie de la bandera resguardando los votos y participando en las actividades de la ciudad e intentando abrir paso a la juventud. Siempre buscando formas que ayuden a la comunidad y a nosotras como personas LGBTBIQ+. Pero es difícil porque el país está estructurado por personas políticamente incorrectas y que actúan desde la sombra. Sobre todo, teniendo en cuenta que somos un narcoestado. El país está peor que el sistema de salud. () Pero no es un cuento de hadas porque luchamos con poderes que escapan a nuestra imaginación y con seres macabros. (...) Mis amigos huyen por los cambios en el país, pero también por la violencia familiar. [PERSONALGTBIQ+1](#)

Si. De hecho, yo tengo una candidatura a diputado. Es la primera vez que en Atlántida una persona abiertamente LGTB participa. Estamos en un proceso de capacitaciones de participación política a miembros LGTB y esto ha motivado a que yo participe. Esto es gracias a la organización.

Pero es difícil por la fobia a la población LGTB, el machismo, la heteronormatividad. La misma población no apoya a los candidatos LGTB [ORGLGTBIQ+1](#)

Hay organizaciones de salud que, además de otros servicios que ofrecen, apoyan el fortalecimiento de las organizaciones LGBTBIQ+. Esto contempla una perspectiva más estratégica.

Es el fortalecimiento organizacional. Donde hemos fortalecido a estos grupos, dando un curso universitario, sobre derechos humanos, sus derechos, la autoestima, la sexualidad, las leyes nacionales e internacionales, códigos [ORGSALUD1](#)

5.3.5. ESPACIOS DE OCIO

Dependiendo de los municipios, se señala que no existen prácticamente lugares de ocio y encuentro (bares o establecimientos similares) propiamente LGBTBIQ+. Suele ser bares o discotecas donde se permite la entrada de estos colectivos. Sin embargo, también se apunta que, en algunos casos, no se permite la entrada de mujeres trans.

- 🔊 Hay un bar discoteca que tiene apertura a la comunidad y se celebran eventos de la comunidad en dicho lugar. Escuché un comentario a mis amistades que dicen que no es un lugar LGTBQ+ de la comunidad, pero la comunidad se sintió en confianza de reunirse en ese lugar. () Pero no hay lugares específicos LGTBQ+ [PERSONALGTBQ+1](#)
- 🔊 Si hay dos o tres discotecas que son específicamente LGTB. [PERSONALGTBQ+2](#)
- 🔊 Si hay. Uno solo. Es un bar más gay porque a veces no dejan entrar a las trans. Porque tienen una ideología de población gay que la mujer trans es borracha y drogadicta. Y hay esa rivalidad con los gais. Es un tipo de gay que es transfóbico. Y así que las chicas trans entramos a discos heteros. Los chicos trans sí son bienvenidos en el bar gay. [ORGLGTBQ+2](#)
- 🔊 No hay bares ni lugares de ocio. En La Ceiba hay uno, pero los gais no dejan entrar a las mujeres trans, aunque sí dejan entrar a las mujeres lesbianas. [ORGSALUD1](#)
- 🔊 El que hemos tenido es el 17 de mayo el día del orgullo gay. Hemos tenido viajes, por ejemplo, fuimos a Tegus a un foro para abordar la ley de identidad de género. En las fechas de reivindicación en el parque central hacemos foros o marchas pacíficas. Pero lúdicas casi no, no tenemos un objetivo en esa línea. En navidad hacemos una reunión navideña como algo informal, pero no servimos alcohol, aunque ellas lo piden. [ORGSALUD1](#)
- 🔊 Hay un centro social donde se hacían fiestas bailables y asistía quien pagaba entrada. A personas LGBTQ visibles solo los toman como burla. [ENCUESTAS](#)

06

CONCLUSIONES
Y LÍNEAS
DE MEJORA

6.1. APORTES GENERALES

Tal y como se menciona Honduras es un país con unas fuertes desigualdades sociales y que está atravesado por una fuerte violencia. La dificultad del acceso a la salud de las personas LGTBIQ+ hay que ubicarla en un contexto más amplio, donde las grandes mayorías del país no acceden al derecho a la salud. Para ubicar esta cuestión en su complejidad, resulta útil la interseccionalidad de opresiones diversas, como la raza, la clase, el género, la sexualidad, etc. No hay que olvidar que, en diversas ocasiones, la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas, han sido señaladas como responsables en la violación de Derechos Humanos, incluso de torturas y asesinatos⁴.

Antes de continuar con este capítulo, es necesario destacar que el personal de salud entrevistado tiene un punto de vista más positivo sobre la calidad de la salud en los establecimientos que el de las personas LGTBIQ+ entrevistadas.

Así pues, es necesario el acceso a una salud digna para las personas LGTBIQ+, pero relacionando este derecho con el derecho a la educación, el trabajo. Como ya se ha señalado, las personas LGTBIQ+ suelen tener dificultad de acceso al mundo laboral, lo que no les permite una calidad de vida, por lo tanto, tampoco una salud adecuada. Y el deseo es una salud pública de calidad, no una salud que, como señala una persona participante, *cuente la vida* de lo precaria que resulta. Es importante destacar que sólo aquellas personas LGTBIQ+ con recursos acceden a una salud privada, quedando excluidas las grandes mayorías empobrecidas. Además, desde nuestro punto de vista, la atención en los servicios privados de salud, está condicionada al interés comercial y orientada a la satisfacción del cliente. Por lo que no se puede deducir que la salud privada sea más sensible a la Diversidad sexual y de género.

Si bien es un avance que las personas LGTBIQ+ dispongan de los SAI como un servicio especializado, no podemos olvidar que los establecimientos de salud deben estar preparados para atender a todo el conjunto de población. En la investigación hemos notado la “omnipresencia” de los SAI como el recurso estrella para atender a esta población. Sin embargo, tal y como se ha señalado, tampoco hay tantos centros de estas características, fundamentalmente en los entornos rurales o en barrios de las periferias. Además, sería conveniente que estos Servicios sean parte de la atención médica especializada dirigida a toda la población, por ejemplo, como parte de una Unidad de salud sexual, pero sin desresponsabilizarse de su función a los establecimientos de salud primaria.

Los Determinantes sociales de la salud de la OMS plantean el reto de un abordaje integral de la salud, contando con los diversos agentes de la comunidad y del Estado. Desde nuestro punto de vista, una vez mantenidas las entrevistas, consideramos que no hay mucho conocimiento sobre lo que son estos DSS entre el personal de salud. Las organizaciones sociales que trabajan en este ámbito podrían plantear un trabajo de incidencia en los servicios de salud pública dándolos a conocer. Para esto, se podría contar con la OMS-OPS. Para que pueda ser una realidad, teniendo en cuenta otras experiencias previas, se podría descentralizar esta responsabilidad a través de las direcciones departamentales, para que puedan impulsar este conocimiento en sus territorios. Además, podrían llevar a cabo evaluaciones sobre el impacto de estos procesos. Resulta necesario destacar que, tras esta investigación, valoramos que la Diversidad sexual y de género es un eje de desigualdad de los Determinantes sociales de salud, ya que las condiciones de vida de las personas LGTBIQ+, así como los contextos que viven, condicionan su acceso a los servicios de salud.

4 www.derechos.org/nizkor/honduras/doc/cdv.html

Los DSS suponen un avance a una salud individual o familiar, ya que plantean el trabajo comunitario. Para esto, los establecimientos de salud son los lugares para una atención privilegiada, donde estar en un diálogo permanente con la población, para conocer cómo mejorar de forma constante el servicio que se ofrece. En el caso de Atlántida es un reto contar con más establecimientos de salud, mejor equipados de recursos y de personal. Es urgente superar la visión de una de las personas participantes, cuando señala que *Los establecimientos de salud están tan debilitados que parecen centros de primeros auxilios*. La mayoría de las personas participantes señala la situación de los establecimientos de salud como una de las grandes debilidades existentes⁵.

Precisamente, en un país donde las grandes mayorías viven situaciones de extremo empobrecimiento, también las farmacias de los establecimientos de salud resultan de gran importancia. Se propone que sean servicios que posibiliten medicamentos útiles a la población y no que sean exclusivamente *farmacias de emergencia*, tal y como señala una persona entrevistada. Resulta necesario, en algunos casos, distribuir incluso preservativos y lubricantes.

Es un reto involucrar a la población LGTBQ+ en sus procesos de salud, tanto a través de sus organizaciones, como de cada persona usuaria. Así pues, la visibilización, de aquellas personas que lo deseen, se convierte en algo fundamental, porque permite que se vaya reconociendo a las personas LGTBQ+ como los seres humanos que son. En este sentido, resulta necesario volver a repetir que la visibilización debe ser algo que cada persona sabe hasta dónde desea llegar, ya que el contexto del país puede poner en riesgo hasta la vida de las personas LGTBQ+.

De entre los diversos colectivos, se señala continuamente que las mujeres trans son las que ven sus derechos más vulnerados en los establecimientos de salud. Esto no quiere decir que el resto de las personas LGTBQ+ no lo sean. No es nuestro deseo mostrar esta competencia entre opresiones, tan sólo destacar la realidad específica de estas mujeres. Además, también se señala la invisibilización que viven los hombres trans en los establecimientos de salud.

Respecto a los hombres gais, nos llama la atención las referencias continuas que hay por parte del personal de salud a sustituirles por HSH⁶. Si bien comprendemos el potencial que puede tener este término, también consideramos que se puede invisibilizar al colectivo gay y su potencial como sujeto político. Así pues, un término no es sustituto de otro.

A lo largo de este proceso se han realizado repetidamente referencias a la necesidad de mejorar la atención a las personas LGTBQ+ en los establecimientos de salud. Si bien se destaca que existen profesionales que se esfuerzan cotidianamente por ofrecer un trato digno, también se señala que es necesario un personal de salud que se trabaja las actitudes de tolerancia y empatía, así como las capacidades que se requieren para dar una atención específica. En este sentido, se ha señalado que la agenda de la Cooperación Internacional y las Agencias marca las prioridades del Servicio de Salud en Honduras, que en los últimos años se ha centrado en las cuestiones relacionadas con el VIH. Se ha avanzado mucho en esta línea, aunque también se destaca que el VIH está estrechamente asociado a los gais y a las mujeres trans, estigmatizándolas, incluso criminalizándolas. Algo que no se puede consentir en los establecimientos de salud. De hecho, parece ser que, cuando las personas LGTBQ+ sufren agresiones o ven vulnerados sus derechos, desde los establecimientos de salud no ponen en marcha los protocolos de atención y protección legales y médicos. Podemos señalar que parte del personal de salud naturaliza esta violencia.

Si bien en los últimos años se han hecho grandes esfuerzos por dar formación al personal de salud, tal vez va siendo hora de realizar una valoración o evaluación de lo realizado. Hay que continuar con el trabajo de formación y sensi-

5 <https://cespad.org.hn/2019/04/29/cronologia-aprobacion-de-ley-provoca-crisis-en-salud-y-educacion-en-honduras/>
<https://cespad.org.hn/2019/06/03/cronologia-en-que-terminara-la-crisis-en-salud-y-educacion/>

6 HSH: hombre que tiene sexo con hombre

bilización, tanto del personal de salud como del resto de población, profundizando en aspectos conceptuales, pero también actitudinales. Se convierte en algo clave, ya que parece una de las cuestiones más debilitadas, profundizar sobre la confidencialidad en la relación entre paciente y personal de salud. resulta interesante los avances que se están dando en este sentido, por ejemplo, en la licenciatura de enfermería que ofrece el CURLA parte del profesorado incorpora algunos contenidos relacionados con la Diversidad sexual y de género. Sin embargo, se destaca que no está incorporado en el currículo como temática.

Además, las formaciones y campañas de sensibilización deben estar enmarcadas en los Derechos Humanos y en los Determinantes sociales de la salud. Incorporando, así mismo, una perspectiva interseccional.

En esta labor se requiere al Estado y a las demás instituciones un papel más activo, que no deje toda la responsabilidad a las organizaciones sociales, ya que éstas no deben suplir las responsabilidades del Estado. Lo cual requiere de una mayor colaboración e implicación entre el Gobierno y las organizaciones sociales. Los establecimientos de salud, permeables a las demandas y propuestas, son un cauce privilegiado de comunicación entre el Servicio público de salud y la sociedad civil.

Por ejemplo, se señala que las salas de espera deben ser lugares en condiciones, donde las personas LGTBQ+ puedan sentirse seguras. O donde los servicios en donde se distribuyen los medicamentos relacionados con el tratamiento del VIH no sean lugares señalados por todo el mundo, sino que sean lugares que garanticen la discreción. Tal vez, podría ser en un lugar donde se entregan otros medicamentos a otros sectores poblacionales.

Destaca de una manera especial que es urgente que el Estado ofrezca la posibilidad de hormonarse a las personas trans. Aunque también se señala que es importante que, desde los establecimientos de salud y las organizaciones sociales, se ofrezcan otras formas alternativas de ser trans o inter, que no pasen por la medicalización o cambios en los cuerpos. Esto requiere de una política pública que conlleve un personal médico especializado y con recursos para atender a esta población.

Respecto a la salud integral que ya hemos mencionado, se plantea que es necesario mayores inversiones en servicios de atención psicológica (psicosocial) y nutricionista. Se menciona que la población LGTBQ+, con especial atención a las personas trans, suelen estar muy dañadas, donde fortalecer la autoestima es fundamental. La atención integral a estos colectivos es inexistente en el Servicio público de Salud en Honduras.

Se ha comentado que se dispone de una insuficiente y poco actualizada información sobre la salud de atención primaria de las personas LGTBQ+. Podemos señalar que sería muy interesante incorporar la Diversidad sexual y de género en las investigaciones, en las campañas de información, así como en los formularios que se utilicen.

El Estado hondureño se ha comprometido con la comunidad internacional y con su ciudadanía a través de la firma de acuerdos internacionales. Resulta imprescindible su cumplimiento por parte del Estado y el seguimiento por parte de la sociedad civil. Además, en el caso concreto de la atención primaria de salud para las personas LGTBQ+, se requieren unos reglamentos de atención, así como protocolos de actuación, que operativicen dichos acuerdos.

Consideramos necesario destacar la importancia de reforzar los servicios de atención primaria de salud en los entornos rurales, que suelen ser lugares con mayor vulnerabilidad en general, y especialmente para la población LGTBQ+.

Se ha señalado que hay poca credibilidad en el Estado y sus instituciones, ya que no sólo no se da respuestas a la población, sino que, además, pueden ser parte de la violencia que se vive en el país. Esta puede ser una de las razones por las que la población LGTBQ+ no denuncia todas las agresiones que viven y la vulneración de Derechos que sufren.

En este sentido, se apunta, por ejemplo, que las mujeres trans que hayan sido violentadas, puedan ser atendidas en las casas refugio que, hasta el momento, la Administración señala que son exclusivamente para las mujeres cis.

Finalmente, deseamos señalar que somos conscientes de las posibilidades que un país como Honduras puede tener a la hora de mejorar su servicio de atención primaria de salud para la población LGTBQ+. Algunas de las líneas de mejora planteadas requieren de unas inversiones que, posiblemente, no estén en la agenda del Gobierno actual. Sin embargo, algunos de las propuestas planteadas prácticamente no requieren de unas inversiones extra, sino de un nuevo enfoque para las acciones e intervenciones que se están ya realizando.

Además, queremos señalar que la experiencia de COPINH (Consejo Cívico de Organizaciones Populares e Indígenas de Honduras) y OFRANEH (Organización Fraternal Negra Hondureña) pueden resultar inspiradoras a la hora de mejorar la salud pública que se está planteando. Los esfuerzos que organizaciones como estas están realizando pueden resultar muy sugerentes. Sistematizarlas podría ser un buen recurso y una buena base de aprendizaje.

6.2. RESUMEN DE LAS LÍNEAS DE MEJORA

A continuación, presentamos 21 líneas de mejora elaboradas a partir del apartado anterior y que consideramos clave destacar:

CUADRO 6. RESUMEN DE LAS LÍNEAS DE MEJORA

EL ENFOQUE

1. Para intervenir desde la complejidad planteada, puede resultar útil el enfoque de la interseccionalidad de opresiones diversas, como la raza, la clase, el género, la sexualidad, etc.
2. Es necesario el acceso a una salud digna para las personas LGTBQ+, pero relacionando este derecho con el derecho a la educación, el trabajo
3. Las organizaciones sociales que trabajan en este ámbito podrían plantear un trabajo de incidencia en los servicios de salud pública dando a conocer los DSS. Para facilitar este trabajo, se podría descentralizar esta responsabilidad a través de las direcciones departamentales, para que puedan impulsar este conocimiento en sus territorios.
4. Las direcciones departamentales podrían llevar a cabo evaluaciones sobre el impacto de la incorporación de los DSS.

LA PARTICIPACIÓN

5. Es un reto involucrar a la población LGTBQ+ en sus procesos de salud, tanto a través de sus organizaciones, como de cada persona usuaria.
6. Si bien puede resultar conveniente utilizar, dependiendo el caso, el término HSH, éste no puede ser sustituto del sujeto político gay.
7. Se destaca la importancia de tener una especial atención a las mujeres y hombres trans
8. En esta labor se requiere al Estado y a las demás instituciones un papel más activo, que no deje toda la responsabilidad a las organizaciones sociales, ya que éstas no deben suplir las responsabilidades del Estado.

LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LOS RECURSOS

9. En el caso de Atlántida es un reto contar con más establecimientos de salud, mejor equipados de recursos y de personal.

10. Por un lado, los establecimientos de salud deben estar preparados para atender a todo el conjunto de población (también personas LGTBIQ+). Por otro, sería conveniente que los SAI sean parte de la atención médica especializada dirigida a toda la población (no sólo LGTBIQ+), por ejemplo, como parte de una Unidad de salud sexual.

11. Por un lado, se señala que las salas de espera deben ser lugares en condiciones, donde las personas LGTBIQ+ puedan sentirse seguras. Por otro lado, se señala que los servicios en donde se distribuyen los medicamentos relacionados con el tratamiento del VIH no sean lugares señalados por todo el mundo, sino que sean lugares que garanticen la discreción.

12. Las farmacias de los establecimientos de salud resultan de gran importancia. Se propone que sean servicios que posibiliten medicamentos útiles a la población. Resulta necesario, en algunos casos, distribuir incluso preservativos y lubricantes.

13. Consideramos necesario destacar la importancia de reforzar los servicios de atención primaria de salud en los entornos rurales.

EL PERSONAL DE SALUD

14. Resulta necesario un personal de salud que se trabaja las actitudes de tolerancia y empatía, así como las capacidades que se requieren para dar una atención específica al colectivo LGTBIQ+

15. Hay que continuar con el trabajo de formación y sensibilización, tanto del personal de salud como del resto de población, profundizando en aspectos conceptuales, pero también actitudinales. Las formaciones y campañas de sensibilización deben estar enmarcadas en los Derechos Humanos y en los Determinantes sociales de la salud. Incorporando, así mismo, una perspectiva interseccional.

LOS SERVICIOS

16. En el caso concreto de la atención primaria de salud para las personas LGTBIQ+, se requieren unos reglamentos de atención, así como protocolos de actuación, que operativicen los acuerdos internacionales firmados por el Estado de Honduras.

17. Destaca de una manera especial que es urgente que el Estado ofrezca la posibilidad de hormonarse a las personas trans. Aunque también se señala que es importante que, desde los establecimientos de salud y las organizaciones sociales, se ofrezcan otras formas alternativas de ser trans o inter, que no pasen por la medicalización o cambios en los cuerpos.

18. Sobre la salud integral, se plantea que es necesario mayores inversiones en servicios de atención psicológica (psicosocial) y nutricionista a la población LGTBIQ+, con especial atención a las personas trans.

19. Podemos señalar que sería muy interesante incorporar la Diversidad sexual y de género en las investigaciones, en las campañas de información, así como en los formularios que se utilicen.

20. Resulta interesante sistematizar la experiencia de COPINH (Consejo Cívico de Organizaciones Populares e Indígenas de Honduras) y OFRANEH (Organización Fraternal Negra Hondureña) como elementos de aprendizaje para mejorar los servicios de salud pública, integrando un enfoque interseccional.

21. Resulta urgente que las mujeres trans que hayan sido violentadas, puedan ser atendidas en las casas refugio que, hasta el momento, la Administración señala que son exclusivamente para las mujeres cis.

07

ANEXO 1
CONTENIDOS DE
LA BIBLIOGRAFÍA
DE REFERENCIA

Existe diversa bibliografía como apoyo para la realización del diagnóstico. Hemos seleccionado algunos documentos que nos pueden ayudar a elaborar las preguntas que queremos realizar y que están relacionadas con las tres categorías de análisis: desigualdades en el acceso, medicalización y atención psicosocial. Además, estos documentos, junto a otros nuevos, nos pueden ayudar también para realizar el contraste de los hallazgos que vayamos obteniendo.

Los hemos organizado en cuatro apartados:



A continuación, ordenados por cada uno de estos cuatro apartados, se presentan la referencia de cada documento, así como aquellos contenidos de cada uno de ellos que, desde nuestro punto de vista, resultan más relevantes para el objeto de esta investigación.

7.1. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

-  **Blanco Amalio y Valera Sergi (2007):** “Los fundamentos de la intervención psicosocial” en Blanco, Amalio y Marín, Jesús Rodríguez (coords.) *Intervención psicosocial*. Pearson Educación, Madrid.
-  **Castañeda, Wilson; Agamez, Melissa Monroy; Ullmer, Deborah; Carbajal, Vanessa Mejía; Sorto, Alex; Valle, David y Anguita, Luis Abolafia (2016):** *Reflexiones sobre la participación política de las personas LGBTI en Honduras*. Caribe afirmativo, NDI, Somos, Victory Institute, Colombia.
-  **Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018):** *Reconocimiento de derechos de personas LGTBI*. Washington.
-  **Gil-Borrelli, Christian Carlo; Velasco, César; Iniesta, Carlos; de Beltrán, Paula; Curto, Javier y Latasa Pello (2017):** Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria* 31 (3), 175-177
-  **Koehler, Dominik y Menzies, Nicholas (2017):** “Surveys, big data, and experiments how can we best learn about LGBTI development outcomes?”. Policy Research Working Paper. World Bank Group.
-  **Leoni, María Noel y Pietrafesa, Andrea (2019):** *La opinión consultiva 24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: una nueva herramienta para garantizar los derechos de las personas LGBTI*. CEJIL-Hivos, Argentina.
-  **Martín, Carlos (2010):** *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. Hegoa, Bilbao.
-  **OMS:** *Subsanar las desigualdades en una generación. alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires.
-  **OMS (2011):** *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo*. Río de Janeiro.
-  **OPS-OMS (2016):** *Estrategia de cooperación de país de la OPS-OMS Honduras 2017-2021*. Honduras.
-  **OPS-OMS (2018):** *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. 162ª sesión del comité ejecutivo. Washington
-  **Rodríguez-Marín, Jesús; Cañadas, Isabel; García del Castillo, José Antonio y Mira, José J. (2007):** “El diseño de un programa de intervención” en Blanco, Amalio y Marín, Jesús Rodríguez (coords.) *Intervención psicosocial*. Pearson Educación, Madrid.
-  **Secretaría de Salud; DGCEs; OPS-OMS; Campus virtual de Salud Pública (2016):** *Guía para la elaboración de un diagnóstico en salud*. México.
-  **Sorto, Alex y Jiménez, Abner (2020):** *Informe situacional de las personas LGTBI en relación a la pandemia del covid-19 en Honduras*. Somos, Tegucigalpa.

7.2. IDEAS DESTACADAS DE CADA DOCUMENTO

7.2.1. SOBRE LA SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

OPS-OMS (2018): Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. 162ª sesión del comité ejecutivo. Washington



- Los ministerios de salud dijeron que la infección por el VIH y, en menor medida, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen considerándose como los motivos de preocupación más importantes para la salud de las personas LGBT. Señalaron también otras necesidades de salud propias de las personas LGBT que se habían mencionado anteriormente en la bibliografía.
- Los ministerios de salud y las ONG observaron también las preocupaciones de salud de otras minorías sexuales y de género, además de las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero.
- En lo que se refiere a los servicios existentes que son sensibles a las personas LGBT, los ministerios de salud encuestados mencionaron los sistemas de atención de salud de acceso abierto que se cree que no discriminan contra ningún grupo minoritario, así como los servicios relacionados con el VIH y consultorios centralizados respetuosos de las personas LGBT.
- Los servicios de salud que se ofrecen con mayor frecuencia a las personas LGBT son prevención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, seguidos de servicios de salud mental y comportamental. Esos servicios también son ofrecidos comúnmente por ONG. (3)

Los mecanismos de rendición de cuentas de las políticas para las personas LGBT podrían ser débiles o inexistentes, y a veces dependen excesivamente de las quejas individuales o de la participación de las ONG. (4)

Más de la mitad de los ministerios de salud que respondieron a la encuesta dijeron que su país recopila datos de salud desglosados sobre las personas LGBT, pero las ONG dijeron que faltaban datos sobre la salud de las personas LGBT. (5)

LOS OBSTÁCULOS:

- ➔ Suministro de servicios sensibles a las personas LGBT, incluida la centralización, la ausencia de un enfoque interseccional que aborde distintas clases de vulnerabilidades y un fuerte énfasis en el VIH;
- ➔ Capacitación y sensibilización de los prestadores de atención de salud, incluida la capacitación insuficiente y la falta de mecanismos para evaluar el impacto de la capacitación, cuando la hay;
- ➔ Empoderamiento de las personas LGBT para usar los servicios de salud, incluida la escasa representación de las personas LGBT en cargos clave y la discriminación en el contexto de la atención de salud;
- ➔ Medidas legislativas favorables para las personas LGBT, incluida la aplicación desigual de las leyes anti-discriminación;
- ➔ Políticas de salud para las personas LGBT y mecanismos de rendición de cuentas, incluida la ausencia de protocolos y normas para la atención para cada grupo LGBT;
- ➔ Recopilación y difusión de datos sobre la salud de las personas LGBT, incluida la falta de encuestas que recopilen datos sobre la salud de las personas LGBT;
- ➔ Capacidad financiera y recursos de las personas LGBT, incluidas las pocas oportunidades laborales para las personas LGBT y el pago directo en el lugar donde se proporciona el servicio, que ocasiona más dificultades relacionadas con la salud;
- ➔ Mecanismos intersectoriales y vínculos con la comunidad, incluida la falta de representación de cada sector pertinente.

Por último, además de las conclusiones principales y los obstáculos señalados que afectan al acceso de las personas LGBT a los servicios de salud, el informe del Director concluye con las siguientes recomendaciones, cuya finalidad es promover la reflexión y la acción de los Estados Miembros para alcanzar la salud universal y el acceso universal a los servicios de salud para los grupos LGBT, según lo dispuesto en la resolución CD52.R6:

- ➔ Establecer un sistema de atención de salud que sea igualmente accesible para todas las personas, incluidas las personas LGBT;
- ➔ Asegurar que se proporcionen servicios de salud física, mental y comportamental sensibles a las personas LGBT que aborden problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión, el riesgo de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas;
- ➔ Colaborar con el sector de la educación para modificar los programas de estudios académicos relacionados con la salud para incluir contenido relacionado con las personas LGBT;

- Establecer programas de capacitación regular sobre la salud de las personas LGBT para los prestadores de atención de salud y el personal de salud que no se limiten al tratamiento y la prevención de la infección por el VIH y las ITS;
- Ejecutar estrategias para incluir la población LGBT en el sistema de atención de salud del país; por ejemplo, colocando carteles visibles sobre la no discriminación que se refieran explícitamente a la orientación sexual y la identidad o expresión de género, y permitiendo las visitas de parejas del mismo sexo o género en casos de hospitalización;
- Dejar de considerar las identidades transgénero como una patología;
- Promulgar leyes favorables para las personas LGBT y derogar las leyes que penalicen a las personas LGBT;
- Reconsiderar las prohibiciones de donación de sangre;
- Elaborar y socializar políticas de salud que tengan en cuenta las necesidades de salud de las personas LGBT y refuercen los mecanismos de rendición de cuentas;
- Recopilar datos sobre la orientación sexual y la identidad de género para vigilar cualquier obstáculo que enfrenten las personas LGBT para tener acceso a los servicios de salud;
- Abordar los obstáculos financieros, eliminando el pago directo en el lugar donde se proporciona el servicio;
- Mejorar las oportunidades laborales para las personas LGBT;
- Fortalecer los mecanismos de cooperación y coordinación intersectoriales de los ministerios de salud con otros ministerios y otros Estados Miembros a fin de difundir y examinar prácticas, políticas y estrategias que aborden el tema de la salud de las personas LGBT. (5, 6 y 7)

OMS (2011): *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo. Río de Janeiro.*

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. (...) determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. (...) en tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales “además de la misma salud” que depende de una mayor equidad en salud. (2)

LAS ESTRATEGIAS PRIORITARIAS PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las estrategias prioritarias para la ejecución de medidas pueden identificarse en cada uno de los cinco elementos fundamentales:

- La gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud. Fortalecer la buena gobernanza de la acción sobre los determinantes sociales. () Poner en marcha la acción colaborativa entre sectores (“acción intersectorial”). () 2. La promoción de la participación: crear las condiciones que favorezcan la participación. () mediar la participación y asegurar la representatividad. () Facilitar la participación de la sociedad civil. () 3. La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública en la reducción de las inequidades en salud: ejecutar la función del sector salud en la gobernanza de la acción sobre los determinantes sociales. () reorientar los servicios de salud y los programas de salud pública para reducir las inequidades. () Institucionalizar la equidad en la gobernanza de los sistemas de salud () 4. La acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los actores: alinear las prioridades y los actores mundiales. () 5. La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales: Identificar fuentes, seleccionar indicadores, recopilar datos y definir metas. (...) avanzar pese a la falta de datos sistemáticos. () Difundir los datos sobre las inequidades en salud y los determinantes sociales, e integrar estos datos en los procesos normativos. (3,4)

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (7)

Si bien hay pruebas de la eficacia de actuar sobre los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud, se necesitan más investigaciones y conocimientos para que los formuladores de políticas estén mejor informados sobre lo que funciona mejor en su contexto en particular. (10)

La cobertura de Salud universal equitativa (véase la figura 6) exige que se garantice el acceso y la cobertura eficaz de todos los grupos (“ancho”), a toda la atención necesaria (“fondo”), con costos asequibles en condiciones aceptables, con recursos específicos para atender las necesidades diferenciadas de los grupos desfavorecidos (“alto”) (...) Figura 6. Logro de la Cobertura de Salud Universal (CSU) equitativa (27)

Definir los factores clave que se deben investigar en función del contexto (por ejemplo, detectar las comunidades más desfavorecidas) (38) y el impacto del racismo sobre la salud (39)

Determinantes sociales de la salud: son las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida de las personas (45)

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018) Reconocimiento de derechos de personas LGTBI. Washington.

En relación con este último punto, sobre la salud de las personas trans, la CIDH advierte que su situación económica, en general, determina la calidad de los servicios médicos que reciben, incluyendo las cirugías de afirmación de género y otras modificaciones corporales relacionadas. () “revisen las prácticas y protocolos médicos vigentes que establecen la realización de intervenciones médicas innecesarias en niños y niñas intersex sin su consentimiento previo, libre e informado” (84)

“terapias” con la finalidad de “modificar” la orientación sexual o identidad de género (85)

CIDH reconoce que la epidemia del VIH “está concentrada mayormente en [] hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, personas que usan drogas inyectables o trabajadores/as sexuales”. Sin embargo, la

Comisión llama la atención a que dicha epidemia también se relaciona con factores biológicos, socioculturales y económicos, además de la discriminación y violencia contra ciertos grupos de personas. (88)

La Comisión destaca que, no es propiamente el “ser LGBT” que facilita la infección por el VIH, sino más bien es la discriminación y la vulnerabilidad enfrentadas por la población LGBT que resultan en que la misma se torne más vulnerable al VIH. (89)

Las estrategias creadas a través de la intersectorialidad deben llevar en consideración la interseccionalidad con otros factores que generan realidades en las cuales las violaciones de derechos humanos son más profundizadas, como: etnia raza; sexo; género; condición migratoria y situación de desplazamiento; edad; situación de defensor de derechos humanos; situación de privación de libertad; situación socioeconómica, entre otros. (136)

Garantizar protocolos de salud que atiendan a las especificidades de las personas LGBTI, () a. Fiscalizar adecuadamente la actividad de profesionales que ofrecen “terapias” para “modificar” o “curar” la orientación sexual y la identidad de género y, de ser el caso, prohibir dichas actividades. b. Prohibir toda intervención médica innecesaria en niños y niñas intersex que se realice sin su consentimiento libre, previo e informado. c. Garantizar la construcción de protocolos médicos adecuados para la atención integral de las personas LGBTI, respetando su orientación sexual, identidad de género -real o percibida- y diversidad corporal y combatiendo la violencia y discriminación a que estas personas están expuestas. d. Garantizar el acceso al más alto nivel de atención médica relativa a tratamientos de afirmación de la identidad de género con base en el consentimiento libre, previo e informado de las personas. e. Promover entrenamientos y capacitaciones sobre orientación sexual, identidad de género “real o percibida” y diversidad corporal para todos los profesionales que trabajan con la salud, con la finalidad de combatir la discriminación y el prejuicio. f. Promover campañas educativas sobre enfermedades sexualmente transmisibles para las personas LGBTI que trabajan con la labor sexual. g. Promover campañas de educación e información para la sociedad sobre las formas de contaminación por VIH con la finalidad de cambiar el estigma sobre las personas LGBTI. h. Promover campañas de educación sobre la contaminación y tratamiento del VIH, así como de las enfermedades conexas. i. Garantizar la información adecuada y tratamiento a las personas LGBTI que viven con VIH. (138-139)

OMS: Subsanan las desigualdades en una generación. alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires.

Tres principios de acción:

- ➔ Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece
- ➔ Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- ➔ Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto (2)

Combatir las desigualdades derivadas del crecimiento urbano actuando sobre el régimen de propiedad de la tierra y los derechos inmobiliarios, y garantizando medios de subsistencia que favorezcan una vida saludable, inversiones suficientes en infraestructuras rurales y políticas que den apoyo a los migrantes que van del campo a la ciudad (4)

Ofrecer a los hombres y las mujeres empleos de calidad suficientemente remunerados, teniendo en cuenta el costo real y actual de una vida sana. (6)

Lograr que los sistemas de protección incluyan a quienes suelen estar excluidos: personas en situación de precariedad laboral, en particular quienes trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas. (8)

Invertir en el personal sanitario nacional y tratar de equilibrar la densidad de profesionales de la salud entre el medio rural y el medio urbano (9)

Crear y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo. (16)

Garantizar la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en la toma de decisiones sanitarias, y hacer que ello se convierta en una característica del derecho a la salud. (18)

Leoni, María Noel y Pietrafesa, Andrea (2019): *La opinión consultiva 24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: una nueva herramienta para garantizar los derechos de las personas LGTBI*. CEJIL-Hivos, Argentina.

(...) la discriminación hacia las personas transgéneros y transexuales (en adelante, se usa “personas trans” para abarcar ambos grupos) por la existencia de normas y prácticas que obstaculizan el cambio de nombre, género y adecuación de la imagen en sus documentos de identidad (23)

Estar basados únicamente en el consentimiento libre e informado del solicitante, sin que se exijan requisitos como certificaciones médicas y/o psicológicas, u otros certificados que puedan resultar irrazonables o patologizantes (34)

No deben exigir la acreditación de operaciones quirúrgicas y/o hormonales. La modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole puede ser parte de la forma en que una persona decide libremente construir y expresar su identidad de género, pero no es una necesidad para el ejercicio de ese derecho por parte de las personas trans. Por lo tanto, estas medidas no pueden ser exigidas por los procesos de cambio de identidad de género (35)

Gil-Borrelli, Christian Carlo; Velasco, César; Iniesta, Carlos; de Beltrán, Paula; Curto, Javier y Latasa Pello (2017): *Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España*. *Gaceta Sanitaria* 31 (3), 175-177

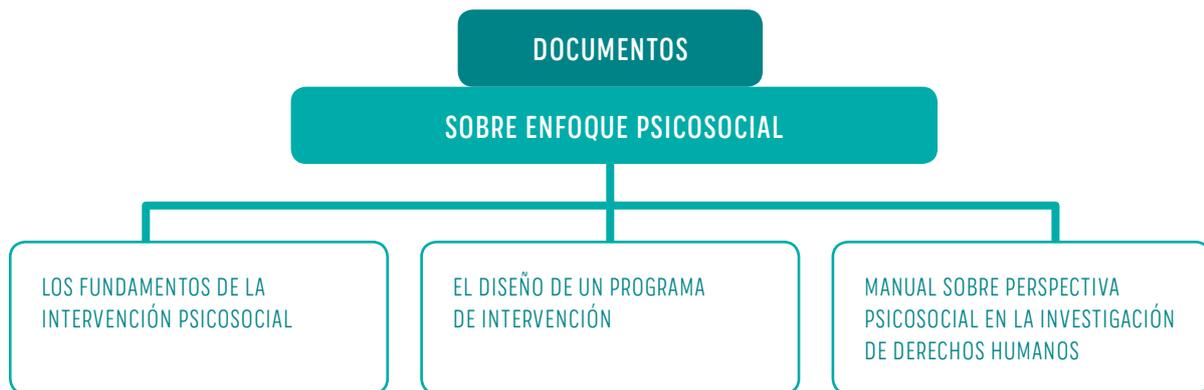
Las personas LGBT afrontan inequidades en salud y, en comparación con la población heterosexual, este colectivo presenta una mayor prevalencia de ciertos problemas de salud (...) La falta de aceptación personal, familiar y social en relación a la orientación sexual y la identidad de género no normativas puede afectar a la salud mental y a la seguridad y bienestar de las personas LGBT. La discriminación sufrida por estas personas ha sido asociada con elevadas tasas de enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, suicidios y victimización () Sin duda, en esta problemática de salud desempeñan un papel crucial los prejuicios y el odio hacia este colectivo, que se suman a los daños emocionales, psicológicos y físicos que causan la estigmatización, el aislamiento, la humillación, el acoso y la violencia verbal y física (...) en el seno de cada identidad se dan diferentes problemáticas: así, en mujeres lesbianas y bisexuales se ha descrito una mayor prevalencia de osteoporosis, sobrepeso y obesidad cáncer de mama, cáncer de cérvix y mayor riesgo de no acceder a servicios

de cribado de cáncer en hombres gais y bisexuales se registran mayores tasas de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (en España, el 50% de los nuevos casos de VIH se producen por transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres), hepatitis víricas y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) cáncer anal, de próstata, testículos y colon y trastornos de la alimentación; y en personas trans, además de las necesidades relacionadas con el proceso de modificación corporal trans-específica, gestionadas desde las Unidades de Identidad de Género, existe una mayor discriminación elevadas tasas de violencia interpersonal y suicidio y menores tasas de aseguramiento médico que en personas heterosexuales o LGB. Asimismo, las necesidades y problemáticas de salud del colectivo LGBT son distintas a lo largo del ciclo vital: por ejemplo, durante la adolescencia y primeros años de juventud, existe un mayor riesgo de suicidio y de encontrarse en situación de calle En edades adultas, la población LGBT presenta mayores tasas de consumo de tabaco, alcohol y abuso de drogas y, durante la vejez, a menudo afrontan otras barreras de salud a causa del aislamiento social y la falta de servicios sociales y de salud culturalmente competentes. (...) Se deben tener en cuenta aspectos interseccionales dentro del colectivo de personas LGBT, como la diversidad funcional, ser migrante, pertenecer a un grupo étnico minoritario o históricamente desfavorecido, estar en situación de prostitución o cualquier otra condición o característica social añadida. (1)

Los ejes sobre los que se debe trabajar pueden ser:

- ➔ La salud y la educación sexual, que abarcaría desde la infección por VIH y otras ITS en la comunidad LGBT, hasta temas de incipiente demanda relacionados con la salud reproductiva o con el buen funcionamiento y satisfacción sexual.
- ➔ La lucha frente a la discriminación por orientación sexual e identidad de género (LGBTfobia), lo que nos remite a trabajar más y mejor sobre el impacto negativo que tiene en las personas LGBT y su salud.
- ➔ La promoción de hábitos saludables, abordando con especial atención los problemas de salud que afectan más específicamente a este colectivo, como el uso de sustancias perjudiciales para el organismo (tabaco, alcohol y otras drogas), el incumplimiento terapéutico, el uso inadecuado de los servicios de salud, etc.
- ➔ La formación del personal del sistema sanitario, servicios de salud y administraciones públicas con competencias sanitarias, tanto a nivel estatal como autonómico, para que conozca, comprenda y aprehenda la realidad de la orientación sexual e identidad de género, conozca los problemas de salud más importantes y tenga recursos para atender de manera adecuada y respetuosa a las personas LGBT.
- ➔ Implementar proyectos de vigilancia de la salud en el colectivo LGBT con el objetivo ulterior de realizar políticas adecuadas que mejoren la salud, la seguridad y el bienestar de las personas pertenecientes a esta comunidad.
- ➔ Fomentar la investigación en temas de salud LGBT, introduciendo la perspectiva de diversidad en el ámbito científico y potenciando redes y proyectos entre universidades, administración y organizaciones no gubernamentales con la participación activa del colectivo LGBT.
- ➔ Coordinación de todos los ejes de trabajo y las instituciones que tomen parte en la mejora de la salud y el bienestar de las personas LGBT. (2)

7.2.2. SOBRE ENFOQUE PSICOSOCIAL



Blanco Amalio y Valera Sergi (2007): “Los fundamentos de la intervención psicosocial” en Blanco, Amalio y Marín, Jesús Rodríguez (coords.) *Intervención psicosocial*. Pearson Educación, Madrid.

«La Psicología latinoamericana debe descentrar su atención de sí misma, despreocuparse de su estatus científico y social y proponer un servicio eficaz a las necesidades de las mayorías populares. Son los problemas reales de los propios pueblos, no los problemas que preocupan en otras latitudes, los que deben constituir el objeto primordial de su trabajo. Y, hoy por hoy, el problema más importante que confrontan las grandes mayorías latinoamericanas es su situación de miseria opresiva, su condición de dependencia marginante que les impone una existencia inhumana y les arrebató la capacidad para definir su vida. Por tanto, si la necesidad objetiva más perentoria de las mayorías latinoamericanas la constituye su liberación histórica de unas estructuras sociales que les mantienen oprimidos, hacia esa área debe enfocar su preocupación y su esfuerzo la Psicología» (26)

Rodríguez-Marín, Jesús; Cañadas, Isabel; García del Castillo, José Antonio y Mira, José J. (2007): “El diseño de un programa de intervención” en Blanco, Amalio y Marín, Jesús Rodríguez (coords.) *Intervención psicosocial*. Pearson Educación, Madrid.

Para diseñar la intervención es esencial establecer un enunciado descriptivo del problema en términos que nos permitan comprender y compartir con el resto del equipo de intervención su problema y sus manifestaciones. (54)

Martín, Carlos (2010): *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. Hegoa, Bilbao.

Martín Baró (1990) habla del trauma psíquico, como la metáfora de la herida, un daño particular producido en una persona por una experiencia de violencia; pero también de un trauma social que se refiere al impacto que esos hechos colectivos pueden tener en los procesos históricos o en una determinada comunidad o grupo. Estas dimensiones muestran diferentes focos de la experiencia y nivel de impactos. Así, el trauma psicosocial se refiere a esa relación dialéctica que existe entre lo personal y lo social, en el que el trauma ha sido producido socialmente, pero se alimenta en esa relación entre individuo y sociedad. (...) O en otro sentido, el significado que da la víctima a los hechos se basa en su ideología o en experiencias políticas compartidas con otros. Esta dimensión psicosocial ayuda a entender los efectos desde una perspectiva más comprensiva. () Por ello, las consecuencias de las violaciones de derechos humanos sólo pueden entenderse en su contexto. (13)

Por otra parte, los efectos se dan también en el ámbito social, como el estigma, las consecuencias laborales o en la integración social. () también un impacto simbólico y cultural, asociado a la identidad. () Las personas tenemos un conjunto de creencias o “asunciones” esenciales sobre nosotras mismas, el mundo y los otros. Estas creencias son implícitas, se basan en la experiencia emocional y se mantienen fuertemente a pesar de la adversidad (14)

7.2.3. SOBRE HONDURAS

OPS-OMS (2016): Estrategia de cooperación de país de la OPS-OMS Honduras 2017-2021. Honduras.



Honduras es un país de ingreso medio-bajo con cerca del 63 por ciento de la población viviendo en pobreza () el Índice de Desarrollo Humano del país lo coloca en el lugar 131 de 188 países, mientras que la inequidad en la esfera territorial, social, política, de acceso a la justicia y por razones étnicas, constituyen el principal obstáculo para el desarrollo humano de Honduras. () Honduras de acuerdo a los Indicadores Mundiales de Gobernabilidad, se encuentra en el cuartil más bajo del mundo en el control de la corrupción, estado de derecho y eficacia de gobierno, y por debajo del promedio en áreas como estabilidad política, participación y rendición de cuentas, y calidad regulatoria (...) una tasa de homicidios de 60 por 100.000 habitantes en 2015 (18)

Al migrar de forma individual, se produce la separación física del grupo familiar, debilitando los vínculos afectivos y facilitando su desintegración. La ausencia de alguno o varios miembros de la familia es considerada un factor estresante para las poblaciones más jóvenes, afectando su salud mental. () El uso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas ilícitas (marihuana y cocaína) son algunos de los problemas que impactan significativamente a la población de las comunidades expulsoras, sobre todo en la juventud. También la esfera psicosocial de las compañeras y compañeros de las personas migrantes se modifica a partir de la migración del cónyuge. Cambios imprevistos, nuevas responsabilidades y roles, ansiedad y temor sobre el futuro () Con relación a los roles familiares, con la partida masculina, el empoderamiento femenino se traduce en la participación de la mujer en las actividades económicas, sociales y familiares (19)

Honduras se encuentra en un escenario de transición caracterizado por tres diferentes cargas epidemiológicas: a) la persistencia de las enfermedades infecto-contagiosas y transmitidas por vectores, b) el incremento de las enfermedades no transmisibles y c) la inseguridad ciudadana expresada en las altas tasas de morbilidad y mortalidad por lesiones de causa externa tales como accidentes viales y homicidios concentrados en la población masculina de 10 a los 34 años. (20)

Estos municipios concentran además del 94% de los casos de VIH a nivel nacional. Honduras se encuentra entre los 11 países de la región con las tasas más altas de coinfección, TB/VIH (11%). La tasa de TB reportada en la población privada de libertad (PPL) en 2014 fue de 1,169,20 por 100,000 habitantes con un 8% de positividad de VIH () **Sobre el VIH/Sida.** Para 2015, se estimaron un total de 20,000 personas que viven con VIH de todas las edades y una prevalencia de VIH de 0.4% en personas de entre 15 a 49 años. La mortalidad anual se estima en 1,160 personas por estadio avanzado de VIH. Por otro lado, se estima un total de 17,910 personas que necesitarán terapia antirretroviral () con relación a las arbovirosis Honduras mantiene vulnerabilidades de tipo ambiental y de respuesta intersectorial considerando los determinantes como la pobreza, poblaciones marginales y alto hacinamiento especialmente en zonas urbanas. () pasando de un abordaje biomédico a uno de desarrollo y protección social, ya que están fuertemente ligadas a la pobreza y condiciones de vida. () Con estos datos queda establecido que las mujeres están en mayor riesgo de enfermar y morir que los hombres. (21)

El Estudio global sobre homicidios, del 2013 de las Naciones Unidas colocó a Honduras en el primer lugar a nivel mundial en tasa de homicidios (22)

En relación a los suicidios, hay que destacar que es la primera causa de muerte entre las niñas de 10 a 19 años. () el 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud. (23)

El país cuenta con políticas públicas, estrategias y planes de acción sobre género, equidad y derechos humanos con el propósito de garantizar cambios culturales para eliminar los estereotipos de género y fomento al respeto a derechos humanos. (25)

El abordaje a las enfermedades transmisibles ha logrado un avance significativo, es así como se ha logrado disminuir la incidencia de enfermedades como sífilis congénita, TB, VIH y enfermedades inmunoprevenibles () considerado prioritario por la alta exposición y el alto número de casos de TB que se han detectado en los últimos dos años entre personas privadas de libertad, migrantes, personas con diabetes, indígenas y afrodescendientes, además de las personas que viven en extrema pobreza, hacinamiento, alcoholismo y/o tabaquismo, sujetos de padecer enfermedades transmisibles (27)

3.2.1 Asesorar la investigación, medición y análisis sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud como sustento para la formulación y ejecución de políticas basadas en evidencia para reducir las inequidades en salud.

3.2.2 Fomentar la aplicación del enfoque de Salud en Todas las Políticas, con énfasis en la participación multisectorial y comunitaria para la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud. (42) la violencia intrafamiliar y basada en género () 3.3.3 Fortalecer la vigilancia, la generación de evidencia, la difusión y el dialogo social que procuren la reducción de la violencia intrafamiliar y basada en género. (43)

e. Asesorar la generación de información diferenciada para poblaciones indígenas y afrohondureñas). () con enfoque de género y derechos humanos (73)

con enfoque de interculturalidad y respeto a la diversidad (75)

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018): Reconocimiento de derechos de personas LGTBI. Washington.

Honduras informó a la CIDH sobre la implementación de la “Política Nacional de Género en Salud”, a partir de 2015, que establece principios claros con respecto a la garantía de no discriminación por orientación sexual o identidad de género (87)

Castañeda, Wilson; Agamez, Melissa Monroy; Ullmer, Deborah; Carbajal, Vanessa Mejía; Sorto, Alex; Valle, David y Anguita, Luis Abolafia (2016) *Reflexiones sobre la participación política de las personas LGBTI en Honduras. Caribe afirmativo, NDI, Somos, Victory Institute, Colombia.*

La participación Política es uno de los retos más significativos que tiene en la actualidad el movimiento de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e inrtersex (LGBTI) en Honduras (9)

Sin embargo, desde los años 90 la emergencia del VIH SIDA, () su prioridad era en concreto la prevención y atención del VIH SIDA en todas sus expresiones, fortaleciendo solo su incidencia en el escenario de la salud (22)

Ahí fue clave la participación de personas líderes LGBTI, que fueron liderando procesos sociales y políticos siendo visibles en un escenario al que el país no estaba acostumbrado: la toma de decisiones, enfocando la coyuntura de la violencia, como el eje motivador para derrocar la indiferencia y enarbolar la causa del respeto a la integralidad y vida de las personas que manifiestan una orientación sexual no heterosexual o una identidad de género no hegemónica. (24)

2015 el Encuentro de Liderazgos Políticos LGTBI en América Latina y El Caribe en Tegucigalpa (25)

reafirmandose el precepto de que, a mayor visibilización, mayor riesgo. Los sitios de homosocialización (lugares frecuentados por personas abiertamente LGBTI) fueron atacados y desalojados, dejando a la deriva a estas personas, exponiendo especialmente a mujeres trans y hombres gais, esto, con la complicidad del Estado y los gobiernos de turno (29)

la falta de garantías para la participación política de las personas LGBTI ha generado un gran temor a la exclusión o a la discriminación lo cual ha hecho que se pierdan el interés a participar activamente en la política, pese a que podrían llegar a ser una fuerza electoral de gran relevancia; y, por otro lado, en Tegucigalpa consideran que hay mayor interés de participación política de personas LGBTI que en San Pedro Sula. (31)

dificultades en la participación política de personas LGBTI por parte del Estado es la falta de leyes, políticas públicas o acciones afirmativas por parte de este. () En el grafico anterior es clave resaltar que el 81% de las personas encuestadas en todo el país tienen la percepción de que en las agendas públicas hondureñas no se responde a las problemáticas y necesidades de las personas LGBTI en el país. (32)

para las personas abiertamente LGBTI que no son parte de procesos políticos o de liderazgos sociales, sus prioridades radican en la demanda de derechos fundamentales como educación, salud y empleo, los cuales, en muchos casos, se les pueden ver negados por su orientación sexual o identidad de género (35)

Sorto, Alex y Jiménez, Abner (2020): *Informe situacional de las personas LGTBI en relación a la pandemia del covid-19 en Honduras. Somos, Tegucigalpa.*

Finalmente, la militarización de las ciudades es un factor grave que aumenta la vulnerabilidad ya que más de la mitad de los delitos contra personas LGTBI registrados por organizaciones de la diversidad sexual en Honduras son cometidos por elementos de seguridad del estado (11)

Mientras la comunidad médica pone el foco en la lucha contra el coronavirus, resta prioridad a otros servicios hospitalarios claves para la comunidad LGBTI, como la salud mental y el asesoramiento en materia sexual. En

muchos países también se han suspendido los tratamientos hormonales y las pruebas de detección del VIH, por lo que las mujeres transexuales, que históricamente han tenido una mayor prevalencia del virus, no pueden acceder a la atención médica vital. (13)

Por otro lado, la reasignación de los recursos sanitarios también ha creado o exacerbado la escasez de antirretrovirales para las personas que viven con el VIH, al tiempo que ha repercutido en la capacidad de las mujeres y hombres trans para recibir terapia hormonal y otros cuidados relacionados con la reasignación de sexo. (16)

7.2.4. SOBRE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



OPS-OMS (2018): Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. 162ª sesión del comité ejecutivo. Washington

El cuestionario más completo tenía diez secciones: *a*) situación de salud de las personas LGBT; *b*) marco legislativo favorable para las personas LGBT; *c*) políticas de salud relativas a las personas LGBT; *d*) servicios de salud centrados en las personas LGBT; *e*) capacitación y sensibilización de prestadores de servicios de salud sobre temas relacionados con las personas LGBT; *f*) empoderamiento y no discriminación de las personas LGBT; *g*) datos demográficos y de salud de las personas LGBT; *h*) mecanismos intersectoriales; *i*) obstáculos financieros que enfrentan las personas LGBT, y *j*) otros obstáculos para la salud y el acceso a los servicios de la salud de las personas LGBT. El cuestionario dirigido a las ONG tenía cuatro secciones: *a*) situación de salud de las personas LGBT; *b*) servicios centrados en las personas LGBT; *c*) obstáculos a la salud de las personas LGBT y al acceso a los servicios de salud, y *d*) mecanismos intersectoriales de participación. (3)

Rodríguez-Marín, Jesús; Cañadas, Isabel; García del Castillo, José Antonio y Mira, José J. (2007): “El diseño de un programa de intervención” en Blanco, Amalio y Marín, Jesús Rodríguez (coords.) *Intervención psicosocial*. Pearson Educación, Madrid.

CUADRO 2.3. LISTA DE COMPROBACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD

- ▶ Nivel de análisis: • Individual, • Grupal, • Comunitario.
- ▶ Contexto: • Físico, • Social.
- ▶ Características: • Condiciones en las que ocurren, • Incentivos asociados, • Consecuencias negativas.

- ▶ Posibles mecanismos de cambio: • Incentivos para el cambio, • Personas, grupos, instituciones facilitadores, • Fuentes de resistencia. (56)

3. El proceso de investigación

3.1. La elección del área de interés () 3.2. La fundamentación de la investigación () 3.3. La formulación de las preguntas y los objetivos de la investigación () 3.4. Elección y aplicación de la metodología () Cuando un estudio pretende obtener resultados dirigidos a la exploración y contrastación de hipótesis, las técnicas cualitativas se enfrentan a dificultades similares a las que se tienen que enfrentar las técnicas cuantitativas, sobre todo de cara a la generalización (569-590)

Secretaría de Salud; DGCEs; OPS-OMS; Campus virtual de Salud Pública (2016): *Guía para la elaboración de un diagnóstico en salud. México.*

INDICADORES:

- ▶ Infraestructura
- ▶ Daños a la salud (mortalidad, morbilidad, discapacidad)
- ▶ Desempeño de los servicios de salud (estructura, proceso, resultados) (8)

Koehler, Dominik y Menzies, Nicholas (2017) “Surveys, big data, and experiments how can we best learn about LGBTI development outcomes?”. Policy Research Working Paper. World Bank Group.

Esta publicación resulta muy interesante porque muestra cómo elaborar las preguntas adecuadas y también hace referencia al método y la metodología de la investigación LGTBI

08

ANEXO 2
ENCUESTA

SOBRE MI...

Por favor, seleccione la respuesta que considere más adecuada

1. ¿CUÁL ES SU FRANJA DE EDAD?

	>18
	18-25
	26-35
	36-50
	51-65
	<65

2. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

	Soltera
	Soltero
	Casada con mujer
	Casada con hombre
	Casado con mujer
	Casado con hombre
	Pareja de hecho de mujer
	Pareja de hecho de hombre
	Divorciada de mujer
	Divorciada de hombre
	Divorciado de mujer
	Divorciado de hombre
	Separada de mujer
	Separada de hombre
	Separado de mujer
	Separado de hombre
	Viuda de mujer
	Viuda de hombre
	Viudo de mujer
	Viudo de hombre
	Otro (especificar)

3. USTED DIRÍA QUE ES:

	Gay
	Lesbiana
	Mujer bisexual
	Hombre bisexual

	Heterosexual
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

4. TAMBIÉN DIRÍA QUE ES

	Hombre cis
	Hombre transexual
	Hombre intersexual
	Mujer cis
	Mujer transexual
	Mujer intersexual
	Transgénero
	Género no binario
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

5. ADEMÁS, DIRÍA QUE SU EXPRESIÓN DE GÉNERO ES

	Masculina
	Femenina
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé

6. EL GRUPO CULTURAL AL QUE USTED PERTENECE ES

	Ladino (Mestizo)
	Garífuna
	Lenca
	Isleño
	Otro (señalar cuál)
	No lo sé

7. SU NIVEL EDUCATIVO ES

No he ido a la escuela	Sí he ido a la escuela		
		Incompleta	Completa
	Primaria		
	Secundaria		
	Universitaria		

8. ¿A QUÉ CLASE SOCIAL PERTENECE?

	Desempleado/a
	Trabajador/a por cuenta propia
	Empresario/a
	Empleado/a del sector privado
	Empleado/a del sector público
	Rentista (propietario/a de alquileres)
	Campesino/a
	Ama de Casa

9. ¿CUÁL DIRÍA QUE ES SU NIVEL ECONÓMICO?

	Bajo
	Medio
	Alto

10. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE PARTICIPACIÓN EN ALGUNA ASOCIACIÓN?

	Formo parte de alguna asociación LGTBI+
	No formo parte de ninguna asociación LGTBI+
	Formo parte de alguna asociación de otro ámbito
	No formo parte de ninguna asociación de otro ámbito

SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO

Por favor, seleccione la respuesta que considere más adecuada

ENTORNO EN EL QUE VIVE

11. ¿CUÁL ES EL MUNICIPIO EN EL QUE VIVE? ¿Y EL BARRIO?

	Municipio	Bo./Col./Comunidad
	Jutiapa	
	La Ceiba	
	Esparta	
	El Porvenir	
	Esparta	
	La Masica	
	Arizona	
	Tela	

12. USTED VIVE

Sola/o	Amigos/as	
	Con mi familia (pareja, hijxs...)	
	Madre	
	Padre	
	Hermano/a	
	Abuelo/a	
	Tío/a	
	Sobrino/a	
	Primo/a	
	Otros	

13. ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL ENTORNO EN EL QUE USTED VIVE (SEÑALE AQUELLAS CON LAS QUE SE IDENTIFIQUE)

	Mi familia me acepta tal como soy
	El lugar en el que vivo es seguro para mí
	Me siento una persona querida por la comunidad en la que vivo

Comente su respuesta si lo desea

LA ATENCIÓN DE SALUD

14. ¿CONSIDERA QUE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTÁ CERCA DE SU CASA?

Si	No
----	----

15. ¿ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO, PRIVADO O SUBROGADO?

	Público
	Privado
	Subrogado
	No lo sé

16. ¿USTED ES VISIBLE COMO LGTBIQ+ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

	Sí
	No
	Depende

17. ¿PUEDE ESPECIFICAR EN QUÉ SITUACIONES ES O NO VISIBLE COMO LGTBIQ+ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

18. ¿VE NECESARIO VISIBILIZARSE COMO LGTBIQ+ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

19. ¿POR QUÉ SÍ O POR QUÉ NO?

20. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD GARANTIZA UNA ATENCIÓN DISCRETA Y PERSONALIZADA?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

21. ¿CUÁNTAS VECES VA USTED AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DURANTE EL AÑO?

<input type="checkbox"/>	De 1 a 5
<input type="checkbox"/>	De 6 a 15
<input type="checkbox"/>	De 16 a más
<input type="checkbox"/>	No lo sé

22. SI NO HA ACUDIDO A SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD ¿CUÁLES HAN SIDO LAS RAZONES? SEÑALE UN MÁXIMO DE 2 (AQUELLAS QUE LE PARECEN LAS MÁS RELEVANTES)

<input type="checkbox"/>	No me ha hecho falta y suelo ir cuando lo necesito
<input type="checkbox"/>	Los servicios que necesito no los cubre el establecimiento de salud
<input type="checkbox"/>	No me siento en confianza de ir al establecimiento de salud cuando tengo alguna necesidad?
<input type="checkbox"/>	He sentido miradas de desaprobación y menosprecio la última vez que estuve, así que aun necesítandolo no me he atrevido a ir.
<input type="checkbox"/>	No tengo tarjeta sanitaria
<input type="checkbox"/>	No quiero que se enteren de que soy LGTBIQ+
<input type="checkbox"/>	Temo que me rechacen
<input type="checkbox"/>	El personal sanitario de mi establecimiento de salud no tiene ninguna experiencia en temas de diversidad sexual y de género
<input type="checkbox"/>	NS/NC
<input type="checkbox"/>	OTRAS (señale otra situación por la que no ha acudido a su establecimiento de salud)

23. ¿QUÉ TIPO DE PROBLEMAS HA TENIDO CUANDO HA IDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?: ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA

	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi establecimiento de salud.
	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi establecimiento de salud ya que no me visibilizo como LGTBIQ+
	Miradas de desaprobación, menosprecio, intimidatorias
	Tengo mucho miedo. Miedo de que si el médico lo sabe lo sepa luego mi familia.
	Me da mucha vergüenza que lo sepa el personal sanitario.
	Han presupuesto que era heterosexual y me han tratado como tal.
	Cuando he contado que era gay han presupuesto mi promiscuidad y me han mandado hacer la prueba del VIH
	El personal del establecimiento de salud no tiene formación específica para atender a las personas LGTBIQ+
	El personal sanitario desconoce lo que es ser transexual, transgénero, de género no binario...
	El personal sanitario no ha sabido derivarme a los servicios especializados que necesitaba
	Me tratan con el género que no deseo
	He sufrido violencia verbal
	Considero excesivo el coste de la atención de salud
	He recibido un trato no adecuado basado en prejuicios
	Patologizan mi sexualidad y mi género.
	He sufrido un trato sexista y binario.
	En el establecimiento de salud me realizan las pruebas médicas que necesito
	Se han negado a hacerme una citología al decirles que era lesbiana.
	No sabe/no contesta
	OTRAS (puede hacer cualquier comentario que considere sobre las problemáticas que usted ha vivido)

24. CONSIDERA QUE EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA

	Le atiende con respeto
	Le atiende con cariño
	Se interesa por sus condiciones de vida y lo que ocurre a su alrededor? (a nivel social, familiar...)

Comente sus respuestas si lo desea

25. ¿CONSIDERA QUE LAS INSTALACIONES FÍSICAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SON ADECUADAS PARA LA ATENCIÓN?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

26. ¿LA ATENCIÓN GENERAL QUE SE ESTÁ DANDO AL CORONAVIRUS HA IMPEDIDO OTROS SERVICIOS QUE NECESITABA COMO PERSONA LGTBTIQ+?

si	No
¿Cuáles?	

27. ¿HA DESARROLLADO ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD PORQUE NO HABER SIDO ATENDIDO ADECUADAMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

28. ¿LE CONSULTAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOBRE CÓMO SE PUEDE MEJORAR EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD QUE RECIBE?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

29. ¿QUÉ HACE FALTA EN LA ATENCIÓN DE SALUD QUE RECIBE? ENTRE LAS QUE SE MUESTRAN ELIJA LAS CINCO QUE VEA MÁS NECESARIAS. TAMBIÉN PUEDE AÑADIR AL FINAL AQUELLAS QUE CONSIDERE QUE NO ESTÁN.

	Campañas de sensibilización para aumentar la visibilización de las personas LGTBIQ+, así como la concienciación de las personas que trabajan en los establecimientos de salud.
	Una atención más amable y empática.
	Reconocimiento de la identidad de sexo/género.
	Acabar con la desprotección que tienen las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud.
	Más formación en diversidad sexual y de género al personal sanitario de los establecimientos de salud.
	Protocolos internos contra la LGTBIQfobia en todos los niveles sanitarios.
	Recursos de apoyo psicosocial para atender a las víctimas de la LGTBIQfobia
	La puesta en marcha de campañas para hacer frente al VIH y otras ITS

	Garantía de una atención médica con perspectiva de diversidad sexual y de género, no heteronormativa, que invite a expresar con libertad el género y la sexualidad.
	Un trato no sexista, ni binarista
	Ampliar y mejorar los servicios que se presta a las personas LGTBIQ+, en particular los relativos a la salud afectiva, psíquica y emocional.
	Un discurso no patologizante sobre las personas trans.
	Más inversión en apoyos para ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales.
	Que el servicio ginecológico supere los sesgos heterosexuales y reproductivos.
	NS/NC
	OTRAS, (puede hacer cualquier comentario que considere sobre las necesidades que siente respecto a sus vivencias como persona perteneciente a la población LGTBIQ+)

30. ¿CONOCE A QUÉ SERVICIO DE SALUD DEBE ACUDIR SI ES USTED VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL?

Si	No
¿Cuál?	

31. ¿CONSIDERA USTED QUE LA REALIDAD DE SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD INCIDE DE ALGUNA MANERA (NEGATIVA O POSITIVAMENTE) EN SU SALUD?

Negativamente	¿Por qué?
Positivamente	¿Por qué?
No incide de ninguna manera	

SOBRE LA MEDICALIZACIÓN

32. ¿CONSIDERA QUE EN SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD ATIENDEN ADECUADAMENTE CUESTIONES RELACIONADAS CON EL VIH?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

33. ¿Y LE HACEN SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

34. ¿LE GUSTARÍA QUE SE BRINDARA EL PROCESO DE HORMONIZACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

35. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE HACE UN SEGUIMIENTO ADECUADO A LAS PERSONAS QUE HORMONIZAN SU CUERPO?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

36. ¿CONSIDERA QUE EN SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE ABORDAN OTROS ASUNTOS RELACIONADAS CON SU SALUD INTEGRAL?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

37. ¿LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EXPLICAN A LAS PERSONAS LGTBIQ+ CÓMO PREVENIR ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

38. ¿LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EXPLICAN A LAS PERSONAS LGTBIQ+ CÓMO PREVENIR OTRAS ENFERMEDADES?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Comente su respuesta si lo desea

39. ¿CONOCE USTED OTRAS ALTERNATIVAS, QUE NO SEAN LA MODIFICACIÓN DE LOS CUERPOS, PARA LAS PERSONAS TRANS E INTER?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Cuáles?			

SOBRE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

40. ¿SE ENCUENTRA CON DIFICULTADES DE ACCESO A LA SALUD POR SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

41. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE RELACIONA CERCANAMENTE CON LA COMUNIDAD?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

42. EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA)

	acompaña también su salud mental y afectiva? (cuando decimos si acompaña nos referimos a si le atiende más allá de darle medicamentos)
	le ayuda a abordar las situaciones y dificultades a las que se enfrenta por ser una persona LGTBIQ+?
	conoce las relaciones y vínculos que tienen las personas LGTBIQ+ con sus amistades y organizaciones?
	le pone en contacto con otras instancias públicas o con otras personas y organizaciones para que encuentre usted otros apoyos?
	le apoya en sus relaciones familiares?

Comente su respuesta si lo desea

43. ¿PARTICIPA USTED EN LA VIDA SOCIAL Y POLÍTICA DE SU CIUDAD O COMUNIDAD?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

44. ¿EXISTEN EN SU COMUNIDAD O CIUDAD, BARES Y CENTROS LGTBIQ+ EN LOS QUE ENCONTRARSE CON OTRAS PERSONAS LGTBIQ+?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

45. ¿SUELE IR A ESTOS BARES Y CENTROS?

	Sí
	No

Comente su respuesta si lo desea

46. ¿QUÉ TIPO DE MEDIDAS CREE USTED QUE MEJORARÍAN SU BIENESTAR, SU LIBERTAD O EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

47. ENTRE LAS QUE SE MUESTRAN ELIJA LAS CINCO QUE USTED CONSIDERE QUE SON MÁS URGENTES. AL FINAL PODRÁ AÑADIR AQUELLAS QUE CONSIDERE, PERO QUE NO ESTÁN RECOGIDAS.

	Poner en marcha campañas de sensibilización y toma de conciencia sobre diversidad sexual y de género, que muestren también la diversidad cultural de las personas LGBTQ+
	Un papel más activo por parte de las organizaciones internacionales de cooperación en cuanto a los derechos humanos de las personas LGBTQ+
	Visibilizar en los formularios de recogida de datos, en las comunicaciones y publicidad institucional la diversidad sexual y de género.
	Impartir formación sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario.
	Evitar la aplicación de criterios de rol de género estereotipado en la atención sanitaria.
	Habilitar baños mixtos o no binarios en los centros sanitarios
	Realizar protocolos de atención y respuesta a actitudes LGBTQfóbicas que se produzcan en el interior de los establecimientos de salud.
	Diseñar un programa de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGBTQfobia.
	Garantizar la atención de mujeres lesbianas en los tratamientos de reproducción asistida.
	Promover e incrementar el uso de los recursos públicos frente a los privados en relación a la reproducción asistida, reasignación de género u hormonación.
	Potenciar campañas sobre VIH y otras ITS para combatir el estigma y las discriminaciones.
	Incrementar la investigación sobre la salud de las personas LGBTQ+.
	Garantizar la realización de citologías con independencia de la sexualidad que se desea o género sentido.
	Impulsar una información positiva, sin tabúes, abierta y sin secretos sobre las personas intersexuales.
	Tratar de forma interseccional la diversidad funcional y la diversidad sexo-genérica, de forma que aumente la credibilidad de una persona con trastorno mental a la hora de reivindicar su diversidad.
	Discriminar positivamente a las personas LGBTQ+ en el acceso a las ayudas sociales.
	Apoyar a las personas defensoras de los DDHH LGBTQ+
	OTRAS, (puede hacer cualquier comentario que considere sobre las medidas que pondría usted en marcha como persona perteneciente a la población LGBTQ+)

**Muchas gracias por haber participado en este diagnóstico.
Sus aportes serán de gran utilidad.**

09

ANEXO 3
ENTREVISTAS

MODELO ENTREVISTA AGENTES (PERSONAL O EQUIPO) DE SALUD

SOBRE USTED...

Por favor, selecciona la respuesta que consideres más adecuada

1. USTED DIRÍA QUE ES:

	Gay
	Lesbiana
	Mujer bisexual
	Hombre bisexual
	Heterosexual
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

2. TAMBIÉN DIRÍA QUE ERES

	Hombre cis
	Hombre transexual
	Hombre intersexual
	Mujer cis
	Mujer transexual
	Mujer intersexual
	Transgénero
	Género no binario
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

3. ADEMÁS, DIRÍA QUE SU EXPRESIÓN DE GÉNERO ES

	Masculina
	Femenina
	Queer

	Otra (señalar cuál)
	No lo sé

4. EL GRUPO CULTURAL AL QUE PERTENECES ES

	Ladino- Mestizo
	Garífuna
	Isleña
	Lenca
	Otro (señalar cuál)
	No lo sé

5. TU TRABAJO ES

	Médicx de atención primaria
	Médicx especialista
	Enfermerx
	Promotxr en Educación
	Técnico
	Auxiliar
	Otro (especificar)

SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO

ENTORNO EN EL QUE TRABAJA

6. ¿CUÁL ES EL MUNICIPIO EN EL QUE TRABAJA? ¿Y EL BARRIO - COLONIA - COMUNIDAD?

	Municipio	Bo./Col./Comunidad
	Jutiapa	
	La Ceiba	
	Esparta	
	El Porvenir	
	Esparta	
	La Masica	
	Arizona	
	Tela	

7. ¿CONSIDERA QUE EL AISLAMIENTO O SOLEDAD ES UN PROBLEMA DE SALUD DE LAS PERSONAS LGTBQI+?

LA ATENCIÓN DE SALUD

8. ¿Considera que el personal de salud disponen de datos médicos e información actualizada sobre la situación de la salud de las personas LGTBIQ+?

9. ¿Sabe usted si existe una política pública de salud para las personas LGTBIQ+?

10. ¿El personal de salud conoce la existencia de la Guía clínica de atención integral a víctimas de violencia sexual en los Servicios de salud? ¿La aplica en su trabajo?

11. ¿Considera que las creencias del personal sanitario son un impedimento para un buen trato de las personas LGTBIQ+ en los Establecimientos de salud?

12. ¿Considera que los establecimientos de salud están cerca de las personas LGTBIQ+?

13. ¿Los establecimientos de salud garantizan una atención discreta y personalizada?

14. ¿Considera excesivo el coste de la atención de salud para las personas LGTBIQ+?

15. ¿El personal en los establecimientos de salud conocen si las y los pacientes son LGTBIQ+?

16. ¿Se trata a la gente según el género con que se identifica?

17. ¿Considera que el personal de los establecimientos de salud tiene formación específica para atender a las personas LGTBIQ+? ¿Esta formación la posibilita el servicio público de salud?

18. ¿Considera que el personal de los establecimientos de salud conoce las realidades en las que viven las personas LGTBIQ+?

19. ¿Considera que el personal de los establecimientos de salud atiende con respeto a las personas LGTBIQ+?

20. ¿Considera que el personal de los establecimientos de salud se interesa por las condiciones de vida y lo que ocurre al alrededor de las personas LGTBIQ+?

21. ¿Considera que en los establecimientos de salud realizan las pruebas médicas que necesitan las personas LGTBIQ+? ¿Cuáles hacen falta?

22. ¿La atención al Coronavirus ha impedido otros servicios que necesitan las personas LGTBIQ+? ¿Cuáles?

23. ¿Tiene usted conocimiento si las personas LGTBIQ+ han desarrollado alguna enfermedad porque no han sido atendidas adecuadamente en el establecimiento de salud?

24. ¿En los establecimientos de salud se consulta a las personas LGTBIQ+ sobre cómo se puede mejorar el servicio público de salud que reciben?

25. ¿Qué considera que hace falta en la atención de salud que se ofrece a las personas LGTBIQ+?

26. ¿Considera usted que la realidad de los establecimientos de salud incide de alguna manera (negativa o positivamente) en la salud de las personas LGTBIQ+?

SOBRE LA MEDICALIZACIÓN

27. ¿Considera que en los establecimientos de salud atienden adecuadamente asuntos relacionadas con el VIH?

28. ¿Se hace seguimiento a las personas LGTBIQ+ sobre el VIH?

29. ¿Considera que en los establecimientos de salud atienden los proceso de hormonización?

30. ¿Se hace un seguimiento adecuado a estos procesos?

31. ¿Considera que en los establecimientos de salud se abordan otras atenciones relacionadas con la salud de las personas LGTBIQ+?

32. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBIQ+ cómo prevenir otras enfermedades?

33. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBIQ+ cómo prevenir enfermedades relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual?

34. ¿Considera que en los Establecimientos de salud se discrimina a una persona LGTBIQ+ frente al resto de la población?

35. ¿Conoce otras alternativas, que no sean la modificación de los cuerpos, para las personas trans e inter? ¿Cuáles?

36. ¿Conoce Usted si las Personas Trans están pasando por procesos de hormonización clandestino o autoadministrado?

37. ¿Considera usted que las personas Trans conocen los riesgos de la automedicación sin supervisión?

SOBRE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

38. ¿Las personas trans y queer encuentran dificultades de acceso a la salud por su documento de identidad?

39. ¿Tienen los establecimientos de salud relación cercana con la comunidad en la que se encuentran?

40. ¿El personal de los establecimientos de salud acompaña también la salud mental y afectiva de las personas LGTBIQ+? (cuando decimos si acompaña nos referimos a si atiende más allá de dar medicamentos)

41. ¿Considera que los establecimientos de salud tienen en cuenta la realidad social y familiar en la que viven las personas LGTBIQ+?

42. ¿El personal de la salud de los establecimientos es sensible a las situaciones y dificultades a las que se enfrentan por ser persona LGTBIQ+?

43. ¿El personal de salud de los establecimientos ayuda a abordar las situaciones y dificultades a las que se enfrentan por ser una persona LGTBIQ+?

44. ¿Considera que hay coordinación entre el servicio público de salud y otras Instancias públicas a la hora de atender a las personas LGTBIQ+?

45. ¿El personal de salud de los establecimientos pone en contacto a las personas LGTBIQ+ con otras Instancias públicas o con otras personas y organizaciones para que encuentren otros apoyos?

46. ¿El personal de salud de los establecimientos apoya a las personas LGTBIQ+ en sus relaciones familiares?

47. ¿Cuáles considera que son los determinantes sociales de salud que están más debilitados y que habría que fortalecer con la población LGTBIQ+?

MODELO ENTREVISTA PERSONAS LGTBIQ+

SOBRE MI...

Por favor, seleccione la respuesta que considere más adecuada

1. ¿CUÁL ES SU FRANJA DE EDAD?

	>18
	18-25
	26-35
	36-50
	51-65
	<65

2. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

	Soltera
	Soltero
	Casada con mujer
	Casada con hombre
	Casado con mujer
	Casado con hombre
	Pareja de hecho de mujer
	Pareja de hecho de hombre
	Divorciada de mujer
	Divorciada de hombre
	Divorciado de mujer
	Divorciado de hombre
	Separada de mujer
	Separada de hombre
	Separado de mujer
	Separado de hombre
	Viuda de mujer
	Viuda de hombre

	Viudo de mujer
	Viudo de hombre
	Otro (especificar)

3. USTED DIRÍA QUE ES:

	Gay
	Lesbiana
	Mujer bisexual
	Hombre bisexual
	Heterosexual
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

4. TAMBIÉN DIRÍA QUE ES

	Hombre cis
	Hombre transexual
	Hombre intersexual
	Mujer cis
	Mujer transexual
	Mujer intersexual
	Transgénero
	Género no binario
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

5. ADEMÁS, DIRÍA QUE SU EXPRESIÓN DE GÉNERO ES

	Masculina
	Femenina
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé

6. EL GRUPO CULTURAL AL QUE USTED PERTENECE ES

	Ladino (Mestizo)
	Garífuna

	Lenca
	Isleño
	Otro (señalar cuál)
	No lo sé

7. SU NIVEL EDUCATIVO ES

No he ido a la escuela	Sí he ido a la escuela	
		Incompleta
	Primaria	Completa
	Secundaria	
	Universitaria	

8. ¿A QUÉ CLASE SOCIAL PERTENECE?

	Desempleado/a
	Trabajador/a por cuenta propia
	Empresario/a
	Empleado/a del sector privado
	Empleado/a del sector público
	Rentista (propietario/a de alquileres)
	Campesino/a
	Ama de Casa

9. ¿CUÁL DIRÍA QUE ES SU NIVEL ECONÓMICO?

	Bajo
	Medio
	Alto

10. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE PARTICIPACIÓN EN ALGUNA ASOCIACIÓN?

	Formo parte de alguna asociación LTGBI+
	No formo parte de ninguna asociación LGTBI+
	Formo parte de alguna asociación de otro ámbito
	No formo parte de ninguna asociación de otro ámbito

SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO

ENTORNO EN EL QUE VIVE

11. ¿CUÁL ES EL MUNICIPIO EN EL QUE VIVE? ¿Y EL BARRIO?

	Municipio	Bo./Col./Comunidad
	Jutiapa	
	La Ceiba	
	Esparta	
	El Porvenir	
	Esparta	
	La Masica	
	Arizona	
	Tela	

12. USTED VIVE

Sola/o	Amigos/as	
	Con mi familia	
	Madre	
	Padre	
	Hermano/a	
	Abuelo/a	
	Tío/a	
	Sobrino/a	
	Primo/a	
	Otros	

13. ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL ENTORNO EN EL QUE USTED VIVE (SEÑALE AQUELLAS CON LAS QUE SE IDENTIFIQUE)

	Mi familia me acepta tal como soy
	El lugar en el que vivo es seguro para mi
	Me siento una persona querida por la comunidad en la que vivo

Comente su respuesta si lo desea

LA ATENCIÓN DE SALUD

14. ¿Considera que el establecimiento de salud está cerca de su casa?

15. ¿Es un establecimiento de salud público, privado o subrogado?

16. ¿Usted es visible como LGTBIQ+ en el ámbito de la salud? ¿Puede especificar en qué situaciones es o no visible como LGTBIQ+ en el ámbito de la salud?

17. ¿Ve necesario visibilizarse como LGTBIQ+ en el establecimiento de salud?

18. ¿El establecimiento de salud garantiza una atención discreta y personalizada

19. ¿Cuántas veces va usted al establecimiento de salud durante el año?

20. Si no ha acudido a su establecimiento de salud ¿cuáles han sido las razones?

21. ¿Qué tipo de problemas ha tenido cuando ha ido al establecimiento de salud?:

22. ¿Considera que el personal del establecimiento de salud le atiende con respeto y se interesa por sus condiciones de vida?

23. ¿Considera que las instalaciones físicas en el establecimiento de salud son adecuadas para la atención?

24. ¿La atención general que se está dando al Coronavirus ha impedido otros servicios que necesitaba como persona LGTBTIQ+?

25. ¿Ha desarrollado algún tipo de enfermedad porque no haber sido atendido adecuadamente en el establecimiento de salud?

26. ¿Le consultan en el establecimiento de salud sobre cómo se puede mejorar el servicio público de salud que recibe?

27. ¿Qué hace falta en la atención de salud que recibe?

28. ¿Conoce a qué servicio de salud debe acudir si es usted víctima de violencia sexual?

29. ¿Considera usted que la realidad de su establecimiento de salud incide de alguna manera (negativa o positivamente) en su salud?

SOBRE LA MEDICALIZACIÓN

30. ¿Considera que en su establecimiento de salud atienden adecuadamente cuestiones relacionadas con el VIH?

31. ¿Conoce si en su establecimiento de salud hacen seguimiento a las personas viviendo con VIH?

32. ¿Le gustaría que se brindara el proceso de hormonización en el establecimiento de salud?

33. ¿En el establecimiento de salud se hace un seguimiento adecuado a las personas que hormonizan su cuerpo?

34. ¿Considera que en su establecimiento de salud se abordan otros asuntos relacionadas con su salud integral?

35. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBIQ+ cómo prevenir enfermedades relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual?

36. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBIQ+ cómo prevenir otras enfermedades?

37. ¿Conoce usted otras alternativas, que no sean la modificación de los cuerpos, para las personas trans e inter?

SOBRE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

38. ¿Se encuentra con dificultades de acceso a la salud por su documento de identidad?

39. ¿El establecimiento de salud se relaciona cercanamente con la comunidad?

40. EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. (ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA)

	acompaña también su salud mental y afectiva? (cuando decimos si acompaña nos referimos a si le atiende más allá de darle medicamentos)
	le ayuda a abordar las situaciones y dificultades a las que se enfrenta por ser una persona LGTBIQ+?
	conoce las relaciones y vínculos que tienen las personas LGTBIQ+ con sus amistades y organizaciones?
	le pone en contacto con otras instancias públicas o con otras personas y organizaciones para que encuentre usted otros apoyos?
	le apoya en sus relaciones familiares?

41. ¿Participa usted en la vida social y política de su ciudad o comunidad?

42. ¿Existen en su comunidad o ciudad, bares y centros LGTBIQ+ en los que encontrarse con otras personas LGTBIQ+?

43. ¿Suele ir a estos bares y centros?

44. ¿Qué tipo de medidas cree usted que mejorarían su bienestar, su libertad o el ejercicio de sus derechos humanos en los servicios de salud?

Muchas gracias por haber participado en este diagnóstico. Sus aportes serán de gran utilidad.

MODELO ENTREVISTAS ORGANIZACIONES LGTBIQ+

1. ¿Qué tipo de organización es? Cómo la definiría

2. ¿A qué colectivos/personas atiende?

3. ¿CUÁLES SON LOS GRUPOS CULTURALES A LOS QUE ATIENDE?

	Ladino (Mestizo)
	Garífuna
	Lenca
	Isleño
	Otro (señalar cuál)
	No lo sé

4. ¿Cuáles son los servicios que ofrece?

SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO

ENTORNO EN EL QUE VIVEN LAS PERSONAS LGTBIQ+

5. ¿Considera que el lugar en el que viven las personas de su asociación es seguro?

LA ATENCIÓN DE SALUD

6. ¿Cómo valora la atención que reciben las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?

7. ¿Las personas LGTBIQ+ son visibles en el ámbito de la salud?

8. ¿Ve necesario visibilizarse como LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?

9. ¿Los establecimientos de salud garantizan una atención discreta y personalizada?

10. ¿Por qué motivos considera que las personas LGTBIQ+ no acudirían a los establecimientos de salud?

11. ¿Considera que el personal de los establecimientos salud atiende con respeto a las personas LGTBIQ+ y se interesa por sus condiciones de vida?

12. ¿Considera que las instalaciones físicas en los establecimientos de salud son adecuadas para la atención?

13. ¿La atención general que se está dando al Coronavirus ha impedido otros servicios que necesitan las personas LGTBTIQ+?

14. ¿Consultan a su organización en los establecimientos de salud sobre cómo se puede mejorar el servicio público de salud que se ofrece?

15. ¿Qué hace falta en la atención de salud que se está dando a las personas LGTBIQ+?

16. ¿Conoce a qué servicio de salud deben acudir las personas LGTBIQ+ si son víctimas de violencia sexual?

SOBRE LA MEDICALIZACIÓN

17. ¿Considera que en los establecimientos de salud atienden adecuadamente cuestiones relacionadas con el VIH?

18. ¿Conoce si en los establecimientos de salud hacen seguimiento a las personas viviendo con VIH?

19. ¿Y en su organización como apoyan a las personas con VIH?

20. ¿Le gustaría que se brindara el proceso de hormonización en los establecimientos de salud?

21. ¿En los establecimientos de salud se hace un seguimiento adecuado a las personas que hormonizan su cuerpo?

22. ¿Considera que en los establecimientos de salud se abordan otros asuntos relacionados con la salud integral?

23. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBQ+ cómo prevenir enfermedades relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual?

24. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBQ+ cómo prevenir otras enfermedades?

25. ¿Conoce usted otras alternativas, que no sean la modificación de los cuerpos, para las personas trans e inter?

26. ¿En su organización se promueve la modificación de los cuerpos o se plantean otras alternativas?

SOBRE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

27. ¿Hay personas con dificultades de acceso a la salud por su documento de identidad?

28. ¿ Los establecimientos de salud se relacionan cercanamente con la comunidad?

29. ¿Mantiene su organización relaciones con los establecimientos de salud?

30. ¿Su organización posibilita la participación de las personas LGTBQ+ en la vida social y política de su ciudad o comunidad?

31. ¿Existen en su comunidad o ciudad, bares y centros LGTBQ+ en los que encontrarse con otras personas LGTBQ+?

32. ¿Qué tipo de ocio plantean ustedes en su organización a las personas LGTBQ+?

33. ¿Qué tipo de medidas cree usted que mejorarían el bienestar, la libertad o el ejercicio de los derechos humanos de las personas LGTBQ+ en los servicios de salud?

Muchas gracias por haber participado en este diagnóstico. Sus aportes serán de gran utilidad.

MODELO ENTREVISTAS ORGANIZACIONES VINCULADAS A SALUD

1. ¿Qué tipo de organización es? Cómo la definiría

2. ¿A qué colectivos/personas atiende?

3. ¿CUÁLES SON LOS GRUPOS CULTURALES A LOS QUE ATIENDE?

	Ladino (Mestizo)
	Garífuna
	Lenca
	Isleño
	Otro (señalar cuál)
	No lo sé

4. ¿Cuáles son los servicios que ofrece?

SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO

ENTORNO EN EL QUE VIVEN LAS PERSONAS LGTBIQ+

5. ¿Considera que el lugar en el que viven las personas LGTBIQ+ a las que presta servicio es seguro?

LA ATENCIÓN DE SALUD

6. ¿Cómo valora la atención que reciben las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?

7. ¿Las personas LGTBIQ+ son visibles en el ámbito de la salud?

8. ¿Ve necesario visibilizarse como LGTBIQ+ en los establecimientos de salud?

9. ¿Los establecimientos de salud garantizan una atención discreta y personalizada

10. ¿Por qué motivos considera que las personas LGTBIQ+ no acudirían a los establecimientos de salud?

11. ¿Considera que el personal de los establecimientos salud atiende con respeto a las personas LGTBIQ+ y se interesa por sus condiciones de vida?

12. ¿Considera que las instalaciones físicas en los establecimientos de salud son adecuadas para la atención?

13. ¿La atención general que se está dando al Coronavirus ha impedido otros servicios que necesitan las personas LGTBTIQ+?

14. ¿Consultan a su organización en los establecimientos de salud sobre cómo se puede mejorar el servicio público de salud que se ofrece?

15. ¿Qué hace falta en la atención de salud que se está dando a las personas LGTBTIQ+?

16. ¿Conoce a qué servicio de salud deben acudir las personas LGTBTIQ+ si son víctimas de violencia sexual?

SOBRE LA MEDICALIZACIÓN

17. ¿Considera que en los establecimientos de salud atienden adecuadamente cuestiones relacionadas con el VIH?

18. ¿Conoce si en los establecimientos de salud hacen seguimiento a las personas viviendo con VIH?

19. ¿Y en su organización como apoyan a las personas con VIH?

20. ¿Le gustaría que se brindara el proceso de hormonización en los establecimientos de salud?

21. ¿En los establecimientos de salud se hace un seguimiento adecuado a las personas que hormonizan su cuerpo?

22. ¿Considera que en los establecimientos de salud se abordan otros asuntos relacionados con la salud integral?

23. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBTIQ+ cómo prevenir enfermedades relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual?

24. ¿Las personas profesionales de los establecimientos de salud explican a las personas LGTBTIQ+ cómo prevenir otras enfermedades?

25. ¿Conoce usted otras alternativas, que no sean la modificación de los cuerpos, para las personas trans e inter?

26. ¿En su organización se promueve la modificación de los cuerpos o se plantean otras alternativas

30. ¿Su organización posibilita la participación de las personas LGTBIQ+ en la vida social y política de su ciudad o comunidad?

31. ¿Existen en su comunidad o ciudad, bares y centros LGTBIQ+ en los que encontrarse con otras personas LGTBIQ+?

SOBRE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

27. ¿Hay personas con dificultades de acceso a la salud por su documento de identidad?

32. ¿Qué tipo de ocio plantean ustedes en su organización a las personas LGTBIQ+?

28. ¿Los establecimientos de salud se relacionan cercanamente con la comunidad?

33. ¿Qué tipo de medidas cree usted que mejorarían el bienestar, la libertad o el ejercicio de los derechos humanos de las personas LGTBIQ+ en los servicios de salud?

29. ¿Mantiene su organización relaciones con los establecimientos de salud?

Muchas gracias por haber participado en este diagnóstico. Sus aportes serán de gran utilidad.

MODELO ENTREVISTA 2 PERSONAS LGTBIQ+

EDADES

	>18
	18-25
	26-35
	36-50
	51-65
	<65

SOBRE MI...

USTED DIRÍA QUE ES:

	Gay
	Lesbiana
	Mujer bisexual
	Hombre bisexual
	Heterosexual
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

TAMBIÉN DIRÍA QUE ES

	Hombre cis
	Hombre transexual
	Hombre intersexual
	Mujer cis
	Mujer transexual
	Mujer intersexual
	Transgénero
	Género no binario
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé
	Prefiero no mencionarlo

ADEMÁS, DIRÍA QUE SU EXPRESIÓN DE GÉNERO ES

	Masculina
	Femenina
	Queer
	Otra (señalar cuál)
	No lo sé

EL GRUPO CULTURAL AL QUE USTED PERTENECE ES

	Ladino (Mestizo)
	Garífuna
	Lenca
	Isleño
	Otro (señalar cuál)
	No lo sé

SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO

Por favor, seleccione la respuesta que considere más adecuada

ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL ENTORNO EN EL QUE USTED VIVE (SEÑALE AQUELLAS CON LAS QUE SE IDENTIFIQUE)

	Mi familia me acepta tal como soy
	El lugar en el que vivo es seguro para mi
	Me siento una persona querida por la comunidad en la que vivo

Comente sus respuestas si lo desea

LA ATENCIÓN DE SALUD

¿CONSIDERA QUE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTÁ CERCA DE SU CASA?

Si	No
----	----

¿ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO, PRIVADO O SUBROGADO?

	Público
	Privado
	Subrogado
	No lo sé

¿USTED ES VISIBLE COMO LGTBIQ+ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

	Sí
	No
	Depende

¿PUEDE ESPECIFICAR EN QUÉ SITUACIONES ES O NO VISIBLE COMO LGTBIQ+ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

¿VE NECESARIO VISIBILIZARSE COMO LGTBIQ+ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

	Sí
	No

¿POR QUÉ SI O POR QUÉ NO?

¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD GARANTIZA UNA ATENCIÓN DISCRETA Y PERSONALIZADA?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

SI NO HA ACUDIDO A SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD ¿CUÁLES HAN SIDO LAS RAZONES? SEÑALE UN MÁXIMO DE 2 (AQUELLAS QUE LE PARECEN LAS MÁS RELEVANTES)

	No me ha hecho falta y suelo ir cuando lo necesito
	Los servicios que necesito no los cubre el establecimiento de salud
	No me siento en confianza de ir al establecimiento de salud cuando tengo alguna necesidad?
	He sentido miradas de desaprobación y menosprecio la última vez que estuve, así que aun necesitándolo no me he atrevido a ir.
	No tengo tarjeta sanitaria
	No quiero que se enteren de que soy LGTBIQ+
	Temo que me rechacen
	El personal sanitario de mi establecimiento de salud no tiene ninguna experiencia en temas de diversidad sexual y de género
	NS/NC
	OTRAS (señale otra situación por la que no ha acudido a su establecimiento de salud)

¿QUÉ TIPO DE PROBLEMAS HA TENIDO CUANDO HA IDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?: (ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA)

	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi establecimiento de salud
	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi establecimiento de salud ya que no me visibilizo como LGTBIQ+
	Miradas de desaprobación, menosprecio, intimidatorias
	Tengo mucho miedo. Miedo de que si el médico lo sabe lo sepa luego mi familia.
	Me da mucha vergüenza que lo sepa el personal sanitario.
	Han presupuesto que era heterosexual y me han tratado como tal.
	Cuando he contado que era gay han presupuesto mi promiscuidad y me han mandado hacer la prueba del VIH
	El personal del establecimiento de salud no tiene formación específica para atender a las personas LGTBIQ+
	El personal sanitario desconoce lo que es ser transexual, transgénero, de género no binario...
	El personal sanitario no ha sabido derivarme a los servicios especializados que necesitaba
	Me tratan con el género que no deseo
	He sufrido violencia verbal
	Considero excesivo el coste de la atención de salud
	He recibido un trato no adecuado basado en prejuicios
	Patologizan mi sexualidad y mi género.
	He sufrido un trato sexista y binario.
	En el establecimiento de salud me realizan las pruebas médicas que necesito
	Se han negado a hacerme una citología al decirles que era lesbiana.
	No sabe/no contesta
	OTRAS (puede hacer cualquier comentario que considere sobre las problemáticas que usted ha vivido) Mas que todo creo que la problemática es la cuestión del hecho de la no formación de las personas sanitarias respecto a la comunidad LGTB es el problema mas considerado.

CONSIDERA QUE EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA)

	Le atiende con respeto
	Le atiende con cariño
	se interesa por sus condiciones de vida y lo que ocurre a su alrededor? (a nivel social, familiar...)

Comente sus respuestas si lo desea

¿QUÉ HACE FALTA EN LA ATENCIÓN DE SALUD QUE RECIBE? ENTRE LAS QUE SE MUESTRAN ELIJA LAS CINCO QUE VEA MÁS NECESARIAS. TAMBIÉN PUEDE AÑADIR AL FINAL AQUELLAS QUE CONSIDERE QUE NO ESTÁN.

	Campañas de sensibilización para aumentar la visibilización de las personas LGTBIQ+, así como la concienciación de las personas que trabajan en los establecimientos de salud.
	Una atención más amable y empática.
	Reconocimiento de la identidad de sexo/género.
	Acabar con la desprotección que tienen las personas LGTBIQ+ en los establecimientos de salud.
	Más formación en diversidad sexual y de género al personal sanitario de los establecimientos de salud.
	Protocolos internos contra la LGTBIQfobia en todos los niveles sanitarios.
	Recursos de apoyo psicosocial para atender a las víctimas de la LGTBIQfobia
	La puesta en marcha de campañas para hacer frente al VIH y otras ITS
	Garantía de una atención médica con perspectiva de diversidad sexual y de género, no heteronormativa, que invite a expresar con libertad el género y la sexualidad.
	Un trato no sexista, ni binarista
	Ampliar y mejorar los servicios que se presta a las personas LGTBIQ+, en particular los relativos a la salud afectiva, psíquica y emocional.
	Un discurso no patologizante sobre las personas trans.
	Más inversión en apoyos para ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales.
	Que el servicio ginecológico supere los sesgos heterosexuales y reproductivos.
	NS/NC
	OTRAS, (puede hacer cualquier comentario que considere sobre las necesidades que siente respecto a sus vivencias como persona perteneciente a la población LGTBIQ+) La sensibilización que deben tener las personas que atienden en esos centros de salud debe ser adecuada o conforme a la población que atienden dejando a parte los estereotipos y las cuestiones de genero, machistas y religiosas tendríamos mas aceptación en como nos atienden en los centros de salud.

SOBRE LA MEDICALIZACIÓN

17. ¿CONSIDERA QUE EN SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD ATIENDEN ADECUADAMENTE CUESTIONES RELACIONADAS CON EL VIH?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

18. ¿Y LE HACEN SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

19. ¿LE GUSTARÍA QUE SE BRINDARA EL PROCESO DE HORMONIZACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

20. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE HACE UN SEGUIMIENTO ADECUADO A LAS PERSONAS QUE HORMONIZAN SU CUERPO?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

21. ¿LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EXPLICAN A LAS PERSONAS LGTBIQ+ CÓMO PREVENIR ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

22. ¿LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EXPLICAN A LAS PERSONAS LGTBIQ+ CÓMO PREVENIR OTRAS ENFERMEDADES?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

23. ¿CONOCE USTED OTRAS ALTERNATIVAS, QUE NO SEAN LA MODIFICACIÓN DE LOS CUERPOS, PARA LAS PERSONAS TRANS E INTER?

Sí	No
¿Cuáles?	

SOBRE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

24. ¿SE ENCUENTRA CON DIFICULTADES DE ACCESO A LA SALUD POR SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

25. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE RELACIONA CERCANAMENTE CON LA COMUNIDAD?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

26. EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ELIJA LOS QUE VEA OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO SU EXPERIENCIA)

	acompaña también su salud mental y afectiva? (cuando decimos si acompaña nos referimos a si le atiende más allá de darle medicamentos)
	le ayuda a abordar las situaciones y dificultades a las que se enfrenta por ser una persona LGTBIQ+?
	conoce las relaciones y vínculos que tienen las personas LGTBIQ+ con sus amistades y organizaciones?
	le pone en contacto con otras instancias públicas o con otras personas y organizaciones para que encuentre usted otros apoyos?
	le apoya en sus relaciones familiares?

Comente sus respuestas si lo desea

27. ¿PARTICIPA USTED EN LA VIDA SOCIAL Y POLÍTICA DE SU CIUDAD O COMUNIDAD?

	Sí
	No

Comente sus respuestas si lo desea

28. ¿QUÉ TIPO DE MEDIDAS CREE USTED QUE MEJORARÍAN SU BIENESTAR, SU LIBERTAD O EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

Muchas gracias por haber participado en este diagnóstico. Sus aportes serán de gran utilidad.



LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DESDE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN BIZKAIA

ESTUDIO REALIZADO POR:

LALA MUJICA
GAIZKA VILLAR

ALDARTE

ÍNDICE

1. Presentación	118
2. El análisis de los resultados encontrados	122
2.1. La desigualdad en el acceso	123
2.1.1. Introducción	123
2.1.2. La universalización de la salud y acceso a la APS	123
2.1.3. La pandemia por Covid-19 y las personas LGTBI+	125
2.1.4. Las problemáticas experimentadas o cuando los prejuicios y las violencias LGTBI+fóbicas se manifiestan en el ámbito sanitario	128
A. La heteronormatividad: la presunción universal de la heterosexualidad, el sexismo y el binarismo	129
B. La mirada patologizante	134
C. ¿Actitudes manifiestamente LGTBI+ fóbicas o manifiestamente racistas? ..	136
2.1.5. Las buenas prácticas	137
2.2. El acceso a los medicamentos y la medicalización	139
2.2.1. El acceso a los medicamentos	139
2.2.2. La medicalización de nuestras vidas	140
A. Todas somos víctimas y actores de la medicalización	141
B. Las personas trans y los procesos de transición medicalizados	142
C. Las lesbianas y la inseminación asistida como medio de acceso a la maternidad	144
D. Los gays y la PrEP	147
2.3. La atención psicosocial	149
2.3.1. Introducción	149
2.3.2. La invisibilidad de las personas LGTBI+	151
2.3.3. Las necesidades y las propuestas de las personas LGTBI+	154
2.3.4. La formación y la sensibilización sobre diversidad sexual y de género dirigida a personal de sanidad	156
2.3.5. Por una salud mental no heteronormativa	158
3. Conclusiones	162
4. Anexos: información personas participantes en el estudio y trabajo de campo	166
Bibliografía	182

01

PRESENTACIÓN

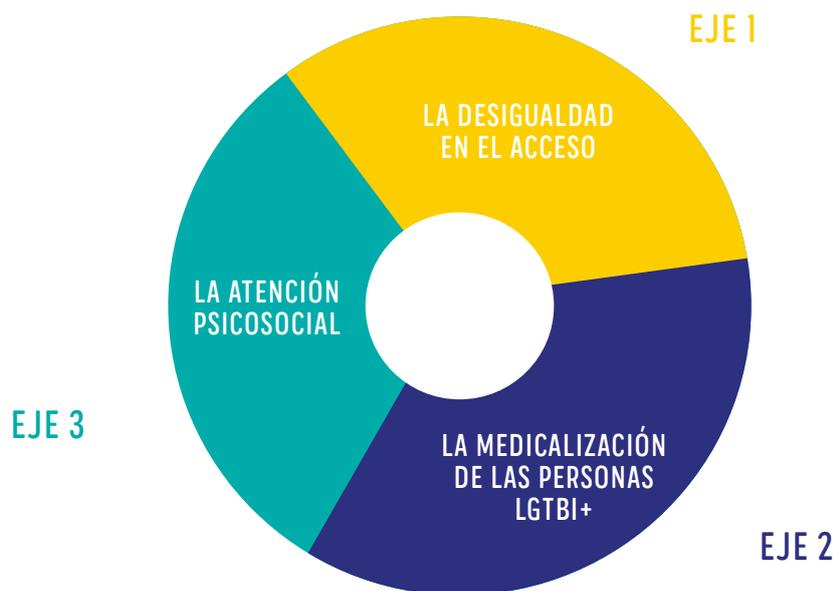
El presente documento recoge el estudio sobre el estado de la Atención Primaria en Salud (a partir de ahora APS) desde la Diversidad Sexual y de Género (a partir de ahora DSG) realizado en el contexto de Bizkaia entre octubre y diciembre del año 2020.

El objetivo general del estudio es analizar la Atención Primaria en Salud desde la Diversidad Sexual y de Género, partiendo de un marco de análisis fundamentado en el modelo de los determinantes sociales de la salud¹ en dos contextos geográficos concretos, el Departamento de Atlántida en Honduras y el territorio Histórico de Bizkaia donde se centra este análisis.

Como objetivos específicos se tienen:

- ➔ Conocer las realidades de las personas LGTBI+² en el ámbito de la salud y en base a las vivencias, problemáticas y necesidades – propuestas de acción que se señalen.
- ➔ Conocer los discursos y el planteamiento sobre la DSG que maneja el tejido profesional que trabaja en las instituciones de salud primaria en la Atlántida (Honduras) y en Bizkaia.

Para lograr este objetivo que nos hemos marcado, el estudio se ha abordado desde tres ejes:



1 Que son las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. Este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida de las personas.

2 LGTBI+: acrónimo que hace referencia a lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y +, es decir, se tiene en cuenta todas aquellas realidades y experiencias que las personas tienen en torno a su sexualidad y género y no pueden ser expresadas (y ni es el deseo a menudo) con las siglas LGTBI.

Se trata de un ejercicio de análisis propiciado por MedicusmundiBizkaia y realizado por ALDARTE en Bizkaia y que parte de un acercamiento a las personas LGTBI+ y a distintas asociaciones y colectivos que, o bien forman parte del tejido asociativo o tienen relación directa con personas LGTBI+ en su trabajo cotidiano.

El proceso de construcción como de redacción del estudio parten de una perspectiva feminista e interseccional. Las implicaciones teóricas y prácticas de esta perspectiva están presentes en todo el documento, así se presenta la realidad LGTBI+ de forma compleja y en absoluto homogénea, donde las distintas problemáticas vividas, necesidades sentidas o propuestas realizadas por las personas participantes son abordadas desde esta complejidad, entendiéndose que son numerosas las potenciales fuentes estructurales de discriminación y desigualdad: el sistema sexo-género binario y excluyente, la edad, el origen cultural, la situación administrativa, la clase social o la diversidad funcional.

El análisis realizado se aborda desde un prisma fundamentalmente cualitativo. Los problemas de representatividad que este enfoque puede acarrear se ven ampliamente superados por la relevancia y la autenticidad de los testimonios y opiniones de las personas LGTBI+ que viven en Bizkaia y que nos aportan una información muy cualificada acerca de lo que son las vivencias de las personas LGTBI+ en estos contextos.

En consonancia con este enfoque las técnicas y herramientas utilizadas han sido las siguientes:

- ➔ Cuestionario auto-administrado online de carácter extensivo para personas LGTBI+ residentes en Bizkaia al que han respondido de forma válida 151 personas
- ➔ Entrevistas en profundidad:
 - ▶ 8 realizadas a personas LGTBI+ de perfiles diferentes
 - ▶ 9 realizadas a agentes de salud de perfiles diferentes
- ➔ Talleres para el debate y la reflexión:
 - ▶ Grupo de hombres LGTBI+ donde participaron 6 personas
 - ▶ Grupo de mujeres LGTBI+ donde participaron 6 personas
 - ▶ Grupo de trans donde participaron 6 personas
 - ▶ Grupo de profesionales de la medicina de APS donde participaron 5 personas
- ➔ Análisis de otras fuentes de información:
 - ▶ Conclusiones de 160 alumnos/alumnas/alumnas de tercer curso de la Escuela de Enfermería tras realizar las prácticas e incluir en las mismas herramientas para trabajar la DSG.
 - ▶ Lectura de artículos y documentos diversos de actualidad sobre el estado de la APS, la pandemia, la atención sanitaria y la DSG.

Destacar que este estudio se ha realizado en plena crisis por la COVID 19, pandemia que tanto está afectando a nuestras vidas y que, sobre todo, se está traduciendo en la dolorosa pérdida de seres queridos y en la precarización económica en la que se encuentran tantas personas debido a la destrucción de numerosos puestos de trabajo. No menos importante es el sufrimiento personal que conlleva experimentar los diferentes estados de alarma y las restricciones de movilidad y encuentros sociales.

02

EL ANÁLISIS
DE LOS RESULTADOS
ENCONTRADOS

2.1. LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO

2.1.1. INTRODUCCIÓN:

¿Es la atención sanitaria verdaderamente universal? ¿realmente está protegido el derecho a la salud y garantizada la asistencia sanitaria para las personas que viven en Bizkaia?

Para que la atención sanitaria universal sea una realidad se hace necesario que las personas puedan acceder al sistema sanitario a través de la APS. ¿Todas las personas residentes en Bizkaia tienen asegurado este acceso? ¿Se dan desigualdades en las condiciones de acceso de manera que unos colectivos sociales lo tienen más restringido que otros? **¿Ser LGTBI+** condiciona de alguna manera el acceso a la APS y a otros servicios sanitarios derivados? ¿Y qué pasa si eres LGTBI+ y además migrante?, una vez que accedes ¿condiciona el trato que se recibe para no volver? y un largo etcétera de preguntas que son el punto de inicio de las reflexiones de este apartado.

En el marco de este estudio hablar de acceso a la sanidad **pública** no es solamente referirse al logro de ser atendida en un servicio determinado:

 la accesibilidad es algo más complejo, algo más que un paciente LGTBI pida una cita médica o que sea capaz de acceder a la UIG (**TAS- AGENTES DE SALUD**).

El acceso a nuestro sistema sanitario será entendido como una cuestión en la que importa no solo las exclusiones que se dan para no poder acceder, también las dificultades o facilidades que se dan en el acceso. Una vez que se accede también importa lo que pasa, el trato y la calidad de la atención sanitaria.

2.1.2. LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD Y ACCESO A LA APS

La universalización de la salud no se da y el acceso a la APS no está asegurado para todas las personas que habitan en Bizkaia, una cuestión que tiene que ver con las duras condiciones de vida que las políticas de migración europeas imponen a las personas migradas, refugiadas o solicitantes de asilo y en el tema de estudio que nos ocupa con los obstáculos que ponen para poder acceder a la asistencia sanitaria en iguales formas que la población autóctona. En su entrevista una persona agente de salud comentaba respecto a cómo está la situación de la APS en el colectivo LGTBI+ migrante:

 Podríamos hablar mas en general de personas migrantes porque muchas veces cuando llegamos aquí no tenemos acceso a la sanidad, y Médicos del Mundo en Bilbao ha puesto en funcionamiento el CASIM, el centro de salud para personas migrantes, y donde se atienden a personas excluidas de Osakidetza. Es el primer servicio que tiene la persona migrante para abordar conflictos relacionados con su género o sexualidad. (**ENTREVISTA AS7**)

Para que una persona, seas LGTBI+ o no, pueda acceder a la APS de forma regularizada hay que tener la tarjeta individual sanitaria (TIS). Para cumplir los requisitos de obtención³ de esta tarjeta las personas autóctonas no tienen problemas, no es el caso de las personas migradas:

3 Estos requisitos se pueden ver en: <https://www.euskadi.eus/informacion/tarjeta-individual-sanitaria/web01-a2inform/es/>; <https://www.bilbao.eus/inmigracion/gestion.asp?codges=34&i=es>

 En Euskadi cualquier persona migrada necesita una vinculación de tres meses con la ciudad, si no tienes esta vinculación no puedes tener tarjeta sanitaria, pero esta vinculación se une al empadronamiento, puedes tener tres meses en la ciudad pero si no tienes empadronamiento no tienes acceso a sanidad. Puedes llevar tres años sin empadronarte y no poder acceder a la tarjeta sanitaria, salvo a urgencias o tener una enfermedad crónica o ser una mujer embarazada. (ENTREVISTA AS7)

Así, y debido a este funcionamiento, numerosas personas migrantes residentes en Bizkaia no tienen acceso a la sanidad **pública** por no lograr un empadronamiento que las instituciones han convertido en un requisito para la obtención de recursos, no solo sanitarios también de formación o de obtención de ingresos como la RGI. El empadronamiento en vez de ser una manera de contar las personas reales que viven en un lugar determinado es la llave que da entrada a derechos como ayudas y estudios:

 El empadronamiento está ligado a los recursos y es complicado acceder a él, es muy difícil de obtener. (ENTREVISTA AS7)

En estas circunstancias a muchas personas migradas para acceder a una atención sanitaria solo les queda el recurso de las Urgencias en los centros hospitalarios **públicos**⁴, una cuestión que tiene diferentes lecturas como señala una persona entrevistada. El servicio de urgencias puede ser complicado cuando se vive en situación irregular:

 La atención sanitaria en urgencias la mayoría de las veces tiene una facturación, esto a la gente le da pánico y muchas veces no van al médico y tienen que ir a Médicos del Mundo. Tienen miedo de que les facturen, que no puedan pagar y que esto pueda influir en su proceso administrativo, la gente tiene miedo a dar direcciones, teléfonos,... el hecho de que tienes que dar datos, es un filtro que muchas veces vulnera derechos. (ENTREVISTA AS4)

Ser mujer trans y las condiciones en las que muchas desarrollan su trabajo sexual obstaculiza de forma específica el acceso al sistema público sanitario:

 Es una población con alta movilidad (muchas de ellas siguen un sistema de rotación llamado sistema plaza, que consiste en el cambiar de lugar de ejercicio después de 21 días). Son muy poco dadas a recurrir a los circuitos oficiales de salud más allá de la prevención de ITS y VIH (por desconocimiento, por su condición de inmigrantes en situación de irregularidad, movilidad. (ENTREVISTA AS1)

Muchas personas migrantes en situación administrativa irregular sufren exclusión sanitaria lo que constituye una vulneración de su derecho a la Salud y más. Como señala Silvia López (2019) la Política y las políticas reparten desigualmente las posibilidades de vivir una vida importante, así hay vidas que merecen aprecio, cuidado, protección frente al daño, servicios, recursos y atención, mientras otras vidas se configuran como prescindibles, abandonadas a su suerte, vidas descartadas de quienes mueren abandonados en una barcaza en el mediterráneo o no pueden acceder a la atención sanitaria que necesitan.

Dada esta exclusión sanitaria no es rara la situación en la que se encontró una de las personas participantes en el estudio, la cual relata:

 En Cruces hace poco que empecé a regular la hormonación. Cuando vine a Bilbao dejé la hormona-

⁴ la gran mayoría no pueden pagarse una sanidad privada.

ción que llevaba desde hacía años hasta que conseguí estar en Cruces, tratarme allí y conseguir una tarjeta para eso. (ENTREVISTA P6)

La transición para las personas trans no está contemplada entre las excepciones para recibir una atención sanitaria cuando la situación administrativa es irregular, por lo que aquellas que han iniciado una hormonación en su país de origen no la pueden seguir cuando migran al País Vasco si no tienen la tarjeta sanitaria que les da acceso a una hormonación controlada médicamente y a la obtención de las hormonas a un costo asequible.

Si la situación administrativa de la persona es regular, siendo migrante o no, la sensación general de todas las personas participantes en este estudio es que no se da una discriminación específica que obstaculice el acceso por el hecho de ser una persona LGTBI+. De hecho no ha habido ningún relato que mencione el no acceso a la APS u otros servicios sanitarios especializados por causa LGTBI+. Otra cuestión como se verá más adelante es el trato una vez que se ha accedido.

2.1.3. LA PANDEMIA POR COVID-19 Y LAS PERSONAS LGTBI+

La pandemia por Covid 19 deja al descubierto una gran precariedad del sistema sanitario público que es consecuencia directa de las políticas neoliberales de privatización y recortes continuos que se ha llevado durante años. El acceso a la APS y otros servicios especializados se daba en las condiciones que marcan estas políticas: listas de espera interminables para la obtención de citas, pruebas diagnósticas o una operación, cierre de centros sanitarios, falta de oferta de empleo público, precarización del trabajo del personal sanitario, saturación en las consultas de APS, cada vez más personas contratan seguros privados para tener una pronta atención sanitaria, desigualdades estructurales que tienen que ver con el género o el nivel socio-económico, etc.⁵

En el cuestionario auto administrado se lanzaron dos preguntas con la intención de indagar la percepción y los posibles cambios respecto a la situación descrita, de las personas participantes en relación al acceso sanitario durante la pandemia:

1. **¿has acudido a tu centro de salud en estos últimos seis meses? ¿por qué si o porque no?**
La respuesta fue:



Grafico. 1

5 Según relata el informe de MedicusMundi de 2017 Amenazas al derecho a la salud en Euskadi, desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario. [www.medicusmundi.es http://www.ehu.eus/es/web/opik/privatizacion-desigualdad](http://www.ehu.eus/es/web/opik/privatizacion-desigualdad)

Se emitieron muchas razones de porque no se ha visitado el centro médico. La mayoría de ellas fueron:

🔊 No me ha hecho falta y suelo ir cuando lo necesito (CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

Un grupo nutrido de personas relatan no acudir al centro médico por la situación de emergencia sanitaria creada por la pandemia, las razones se pueden resumir en las que se mencionan a continuación:

🔊 Por el tema COVID y la dificultad de acceder al centro.

🔊 Por las restricciones de la pandemia que me parece que están exagerando puesto que hay mascarillas para evitar los contagios.

🔊 Por la atención primaria no está bien. Lo que me pasa no es importante con la gravedad de la situación.

🔊 Por el tema covid 19 da corte ir para cualquier chorrada además es más dificultoso que te hagan caso. Estoy esperando a una cita que no llega.

(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

Parece que los mensajes que desde la institución sanitaria no se han dejado de emitir en el sentido de no te acerques a los servicios sanitarios si no es por un asunto realmente importante han calado en la población, al menos entre las personas participantes en el estudio.

2. ¿la pandemia por Covid 19 está siendo un obstáculo para recibir atención en el centro de atención?. Cuya respuesta fue:

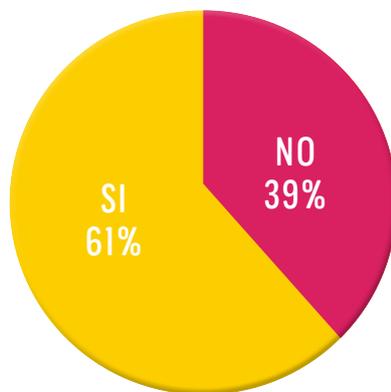


Grafico. 2

Un 39% de personas, 58, dice haber tenido más obstáculos para la atención sanitaria con la pandemia. Las razones son variadas:

➔ Las que tienen que ver con el carácter no presencial de la consulta y la dificultad que plantea a las personas una atención telefónica tal y como ejemplifican estos comentarios:

🔊 Dificultad de que te atiendan por el teléfono cuesta más, el médico ni te mira todo es por teléfono.

🔊 Todo es telefónico y las citas son lejanas.

🔊 Me resulta difícil la atención telefónica por cuestiones de idioma. Hablado no lo domino mucho.

(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

Una atención telefónica que exige un buen conocimiento del idioma, bien euskera o castellano, y un buen uso del teléfono.

- Las que tienen que ver con la tardanza en concretar una cita:
 - 🔊 Estoy a la espera de un tratamiento con testosterona. La cosa es que desde el 15 de septiembre que mi médico me derivó a endocrinología de Cruces, y en ese entonces tenía 38 personas por delante. A día de hoy (seis meses después), aún me quedan 11 personas por delante en la lista. No sé si se pueden agilizar las cosas de alguna manera, porque a un chico que conozco, se lo hicieron todo bastante rápido, y estoy muy agobiado, ya que a este ritmo no me van a atender ni en un año.
 - 🔊 Una cita de Osakidetza se ha retrasado 6 meses, cosa que no ayuda a la salud mental de nadie.
 - 🔊 Tardanza en la atención, mucha espera para conseguir citas online
(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)
- Aquellas que se pueden relacionar con el retraso de aquellas atenciones consideradas no esenciales ni no se trata de Covid 19
 - 🔊 Tardan meses en darme una cita para un tratamiento con testosterona y se lo toman como una atención secundaria, y no debería ser así.
 - 🔊 Últimamente estoy sufriendo un sangrado al tener relaciones sexuales con hombres, y los médicos no están contando con el suficiente tiempo y la calma para analizar la causa.
 - 🔊 No dan importancia a la gravedad de mi situación. Las sesiones eran una vez en dos o hasta tres meses.
(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)
- Las que tienen que ver con las cancelaciones y parones de los servicios sanitarios:
 - 🔊 Se canceló mi operación y se caducaron mis pruebas de preoperatorio
 - 🔊 Parón drástico en la URH.
(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)
 - 🔊 **Entonces salió la doctora y me dijo que me iba a atender pero que lo mío no era un caso de urgencia. Me atendió y me hizo un examen bueno...pero me dijo que no era necesario acudir. Desde ese momento no he vuelto a ir al médico, que quiero ir porque tengo que hacerme otros chequeos. Pedí la cita para ginecología, pero todavía no ha sido posible** (TL-MUJERES)
- Y finalmente aquellas que tienen que ver con la imposibilidad de acompañar a las personas en las consultas:
 - 🔊 **No poder ir acompañada a las revisiones y citas ginecológicas debidas al embarazo**
(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

Las respuestas emitidas por las personas LGTBI+ que han contestado a estas preguntas no reflejan en apariencia una exclusión específica por diversidad sexual y de género. La pandemia por Covid 19 está trastocando de for-

ma importante y a diferentes niveles nuestras vidas. Estos testimonios reflejan en gran parte las situaciones que se están experimentando en esta pandemia por numerosas personas pero como recuerda un agente de salud entrevistado:

 **Esta epidemia de Covid19 ha afectado al conjunto de la ciudadanía, si bien los sectores más vulnerables han visto con más claridad los recortes en la atención en salud. Aquellas personas LGTBI+ que se hallen en bolsas vulnerables se verán afectadas.** (ENTREVISTA AS2)

Al respecto la asociación **ASKABIDE** relata refiriéndose a las mujeres trans que trabajan en la prostitución:

 La pandemia del COVID 19 ha agravado la de por sí ya difícil situación de las mujeres trans que ejercen prostitución. Por un lado la sobrecarga del sistema de salud ha llevado a priorizar la atención sanitaria y a redistribuir los recursos humanos y materiales a la contención de la pandemia en detrimento de otro tipo de patologías crónicas o tratamientos que requieren de un seguimiento (uso de antirretrovirales, hormonales...) Por otro lado, las medidas sociales impuestas para contener la pandemia han provocado la pérdida de ingresos económicos, en un colectivo que carece de protección social y económica, al no estar reconocida la actividad como una actividad laboral. Muchas de las mujeres trans han seguido ejerciendo prostitución durante estado de alarma, de forma clandestina y exponiéndose a un mayor riesgo de pérdida de salud. (ENTREVISTA AS1)

En esta línea la pandemia ha afectado de forma especial a la salud mental del colectivo LGTBI+ africano como nos informa un agente de salud:

 Las personas del colectivo LGTBI+ africano que tienen las cosas de normal difíciles para conocer gente por el contexto en el que vivimos, porque muchas de estas personas hablan de su sexualidad solo en la intimidad o con personas que consideran aliadas, y la movilidad se ha visto muy afectada con las restricciones. (ENTREVISTA AS7)

El periodo de confinamiento provocó el aislamiento social favoreciendo vivencias estresantes, preocupaciones, angustia, desesperanza o resignación en el conjunto de la población. El desconfinamiento y las nuevas formas y posteriores medidas restrictivas a la movilidad siguen esta línea de aislamiento social que está limitando muchos comportamientos interpersonales, sobre todo en el terreno afectivo. Esta situación impacta de forma específica en un colectivo como es el LGTBI+ africano donde hablar y manifestar la homosexualidad, y no digamos de lesbianismo, es un gran tabú porque existe la creencia de que si son africanos no pueden ser LGTBI+ (Rubio Llona, 2017) aspecto que les obliga a esconder su sexualidad en su colectivo de referencia cultural lo que aumenta su aislamiento social.

2.1.4. LAS PROBLEMÁTICAS EXPERIMENTADAS O CUANDO LOS PREJUICIOS Y LAS VIOLENCIAS LGTBI+FÓBICAS SE MANIFIESTAN EN EL ÁMBITO SANITARIO

A la pregunta que se realizó tanto en el cuestionario auto administrado online como en las entrevistas y talleres: Cuando has acudido a tu centro de salud: ¿Alguna vez has tenido algún tipo de problema relacionado con tu bienestar, libertad, que sientes que merman o vulneran tus derechos humanos por pertenecer al colectivo LGTBI+? ¿Sientes que puedes expresarte como quieres y como eres? Las respuestas han sido muy diversas.

Del cuestionario 54 personas que lo contestaron relatan no haber tenido ningún problema cada vez que han acudido al centro de salud, punto que coincide con las experiencias de algunas personas entrevistadas:

- 🔊 Yo creo que en general la atención es buena al menos creo que aquí en el País Vasco hay bastante concienciación y si hay excepciones, si hay casos puntuales de algún tipo de malestar o cierto desconocimiento hacia la diversidad familiar pero en general la atención es buena. (ENTREVISTA AS8)
- 🔊 Llevo muchos años yendo al mismo médico y mi pareja va al mismo médico y una vez este me preguntó por mi amiga y le dije que era mi pareja no mi amiga y no ocurrió nada se lo tomó perfectamente y no hubo ningún problema. (ENTREVISTA P4)
- 🔊 Yo sé que hay discriminación hacia el colectivo LGTB dentro de Osakidetza u otros centros de salud o de otro tipo pero yo debo reconocer que en Osakidetza nunca he tenido ningún problema debido a mi orientación sexual. (ENTREVISTA P1)

Junto a esta buena experiencia en el ámbito sanitario hay 25 personas que contestan no tener ningún problema pero porque no comentan que son LGTB+, esta respuesta además va muy unida a la de tengo miedo y me da mucha vergüenza que mi médico lo sepa y además por extensión se llegue a enterar también mi familia. Una persona entrevistada refleja muy bien este aspecto cuando explica por qué no dice que es gay a su médico:

- 🔊 Porque hay que gente que es homófoba o que no tiene simpatía por la gente que tenga otras opciones y puede ser que aproveche su puesto en sanidad o en otros sitios y aproveche su puesto para atacarte. (ENTREVISTA P5)

El miedo y la desconfianza a que se sepa que es gay que este relato deja traslucir es frecuente en numerosas personas LGTB+ en el ámbito sanitario tal y como reflejan los diagnósticos sobre las realidades de las personas LGTB+ hechos tanto en la ciudad de Gasteiz (2018) como en Gipuzkoa (2019).

¿Por qué un número importante de personas LGTB+ esconden su sexualidad y género sentido aún recibiendo un trato adecuado y correcto en la consulta médica? La respuesta está sin duda en la LGTB+fobia cotidiana que tienen que enfrentar las personas que se salen de la normatividad sexual y de género establecida socialmente. En el caso del relato antes expuesto el miedo y la desconfianza es producto directo del impacto traumático que se origina tras pasar la adolescencia siendo víctima de un bullying escolar salvaje que se vive en el silencio y que a los 35 años todavía tiene consecuencias.

Frente a estas experiencias de no tener problemas derivados de ser LGTB+ 72 personas que contestan el cuestionario, junto a las que participan en talleres y en las entrevistas en profundidad, relatan haber experimentado, en diferentes grados, problemas cuando han accedido al sistema sanitario.

Sobre este **último** aspecto estructuramos la información aportada por las personas participantes en los siguientes apartados:

A. LA HETERONORMATIVIDAD: LA PRESUNCIÓN UNIVERSAL DE LA HETEROSEXUALIDAD, EL SEXISMO Y EL BINARISMO

Han presupuesto que era heterosexual y me han tratado como tal, He tenido un trato sexista y binario y no han reconocido o llamado como el género que quiero son los problemas que con más frecuencia han relatado tener las personas participantes en el estudio, tanto si mencionan no haber tenido problemas como si los han tenido.

Dado estos comentarios generales de las personas participantes se puede decir que la sanidad pública vasca al

funcionar de forma heteronormativa resulta ser discriminatoria y no inclusiva. En el taller realizado con agentes de salud se reconocía que:

 Desde la medicina de familia no creo que haya mucha sensibilidad respecto a este tema y desde la formación pues que no hay y claro dar por hecho que la persona que tienes enfrente es hetero, cis. No hay mucha sensibilidad en nuestro ámbito. (TAS- AGENTES DE SALUD)

Esta falta de sensibilidad y de formación al respecto es la que también provoca la invisibilización de las personas LGTBI+ en el sistema público sanitario según comenta el alumnado de tercero de enfermería⁶ en una de sus conclusiones tras la realización de sus prácticas en diferentes centros de salud.

¿Podría ser que la saturación de pacientes en las consultas y el hecho de tener apenas 5 minutos para cada cita provoque la invisibilización de las personas LGTBI+? Una persona reflexiona en el taller con agentes de salud:

 La realidad es que yo recibo a diario muchas consultas de personas cis-heteros relacionadas con su ámbito privado: problemas afectivos-sexuales, problemas de alta carga emocional y muy privados e íntimos, consultas en las que las cuatro paredes, el ordenador que tengo delante, los 5´de consulta de que dispongo no suponen tanta barrera, lo cual me hace suponer que si es posible que existan cuestiones diferenciadas que impiden que el contacto no sea igual que con otras personas con las que si se establece un contacto íntimo a pesar de todas las barreras y dificultades que se crean e identifican. Probablemente nazcan de que el sistema sanitario sea más cis hetero y patriarcal, exista un sesgo heterosexualista en su funcionamiento. (TAS- AGENTES DE SALUD)

Como relata una agente de salud (ENTREVISTA AS3) si la gente se calla es porque sigue siendo difícil hablar de eso y decirlo abiertamente, porque tiene miedo a la reacción que puede encontrar y que esa información pueda suponer una diferencia en el trato posterior.

Normalmente no se pregunta ni por la sexualidad ni por el género a las personas atendidas en las consultas, por lo que el sistema sanitario no aborda la diversidad sexual y de género si las personas no lo cuentan, este hecho se suma a la resistencia de las personas a decirlo redoblando la invisibilidad y la exclusión de las personas LGTBI+.

Este funcionamiento heteronormativo según lo que han visto en sus prácticas de enfermería el alumnado de tercero de enfermería se concreta en:

- ➔ Sistema de registro de pacientes binario y heteronormativo. Por ejemplo, la plataforma informática de Osakidetza (Osabide Global y Naia) distingue a la población en hombre o mujer, basándose exclusivamente en el sexo de la persona.
- ➔ Protocolos no inclusivos (heteronormativos). Por ejemplo, la distribución en las habitaciones se realiza en base al sexo de las personas y no al género sentido.
- ➔ Presunción generalizada de la heterosexualidad.
- ➔ No llamar a las personas por su nombre elegido, sino por el que consta en su documento de identificación.

⁶ Se agradece el permiso de este alumnado compuesto por 160 personas de tercer curso de la escuela de enfermería de la UPV para la utilización de estas conclusiones tras la realización del periodo de prácticas.

- Negación de la salud sexual y reproductiva a mujeres lesbianas (no se realizan pruebas ginecológicas a mujeres lesbianas sexualmente activas, por no considerarse de riesgo).

A.1. Discriminación sexista:

La investigación Lesbianas con recursos (AAVV, 2013) ya denunciaba la no realización de pruebas ginecológicas a lesbianas por no ser consideradas de riesgo. Desde entonces esta práctica en Osakidetza no deja de ser una realidad. Es un tema que vuelve a salir numerosas veces en el marco de esta investigación:

 A mi me tocó una matrona la de XXXX y llego y te empiezan a hacer las preguntas, y a la segunda sobre relaciones sexuales le dije que si con una chica y me dijo ah! Bueno! A las chicas como tú no hay que hacerles citologías, y yo, ¿perdona? Y me dice porque hay una instrucción de Osakidetza que dice que no, y yo seguro?, y la matrona pues si! Y yo que no! Lo dudo! Si me la enseñas! Y llamé al ambulatorio, el cual no le supo contestar y me siguió negando la citología, y yo ¿en base a qué? A que no mantenía relaciones sexuales y yo, ¿a ti quien te dice que lo que yo no mantengo son relaciones sexuales? Y ella, con penetración, y yo ¿a ti quien te dice que no? Era un diálogo de besugas, y ella seguía en que no os tenemos que hacer que eso no son relaciones,... seguimos discutiendo y al final me dijo que me iba a hacer la citología porque acababa antes haciéndomela que discutiendo,...y yo vale! (TL-MUJERES LGTBI+)

Se elige este relato porque refleja muy bien la situación por la que pasan, de forma frecuente, un número indeterminado de lesbianas. Es evidente que Osakidetza discrimina por orientación en la realización de una prueba ginecológica, que esta discriminación se da en base a la existencia de prejuicios sexistas sobre la sexualidad de las lesbianas⁷ y que no está fundamentada en ningún criterio médico ya que no existe ninguna directriz en Osakidetza contraria a la realización de estas pruebas ginecológicas a las lesbianas.

La protagonista de este relato consigue más mal que bien que le realicen la citología, otras, como relatan en el cuestionario, se dan la vuelta y se van de la consulta. La consecuencia de estas prácticas discriminatorias es dejar a las lesbianas desprovistas de una atención ginecológica imprescindible para la detección y prevención de cáncer de cuello uterino. Además esta desatención es un grave error y ocasiona el infradiagnóstico de patología cervical, patología con un alto grado de incidencia en lesbianas de acuerdo a un informe de la FELTGB (FELTGB, 2012)

A.2. El sesgo hetero-reproductivo:

Se percibe un sesgo hetero-reproductivo en la Unidad de Identidad Género de Cruces. Relata un hombre trans en el momento en el que se le va a realizar una mastectomía:

 Una vez que llego al quirófano estaban unos médicos que no eran los que me iban a operar pero bueno no dije nada, se acercan y me dicen que si me someto a esa operación no iba a poder tener hijos, me quedé fuera de lugar, que no me tenían que haber dicho eso. (ENTREVISTA P2)

La reproducción está en la mente del personal sanitario que opera a este hombre trans, de quien con anterioridad ya saben que en un futuro quiere tener una criatura, pero, ¿qué sentido tiene que le mencionen el tema en ese momento cuando no se les había requerido esa información? ¿Qué sentido tiene mentirle cuando no se va a hacer una histerectomía? A este hombre trans le hacen pasar por esta pésima situación porque en esta unidad de Cruces

7 Prejuicios sexistas sobre la sexualidad lésbica que hace que la misma no sea considerada una auténtica sexualidad porque presuntamente no hay coito.

perciben que sólo los cuerpos entendidos como tradicionalmente femeninos (con útero, ovarios, y dos pechos) pueden tener criaturas.

A.3. La presunción de la heterosexualidad:

Valgan algunos ejemplos que ilustran esta presunción:

-  Lo que más me ha pasado es la presunción de heterosexualidad, yo sufro de cólicos de riñón, en urgencias me preguntan “¿posibilidad de embarazo?”, yo “No,” “¿segura? Yo, “segura que no”. Aun todo me cabréé porque me hicieron la prueba de embarazo y me dijeron que me había dado negativo, y me enfadé porque les dije que parte de que estaba segura que no era un embarazo no habían entendido, que les había dicho que no estaba embarazada y no me habían creído, y ellas, es que... y yo pero ¿por-que dais por hecho que mis relaciones son heterosexuales y que igual me he equivocado? Que te estoy diciendo que no, que no es posible, ... y no me parece que me hagáis la prueba del embarazo por un cólico de riñón sin pedirme el consentimiento. (TL-MUJERES LGTBI+)
-  Otra! Que pase tu marido. No, no tengo marido. Si quiere que pase mi pareja pero mi marido no. Presunciones de heterosexualidad si, a todas horas. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)
-  Los médicos sólo me hablan de salud sexual respecto a las relaciones con hombres, nunca me dan recomendaciones de como tener prácticas sexuales sanas con mujeres. (ENTREVISTA P8)
-  Entre los 60 y 65 se sigue haciendo pruebas de prevención de Cáncer de cérvix y a partir de los 65 ya se acaba el programa, pero la matrona me dijo que como las mujeres a partir de esa edad seguimos teniendo relaciones sexuales y nos descuidamos y que no tenemos que descuidarnos y me aconsejó seguir usando preservativos y casi le pregunto a la matrona ¿en donde le parece que le puedo decir a mi pareja que se ponga el preservativo?, pero no lo hice por no crear una situación cortante. (ENTREVISTA P4)

La presunción universal de la heterosexualidad se aplica a la persona usuaria en el sistema sanitario a lo largo de la trayectoria vital. Este último relato lo realiza una mujer de 65 años que lleva más de tres décadas visibilizándose como lesbiana ante el personal sanitario que la ha asistido, al no incluirse en su historia clínica la opción sexual se sigue encontrando con el no reconocimiento de su sexualidad en los exámenes ginecológicos cuando se da un cambio de la profesional que la asiste como es el caso.

A.4. No llamar por el nombre elegido:

La Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales⁸ y la documentación transitoria que está contemplada en la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales⁹ han permitido que en estos últimos años las personas trans puedan tener una tarjeta sanitaria con el nombre elegido, con lo que las situaciones de llamar a consulta por el nombre no elegido se han reducido a casos muy aislados. El que se relata es uno de ellos:

8 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-14610

9 <https://www.euskadi.eus/informacion/el-gobierno-regula-la-documentacion-que-permitira-a-las-personas-trans-ser-tratadas-de-acuerdo-con-su-identidad-de-genero/web01-a2berdin/es/>

-  Viví hace dos meses una situación muy mala. Tuve un ataque de disforia de género y me entraron muchos pensamientos suicidas, estaba muy desanimada, y mi madre me llevo a urgencias donde la psiquiatra me encerró durante varios días en una habitación. Lo viví fatal ya que estaba sola y todo el mundo me trataba con mi nombre de chico ya que fue una recomendación de la psiquiatra que no me llamaran en femenino, a mi esto me pareció fatal y me hizo sufrir todavía más. (ENTREVISTA P3)

La mirada patologizante sobre la transexualidad de esta adolescente está presente en esta situación por la que le hacen pasar. No se puede interpretar de otra manera la recomendación de la psiquiatra que la atiende en donde no se valora el impacto del sufrimiento añadido por no ser tratada según el nombre elegido, una de las pocas cosas que aporta a la existencia de esta adolescente un poco de bienestar y de control sobre el proceso que está viviendo acerca de su cuerpo y su género.

Además esta decisión de hacer que no se llame a esta adolescente según su nombre elegido está totalmente mediatizada con la puesta en marcha de la estrategia de prevención del suicidio en Euskadi (Osakidetza, 2020). En este plan el suicidio y las ideas suicidas es producto de una mente enferma, un síntoma de una psicopatología que despoja a quien lo sufre de toda capacidad de decisión. Además, el nombre elegido parece igual de dañino que la idea suicida, es más parece que pueda, según esta psiquiatra, potenciar la conducta suicida. “Por el bien del paciente”¹⁰ esta adolescente es sometida a una doble coerción, la anulación de su nombre elegido, y de su libertad ya que es hospitalizada de forma involuntaria durante una semana.

A.5. El Binarismo:

En los relatos de las personas participantes en el estudio los esquemas binaristas con los que socialmente miramos los cuerpos y los géneros no dejan de manifestarse en el ámbito sanitario, valgan algunos ejemplos:

-  El año pasado tuve un problema médico, me mandaron una ecografía y cuando me la estaban haciendo (la eco era a la altura del ombligo) el que me estaba haciendo la eco hubo un momento en que paró y se fue de la sala con una cara de súper sorprendido para luego volver y seguir con la eco. No me dijo nada pero creo que se sorprendió cuando empezó a hacer la eco y vio que dentro de mi cuerpo había útero y ovarios que no esperaba que hubiera. Soy hombre trans y mi aspecto externo es muy masculino, por eso creo que se sorprendió mucho y que se largo de la sala para comprobar que era yo en realidad. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)
-  Me tratan con el género que no deseo, el tema es que quiero operarme los pechos y he acudido a Cruces. Soy no binario y ha sido un problema porque no me han reconocido el tema y he tenido que pasar por hombre trans para que me acepten y me operen, me lo he tenido que trabajar mucho con la siquiatra que no me creía mucho. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)
-  No podemos figurar las dos dentro del sistema de URH (Unidad de Reproducción Humana de Cruces), ya que hemos decidido hacernos pruebas ambas y el sistema no contempla que dos mujeres sean pareja y las dos se hagan las pruebas. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)
-  Me presenté en la consulta de ginecología y la matrona me miró de arriba abajo y me preguntó varias veces que qué hacía en su consulta, y yo varias veces le contestaba que tenía una cita, así un rato hasta que le expliqué que era hombre trans y tenía vagina. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

¹⁰ El peligro para uno mismo es de las pocas indicaciones claras de hospitalización involuntaria que se acepta en la actualidad.

B. LA MIRADA PATOLOGIZANTE

Las personas LGBTI+ han sido y siguen estando expuestas a una mirada patologizante por el sistema sanitario que contribuye a la desvaloración de su experiencia, la conceptualización y clasificación de la diversidad como enfermedad, trastorno o anomalía y la exposición a dinámicas discriminatorias en la práctica clínica.

B.1. Asunción de prácticas sexuales de riesgo en hombres homosexuales

Se menciona en los relatos la todavía asunción por parte de la clase médica de prácticas sexuales de riesgo en hombres homosexuales:

 A mí me ha pasado estar en una consulta y decir que eres gay y decirte ah! Entonces te vamos a hacer también la prueba del VIH, presuponiendo la promiscuidad. (TG- HOMBRES LGBTI+)

B.2. La complicada derivación a la UIG de Cruces¹¹

Tras más de una década de la existencia en Cruces de esta unidad especializada todavía sigue siendo complicada la derivación a la misma desde atención primaria. Aunque no se dé con la dureza de hace décadas aún se sigue asociando la transexualidad con trastorno mental y se sigue considerando una situación muy compleja por parte del personal sanitario. La situación reflejada en este relato continúa siendo frecuente:

 Yo puedo decir dos temas: uno cuando decidí empezar la hormonación mi médica no supo donde derivarme y me mando al centro de salud mental, de ahí me mandaron a Cruces. Me costó más tiempo del necesario llegar por esta cuestión, como dos meses más porque me entretuvieron en el centro de salud mental para certificar que realmente era ¡un hombre trans! (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)

Al respecto en el taller de agentes de salud se comentaba:

 Cuando a un médico le llega una demanda trans se te cae el mundo y dices a ver como gestiono yo esto. (TAS-AGENTES DE SALUD)

¿Qué es lo que tiene de diferente o de complejidad una demanda trans respecto a otras demandas médicas? ¿Por qué el desconocimiento general que hay desde atención primaria del recurso de la UIG de Cruces? ¿Por qué es tan complicado realizar una derivación a Cruces?. La patologización con la que todavía se aborda médicamente la realidad trans es la única respuesta a estas preguntas.

B.3. No respetar la autodeterminación de género

La LEY 9/2019, de 27 de junio, de modificación de la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales¹² establece que la consideración de transexualidad de la persona se regirá por la autodeterminación de género. Esto significa que una persona puede identificarse a sí misma como transexual sin necesidad de diagnóstico o informe psiquiátrico y psicológico o tratamiento médico.

¹¹ Unidad de Identidad de Género de Cruces asignada por Osakidetza para realizar las transiciones vía hormonación y operaciones quirúrgicas a las personas transexuales.

¹² https://www.leggeunea.euskadi.eus/x59-preview/es/contenidos/ley/bopv201903347/es_def/index.shtml

A pesar de esta modificación en la UIG de Cruces todavía siguen exigiendo a las personas atendidas un examen psiquiátrico, tal y como es el caso de este relato:

 NCuando he ido al endocrino casi me ha obligado a ir a psiquiatría y eso que por ley ya no te tienen que mandar allí, le dije que por qué me mandaba y lo de la ley y me dijo el endocrino que esperara que no hiciera eso y yo por no alargar el proceso he decidido ir a psiquiatra porque no vaya a ser que me retrasen la hormonación y ya he esperado mucho. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

Habría muchos aspectos que valorar en este relato, llaman la atención tres:

- La facilidad con que la UIG de Cruces incumple una normativa al no reconocer la autodeterminación de las personas que atiende obligándolas de forma no regulada (porque no se emite informe formal) a pasar por la atención psiquiátrica antes de empezar el proceso de hormonación.
- La amenaza velada de ver retrasada la hormonación si no se pasa por psiquiatría.
- La desprotección de las personas trans en la consulta, quienes se ven desprovistas de elección propia sobre si ir o no a psiquiatría.

Otra forma de no respetar esta autodeterminación de género es la queja de las personas trans cuando comentan ante el estamento médico sus deseos de intervenir en su cuerpo con la hormonación y operación:

 Una vez que voy al psicólogo me dice que me va acompañar en este camino pero sigue con que te lo tienes que pensar mucho, que esto es un cambio para toda la vida, y bueno pienso que muchas personas hacen muchos cambios quizás no de sexo pero si otros cambios en su vida y no les están machacando con eso. Siempre están con que si te arrepientes y vuelves. (ENTREVISTA P2)

 Y luego me dio el consejo de que me lo pensara porque con la operación de cambio de sexo no volvería a hacer lo mismo, que no iba a tener orgasmos y que no iba a tener sensibilidad ni una vida sexual plena. Yo no le pedí ese consejo, su opinión sobre mi cuerpo, yo tengo una madurez avanzada para mi edad, he vivido muchas cosas a mi edad y sé lo que quiero y no quiero, y lo que no quiero es que alguien que sin estar en mi piel me haga ciertos comentarios, consejos. (ENTREVISTA P6)

B.4. La intersexualidad

La lógica binaria y excluyente del sistema hegemónico sexo-género hace que las personas intersexuales vean aumentada su vulnerabilidad en un sistema de salud que considera el nacer con genitales que no se ajustan a parámetros normativos como un gran problema médico en el que hay que intervenir bien con hormonación bien con las reconstrucciones genitales desde temprana edad. La intersexualidad es valorada únicamente en el marco de distintos síndromes. La persona intersexual que participa en este estudio sufre de forma directa las consecuencias de este abordaje médico. Gran parte de su sufrimiento viene dado por el secretismo y el tabú mantenido durante años por el estamento médico tal y como refleja el relato de esta joven:

 Tardaron mucho en explicarme lo que me pasaba y fue muy impactante, tendría como 13 años, y yo creía que era como las demás de clase, yo notaba que no me venía la regla pero creía que era por mi desarrollo, fue muy duro enterarme que no iba a poder tener hijos. Y me lo dijeron porque tenían planeado operarme y hacerme una reconstrucción de vagina y yo no entendía nada. (ENTREVISTA P8)

B.5. Valoración de la conducta sexual

Intervenir desde el juicio valorando las prácticas sexuales que están detrás los contagios de VIH y otras ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) es una manera de patologizar sexualidades. Las consecuencias para la salud son más que evidente para este agente de salud entrevistado:

- 🔊 No se dice todo lo que se tiene que decir, no se comparte toda la información y todo porque está detrás la sensación de que me van a enjuiciar o de que me van a llamar la atención, entonces muchas veces se oculta información que para clínica y para lo que es el proceso podrían ser importantes. Normalmente la gente te dice: mira prefiero mentir o prefiero no decir, u obviar. Una de las cosas que se suele dar mucho es que la gente trata de hablar lo menos posible en la consulta para salir rápido de ella. (ENTREVISTA AS4)
- 🔊 El trato puede ser diferente si se trata de una persona africana, se le juzga más porque hay un imaginario sobre las prácticas sexuales, y está la pregunta de por qué no usas condón o la pregunta o comentarios de que hay que ser más consciente de lo que haces en tu vida, parece que la persona africana no sabe desenvolverse bien sobre su salud, son preguntas que a menudo molestan porque son prejuiciosas y suponen cosas por la cultura, te dicen que hay que ser más cuidadoso y a veces incluso te culpan y te dicen ahora no digas nada porque tú has decidido tener una práctica. Y si hay mucha culpa. (ENTREVISTA AS7)

C. ¿ACTITUDES MANIFIESTAMENTE LGTBI+ FÓBICAS O MANIFIESTAMENTE RACISTAS?:

Este apartado comienza con una pregunta porque muchas de las actitudes manifiestamente LGTBI+ fóbicas que se han verbalizado en el marco de esta investigación están directamente relacionadas con la racialización de personas cuando éstas que no son occidentales y blancas.

Como se percibirá también en algunos relatos está presente la gran estigmatización social que soportan las trabajadoras sexuales. Según nos comenta ASKABIDE el 90% de trabajadoras trans afirma haber sido objeto de algún tipo de discriminación en el ámbito sanitario. Así una de las participantes en el estudio relata:

- 🔊 No tengo porque aguantar que llegue al cirujano y me diga dando por hecho que por ser una mujer migrante, negra y trans que me dedico a la prostitución, que me encasille y me diga “tendrás que cambiar de trabajo, deberías ser modelo, eres muy guapa” “olvídate de utilizar el ano para relaciones íntimas”. Que se dirigiera a mí de esa forma... y al final pidió hacerse una foto conmigo y yo que estaba bloqueada y sin capacidad de reacción accedí a hacerme la foto, pero ¿cómo puede pedir hacerse una foto conmigo? Mereces más respeto. La asistenta nos hizo la foto con un móvil. Muchas veces la gente nos ve como un circo, como entretenimiento, animación,...no? (ENTREVISTA P6)
- 🔊 Yo apenas paso por urgencias, trato de evitarlas porque siempre que voy me siento súper incómoda. Desde seguridad, camilleros, enfermeros, todos se miran se dan codazos cuchichean y se miran y se ríen, es manifiesto que hablan de mí que salen a verme como si fuera un mono de feria, mira quien está en la sala de espera. (ENTREVISTA P6)

Esta situación la pasó un hombre trans árabe:

- 🔊 Cuando me dio un ataque de pánico por la pandemia fui a urgencias y la psiquiatra me dijo que siendo de fuera tenía que estar más contento por estar acá y tener esa oportunidad de vivir acá, que les estaba

quitando el sitio a personas de aquí necesitadas de atención psiquiátrica. No me dejó hablar en ningún momento y solo podía contestar sí o no a sus preguntas. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

El relato de una mujer lesbiana sigue esta línea de desprecio hacia las personas migrantes:

🔊 Que no hables en latino me dijo la médica, habla en castellano bien, “voltearse” no es castellano. Y me habló en euskera, le dije que no entendía y me dijo “que qué hacía acá sino sabía euskera que es el idioma de aquí”. La verdad es que me trató de malas maneras, con órdenes cortantes. Al principio intentó decirme que no tenía cita, que “solemos” los de fuera ir sin cita al médico. (TL-MUJERES LGTBI+)

El racismo provoca valoraciones incorrectas y momentos violentos:

🔊 Nuestra situación durante mucho, igual ahora ya nos hemos acostumbrado o ya no se nota tanto pero mientras XXX ha sido pequeño, en los primeros años al ser mi pareja una mujer racializada ésta era sentida como la chica que cuidaba del niño y yo era la madre del niño, eso provocaba mucha incomodidad a menudo, incluso alguna que otra fricción con determinadas personas. (ENTREVISTA AS8)

Esta situación es particularmente preocupante por el tono de venganza que tiene por parte del personal sanitario hacia quien es víctima de la violencia verbal y física:

🔊 Hace poco estaba de fiesta y me dio casi un coma etílico y vino la ambulancia y le preguntaban a las personas con las que estaba que como me llamaba y estas personas les dijeron XXX y el comentario que hizo la chica que iba en la ambulancia fue: no XXX no, su nombre de verdad. Me metieron en la ambulancia, me llevaron a urgencias de Basurto y la gente que estaba allí se empezó a reír y a decir: eres una chica y empezaron a preguntarme que cuanto tiempo llevo en la hormonación, comentarios que estaban fuera de lugar. Me preguntaban que porqué tenía vagina y a tocarme el pecho y decir ¿Estas operado? Incluso me llamaron operada, yo sé que en esta época de pandemia atender a una persona porque esta borracha pues mal pero tampoco tienen que hacer estos comentarios. (ENTREVISTA P2)

La discriminación y violencia institucional ejercida contra personas LGBTI+ en el ámbito sanitario sigue impidiendo un acceso equitativo a los servicios de salud identificándose perfiles de mayor riesgo de vulnerabilidad como son las personas trans y migrantes.

2.1.5. LAS BUENAS PRÁCTICAS

Muchas de las buenas prácticas que se han relatado sobre el sistema de sanidad público por las personas participantes en el estudio, lo han sido gracias a la sensibilización y a la buena voluntad del personal sanitario. Estas buenas prácticas reflejan unas actitudes y un comportamiento que deberían generalizarse en el trato sanitario.

Los relatos que se exponen a continuación reflejan que el trato diario y el darse cuenta de los errores cometidos en las atenciones es buena base para el cambio de actitudes y comportamientos del personal sanitario. Cambios que no dejan indiferentes a las personas LGTBI+ atendidas.

La experiencia anterior para profesionales de la sanidad es muy importante

🔊 Lo que hay que tener es una relación de confianza, he estado trabajando 15 años en el mismo lugar, además en mi pueblo y creo que si tienes una relación de confianza las cosas salen. Yo he tenido parejas

de lesbianas que se han embarazado y hace años una madre me comentó que su hija no se sentía mujer sino hombre y fue como ¿qué hago? Me informé de que había la UIG de Cruces, me puse en contacto con ellos, les mandé el volante por Fax y le recibieron a la chavala y hoy en día está en tratamiento hormonal. (TAS-AGENTES DE SALUD)

- ▶ No solo el VIH sino del resto de las ITS entonces procuramos no hacer ninguna distinción entre un tipo de personas y otras y ser muy asépticos. Cuando va una persona que tiene una enfermedad de transmisión sexual pues yo le empiezo a preguntar sobre lo que le pasa, las preguntas más banales y luego ya otras preguntas: ¿tú tienes relaciones con hombres con mujeres o con ambos? Y dependiendo de lo que te contesta en esto yo ya sé lo que tengo que ir a buscar y realmente no entro más ahí salvo con la gente que quiera contar, intentamos que no se sienta coartado, nos parece que lo mejor es que si quiere decir algo especial ya lo dirá pero no forzamos. (ENTREVISTA AS5)
- ▶ Yo lo que suelo hacer siempre es que cuando pregunto si hay relaciones de pareja siempre pregunto “si tienes pareja” de esto ya hace tiempo que me di cuenta que a veces das por hecho que la pareja va a ser heterosexual y te confundes y yo después de haber metido la pata alguna vez pues ya lo tengo en la cabeza y pregunto si tiene pareja y cuando veo que no está claro y parece que por lo que cuenta de sus relaciones puede haber relaciones de pareja de las que no está hablando, yo lo exploro directamente, pregunto ¿tú has tenido algún problema alguna vez con tu identidad sexual? O ¿no lo tienes claro? O ¿has tenido alguna vez pareja de distinto género? (ENTREVISTA AS3)

La cercanía y la sensibilidad del personal sanitario no deja indiferente

- ▶ Sin embargo te encuentras otras veces con situaciones diferentes, con un problema que tuve de hongos genitales fui a la médica y ¿Tienes pareja? Si una chica. Y me dijo pues dile que ella también se tiene que tratar que es contagioso y que venga que le hago receta. Con naturalidad y sin problemas.
- ▶ ¡Claro! Depende de con quién te encuentres, yo voy a una ginecóloga en el Módulo de San Inazio que tiene una filosofía feminista y que estas cosas no pasan, no he tenido ningún problema. Hay sensibilidad previa (CONVERSACIÓN EN EL TL-MUJERES LGTBI+)
- ▶ Ahora que en unos papeles pone mi nombre de DNI han llegado a confundirse pensando que era al revés que soy mujer trans y no chico trans, y se han hecho un lío y me dicen que lo sienten. Soy muy agénero al parecer. (ENTREVISTA P7)
- ▶ A mí me paso en Donosti, que tuve que ir al hospital con mi chico que me acompañó a urgencias, y yo iba en silla de ruedas y el que me llevaba me preguntó ¿el señor este viene contigo? ¿Te fías de él? Y yo le dije que si, el hombre aquel era simpático y consideró que era mi pareja y eso me tranquilizó. (TG-HOMBRES LGTBI+)
- ▶ En Bombero Etxaniz atienden muy bien. La Marimar es espectacular, todos los médicos ahí son espectaculares, tienen que serlo ya que es una atención especial. Hablan como tienen que hablar los médicos, pausados, tranquilos, transmitiendo confianza, apoyo, como tienen que ser allí. (ENTREVISTA P6)

2.2. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y LA MEDICALIZACIÓN

2.2.1. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS.

En el análisis se contesta a la pregunta de: ¿cuándo los han necesitado las personas LGTBI+ tienen acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?

Las personas que han participado en el cuestionario administrado no viven como problemático el acceso general a los medicamentos. No hay ninguna respuesta que se plantee en este sentido. Otra cuestión que ya se ha debatido anteriormente son las tardanzas en el acceso a la hormonación que plantean las personas trans y la denegación de pruebas ginecológicas a mujeres lesbianas.

En las entrevistas y talleres que se han hecho a personas y agentes de salud salen algunas cuestiones que complejizan el acceso a la medicación y que en parte tiene que ver con no tener prestación sanitaria y en consecuencia no tener derecho a la prestación de medicamentos:

- 🔊 El gran problema en estos momentos es que el acceso a la prestación sanitaria, y lo que es la prestación de medicamentos, pasa por el empadronamiento. (ENTREVISTA AS4)
- 🔊 Y luego el problema de la parte médica, cuando necesitas algo y no estás incluida en la SS, en concreto pueden ser medicamentos que necesitas y que no te los dan. (ENTREVISTA AS7)

La automedicación y sus problemas derivados de salud es una de las consecuencias, cuando no se accede a la prestación regularizada de medicamentos:

- 🔊 Cuando estuve empadronada conseguí la tarjeta y le expliqué a mi medica que necesitaba un endocrino porque llevaba muchos años por mi cuenta auto-medicándome y tomando las hormonas. (ENTREVISTA P6)

Como señala un agente de salud importan las formas en cómo se accede a la medicación, sobre todo si la misma es para tratar el VIH ya que éste origina un gran estigma en la sociedad:

- 🔊 Me parece que el simple hecho de que la medicación para el VIH sea a dispensación hospitalaria ya supone una barrera para la accesibilidad. El paciente no coge la pastilla en la farmacia de su barrio, y si vives en Ondarroa tienes que ir al hospital de Galdakao y esperar en una sala donde mucha gente ya sabe a lo que vas y eso tiene cierto estigma, tienes que esperar a que te la dispensen. (TAS-AGENTES DE SALUD)

Se entienden las palabras de este médico de familia si atendemos al gran estigma que estos relatos dejan traslucir entre las personas que son seropositivas. El estigma puede convertirse en un obstáculo a la medicación:

- 🔊 El tema del VIH acá es algo totalmente estigmatizado y las personas que lo tenían cuando vinieron de Senegal o África no lo cuenta porque tienen miedo (ENTREVISTA AS7)
- 🔊 HYo no estoy al cien por cien, no lo puedo estar, me escondo para tomar la medicación, la gente no puede saber que tomo medicación contra el virus. Incluso en casa lo llevo en secreto. Si me hecho un ligue y paso el fin de semana con él me tengo que esconder para tomar la medicación, a mi me daría igual, pero el escándalo no me compensa, me tengo que esconder y no enseñar lo que tomo y escondo la medicación, tengo que llevarlo en secreto porque ya la gente dice ¡qué pena! ¡Se va a morir, que

guarra! ¡Qué sucia! Es el estigma del VIH. La gente no es consciente de que hay medicación y de que ya no transmites. (ENTREVISTA P6)

Dejar de tomar la medicación antirretroviral es otro aspecto a tener en cuenta. El relato que se expone a continuación lo realiza una persona migrante gay y mayor, totalmente derrumbado anímicamente por un contexto en el que las leyes de extranjería no le permiten el desarrollo de una vida digna y mínimamente estable en la que poder desenvolverse en Bilbao (estar en situación regular, conseguir un empleo, una vivienda,...):

 Llevo toda una vida luchando. Me fui de mi país para tener una vida mejor y veo que no puede ser. Necesito algo que me diga que es interesante seguir estando en este mundo. Soy seropositivo y mi intención es rechazar la medicación, dejar de tomar las pastillas y de que el virus poco a poco me vaya consumiendo. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

Lejos de esta realidad otra persona migrante comenta:

 Yo lo que sé es que el medicamento para la tiroides es más barato acá que en Colombia de donde vengo. En Colombia la salud es un negocio, el paciente es un cliente. Esa sensación no la hemos tenido acá. En Colombia un médico receta el medicamento más caro para ser comprado en una farmacia. (TL-MUJERES LGTBI+)

La sensación de esta mujer participante en uno de los talleres de debate es que en el País Vasco la salud no es un negocio. A diferencia de Colombia el País Vasco tiene una sanidad pública más potente y se invierten más recursos tanto humanos como materiales¹³. Respecto a los medicamentos la sociedad vasca tiene mayores oportunidades que la sociedad colombiana de adquirirlos a un precio más barato a través de un sistema diverso de copago farmacéutico¹⁴. ¿Significa esto que en el País Vasco a diferencia de Colombia la salud no es un negocio? Seguramente no, tal y como comenta el informe de MedicusMundi (2017) sobre la sanidad en Euskadi donde el proceso de privatización que está convirtiendo la salud en un nicho de negocio es año tras año mayor.

2.2.2. LA MEDICALIZACIÓN DE NUESTRAS VIDAS.

Siguiendo a Orueta et al. (2011) la medicalización es la forma en que el ámbito de la medicina se expande abarcando muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces. Se trataría, entre otras cuestiones, de la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre corrientes en nuestras vidas (envejecer, la menopausia, la sexualidad y el género, la tristeza, el duelo, una resaca, el cansancio, el embarazo, etc.) y de pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, políticas o más propio de las relaciones interpersonales.

La medicalización forma parte de un enfoque bio-médico de la salud, de unas políticas sanitarias concretas que optan por fomentar la medicalización de la vida, de unas creencias y expectativas sociales sobre la salud y la enfermedad y de un creciente control sanitario por parte de una poderosa industria farmacéutica.

Para la diversidad sexual y de género la medicalización ha supuesto la patologización y la búsqueda de terapias curativas para las sexualidades, géneros y cuerpos que no se adecúan a la norma. Este abordaje medicalizado de la diversidad ha aparecido en numerosas ocasiones en el transcurso de la investigación.

¹³ Según Health Care Index by Country 2021, https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

¹⁴ Ver en: <https://www.irekia.euskadi.eus/es/debates/901-copago-farmacaceutico-guia-para-conocer-nuevo-sistema?stage=discussion>

A. TODAS SOMOS VÍCTIMAS Y ACTORES DE LA MEDICALIZACIÓN

Como un círculo que se cierra todas somos víctimas y actores de la progresiva medicalización de la vida. Como vemos en los siguientes relatos la medicalización es una realidad que fomentamos personas usuarias y personal sanitario:

A.1 Los propios de las personas cuando creemos que cualquier situación, problema, malestar o sufrimiento puede ser solucionado con fármacos:

 Se abusa del medicamento, en cuanto tenemos cualquier pequeña cosa enseguida se quiere una medicación, es muy rara la persona que no funcione así. Si te puedes tomar el paracetamol de un gramo ¡mejor! La gente vamos muchas veces a consulta súper-medicalizada y a menudo de cosas que no les corresponden. (TL- MUJERES LGTBI+)

 Yo creo que es todo el sistema. Hay una percepción de trapicheo de pastillas, es decir ¿no duermes bien? Espera que a mi sobraron estas pastillas que me dieron a mí, ¡toma! Y mi pauta te la tomas tú que yo duermo estupendamente. Y también, que se debe a que no tienen ni tiempo, es decir, tu le llamas al médico por teléfono y con decir que me cuesta dormir, estoy con estrés y con mucha ansiedad que me cuesta dormir ¡ansiolíticos que te dan. Vivimos muy rápido y a la mínima que duermo mal un día ¡pastillita al canto para dormir! La sociedad está más medicalizada. (TL- MUJERES LGTBI+)

A.2. El propio personal sanitario cuando consciente de que medicalizar no es la solución recetan, sin embargo, fármacos a sus pacientes

 El sistema sanitario responde a cualquier demanda de cada paciente medicalizando porque es la forma en que nos han enseñado y probablemente sea también la forma en que más poderosos nos sentimos y porque también las veces que queremos no hacerlo resulta ser una cosa bastante compleja. Hay un montón de malestares de la vida o situaciones de opresión y dificultades que me encantaría no medicalizar pero esto también te pone en un dilema y es que por un lado no quiero medicalizar el malestar pero por otro lado tampoco sé que puedo aportar. La salud no se juega solo en el ámbito sanitario sino que se juega en muchas arenas y nosotros tenemos muy poca influencia claro. (TAS-AGENTES DE SALUD)

 Hay muchos determinantes que están influyendo en que esas personas acaben yendo por ejemplo a la consulta de atención primaria demandando que puedan tener una sensación de angustia de agobio y que en esos momentos desde la atención primaria la pequeña ayuda que se puede ofrecer que obviamente no es la mejor manera de abordar esa problemática igual es pautarle un ansiolítico o un innótico para que pueda dormir durante unas noches...que es verdad que el problema es mucho mayor y hay que abordarlo desde otras perspectivas que están fuera del sistema sanitario pero claro en el momento de la consulta lo poco que tú puedas hacer te lleve a hacerlo. (TAS-AGENTES DE SALUD)

La medicalización es una salida individual y rápida a unos malestares que son producto de estructuras injustas y que en muchos casos no tiene nada que ver con una enfermedad. Sabemos que estas actuaciones médicas no dan respuestas a muchos problemas. En estos relatos se percibe un cuestionamiento crítico del funcionamiento de un sistema sanitario donde las decisiones políticas que se toman al respecto parecen estar cada día más alejadas de las personas usuarias y del personal sanitario.

A continuación se pasa a analizar tres aspectos de la medicalización en la que se desenvuelven las vidas de las personas LGTBI+ y que han sido mencionados en el transcurso de la investigación: las personas trans y los procesos de transición medicalizados, las lesbianas y la inseminación asistida y los gays y la PrEp.

B. LAS PERSONAS TRANS Y LOS PROCESOS DE TRANSICIÓN¹⁵ MEDICALIZADOS

El proceso de revisión y actualización de la CIE 11¹⁶ cuya aprobación y publicación se realizó en 2018 deja de considerar la transexualidad como un trastorno mental¹⁷ y pasa a ser denominada incongruencia de género, término más conocido como disforia de género entre las personas trans y que es definido como:

 Estar mal con tu cuerpo, sentirte mal con tu cuerpo. Sentir que no eres quien quieres. Que te ves como no quieres verte. Hoy cuando me estaba preparando para venir a Aldarte me miraba en el espejo y me sentía como ridícula. Me sentía mal, sentía que odiaba todo, mi cuerpo, mi apariencia, todo. Me miraba al espejo y me ponía como muy nerviosa. A veces me pasa otras veces no. (ENTREVISTA P3)

La disforia de género o malestar corporal (como le vamos a empezar a llamar a partir de ahora para no utilizar un término médico patologizador) es el principal síntoma a través del que la clase médica y psiquiátrica establece la transexualidad de una persona. Socialmente se espera de una persona trans que odie su cuerpo y desee el cuerpo del género contrario al que se le ha asignado porque no puede soportar el que habita y además está generalizado el pensamiento de que es la madre naturaleza quien se equivocó al proporcionar a las personas trans un cuerpo equivocado, una visión brillantemente cuestionada por Missé (2018)

Sobre la naturaleza de estos malestares corporales nuestro análisis se alinea con el realizado por una de las personas entrevistadas:

 Yo creo que el origen de la disforia de género es por los sistemas de los cánones de belleza que se llegan a aplicar más fuertes con la gente trans, y eso causa la presión para no verte como los cánones que están impuestos. (ENTREVISTA P3)

Como señala Missé (2018) el paradigma del cuerpo equivocado es el marco hegemónico sobre el que se piensa la transexualidad con lo que la respuesta oficial a los malestares corporales es modificar el cuerpo mediante un proceso de transición en el que se pasa de un género al otro. La sociedad en conjunto espera que la persona trans transicione a través de la hormonación y la operación de reasignación de género. Al respecto una persona comenta:

 Las intervenciones sanitarias están generalizadas, la visión que hay sobre el colectivo es que te tienes que hormonar y operar. (ENTREVISTA P7)

La intervención sanitaria es la única alternativa existente en Osakidetza a través de la UIG de Cruces tal y como cuestiona Erroteta (2020), ex psiquiatra de esta unidad, y los siguientes relatos:

15 La transición es el término con el que se denomina al proceso de conseguir el reconocimiento legal o social del género deseado o la expresión de género deseada mediante la hormonación u operación. En Cruces estos procesos se adecúan a las reglas de feminidad y masculinidad hegemónicas.

16 La CIE11 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades undécima versión que utiliza la OMS (organización mundial de la salud) para clasificar y codificar enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externa de daños y/o enfermedad. Fte.: Wikipedia.

17 https://www.eldiario.es/sociedad/oms-considerar-transexualidad-trastorno-condicion_1_3608187.html

🔊 Me preocupa que solo haya una vía sanitaria para temas como el de mi hijo. Enseguida me derivaron al médico, no me dan ninguna alternativa ¿es que solo está la vía de la hormonación o operación para historias como la de mi hijo? (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

🔊 Yo quería respuestas porque tenía muchas preguntas sobre mi hijo y lo que pasaba, además yo no quería solamente que medicasen a mi hijo, quería otras salidas menos médicas y les preguntaba si no había otro tipo de atención aparte de la médica. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)

Para Erroteta (2020), Missé (2018) y la Plataforma por un nuevo modelo de salud trans^{*18} se necesitan espacios terapéuticos donde las personas transexuales puedan hablar de algo más que modificar sus cuerpos o de los límites que tienen los cuerpos y de la frustración que significa no tener el cuerpo que quieres. La realidad es que estos espacios son los menos, adquiriendo de forma creciente un papel protagonista en las vidas de las personas trans los tratamientos destinados a modificar sus cuerpos. Está claro que los discursos médicos han ganado la batalla cultural del relato sobre cuál es el origen del malestar corporal trans: nacer en un cuerpo equivocado (Missé, 2018)

Los tratamientos médicos para las personas trans fueron despenalizadas en el estado español en 1983, desde entonces las operaciones quirúrgicas de reasignación de género han constituido un nicho de mercado para la clínica privada quien ha ganado mucho dinero gracias, entre otras cosas, al gran sufrimiento que para numerosas personas trans constituyó durante años el sempiterno esfuerzo por reunir el montante necesario para someterse a las operaciones. Un sufrimiento en parte mitigado desde que en el 2009 se incluyó en la cartera de servicios de Osakidetza la hormonación y las operaciones de reasignación. Desde entonces y hasta el año 2018 han sido atendidas 237¹⁹ personas, una media de casi 80 por año. Se han realizado 154 intervenciones quirúrgicas, una media de 19 por año.

¿Esto significa que las personas trans en Euskadi han dejado de acudir a las clínicas privadas para su tratamiento? La respuesta es no. La hormonación no crea problemas y las personas trans normalmente acuden a la sanidad pública para llevarla a cabo de forma crónica, otra cuestión son las operaciones donde las clínicas privadas siguen siendo el interesado nicho de mercado que han sido desde el principio. En ALDARTE, a través de numerosas conversaciones, podemos constatar que estas clínicas privadas cada día son más solicitadas por las personas trans.

Una de las razones de querer ir a la privada para operarse es la sensación de no ser bien tratadas que algunas tienen:

🔊 Yo con tal de que me paguen las hormonas, es que no quiero ni verles, dame el informe y deja que me largue porque me tenéis un poquito hasta las narices de vuestras desfatacheces, mal gustos y palabras desagradables desde el primer día que entré en la unidad (TT- TRANS)

Aunque la mayoría de las razones para irse a la privada está en los resultados que se prevén o se imaginan tras la operación. El relato de esta persona es muy elocuente al respecto:

🔊 Me hacen la operación, salgo y cuando voy a ver el resultado de la operación veo que no hay incisiones abajo y que sigue habiendo pecho, en menor cantidad pero sigue habiendo pecho... entonces a mí lo que me quedó, hablando con el cirujano de lo que iba a ser la operación, es que me habían dicho que

18 Documento sin fechar. <https://docplayer.es/80612000-Reivindicacion-de-un-nuevo-modelo-de-atencion-a-la-salud-de-las-personas-trans.html>

19 <https://www.diariovasco.com/sociedad/salud/atencion-transexuales-dejara-20180426001727-ntvo.html>

me iban a hacer una cosa y no me lo han hecho. Como yo me seguía sintiendo incómodo conmigo mismo yo fui a visitar a un cirujano privado y en palabras textuales me dijo que: arreglarme esto que me habían hecho tenía un valor de 3000 €. (ENTREVISTA P2)

La conversación mantenida con esta persona a lo largo de la entrevista que se tuvo con ella refleja datos preocupantes como que:

- ➔ No es la única persona en pasar por esta situación:
 - 🔊 Conozco a varias personas que no están nada contentas con las operaciones realizadas pero como tienen el concepto de que me lo han quitado que es lo que tenía que hacer, da igual como me lo dejen. Ellos tienen el concepto de que Osakidetza te quita el pecho y da igual como quede si queda una cicatriz y aquí aquí... y como me lo han quitado no puedo reclamar nada y no creo que es así porque pagando impuestos y todo tu también te estás pagando esa operación. (ENTREVISTA P2)
- ➔ Parece que se opera mejor en la privada que en la pública y son los mismos médicos los que operan tanto en una como en otra, auto-derivándose de la pública a la privada:
 - 🔊 Si, ese comentario se lo he oído a bastante gente, no me opero porque lo hacen mal, o es una carnicería y se van a la privada. Que da gracia porque son los mismos médicos que te están atendiendo en Cruces pero tú puedes ver los dos resultados y te vas por el privado. No sé si en la privada te operan mejor porque tienen más tiempo o mismamente es lo que a ellos les conviene En la pública no ganan lo mismo que si lo hacen en la privada. Si la gente ve que lo hacen mal la gente va a la privada y ganan más. (ENTREVISTA P2)
- ➔ Puede que estas circunstancias se den más en hombres trans que en mujeres trans.
 - 🔊 Si porque de chicas trans hay muy pocas quejas en Cruces y de hombres trans se escuchan muchas, y no solo aquí en la sanidad de Bizkaia. Tengo amigos que son de fuera y también, lo que hacen es ahorrar hasta poder pagarse una operación por lo privado. (ENTREVISTA P2)
- ➔ Esta persona entrevistada está hablando fundamentalmente de gente joven. ¿De donde sacan el dinero para operarse en la sanidad privada?
 - 🔊 Pues mucha gente, en el caso de personas de mi edad les ayudan sus padres, otras personas piden préstamos y muchas personas hacen un crowdfunding, lo pasan mal. (ENTREVISTA P2)

C. LAS LESBIANAS Y LA INSEMINACIÓN ASISTIDA COMO MEDIO DE ACCESO A LA MATERNIDAD

Una persona homosexual tiene exactamente las mismas opciones para tener una criatura que una persona heterosexual pero a diferencia de esta una de las cuestiones frecuentes que se tiene que plantear es como tenerlo (Pichardo, 2009) de entre todas las opciones que existen.

Para muchas lesbianas la vía más frecuente para acceder a la maternidad ha sido la inseminación asistida siendo alrededor del 80% de las mujeres entrevistadas las que optan por este método como primera elección para ser madres (Donoso, 2002). Años más tarde este porcentaje sigue subiendo, la Universidad Autónoma de Madrid (2013) encuentra en su investigación que cerca de un 83% de familias lésbicas se conforman mediante técnicas de inseminación asistida.

El deseo de tener las propias criaturas según los presupuestos biológicos (los que convencionalmente se presuponen naturales) y los obstáculos a una adopción internacional que imponen la invisibilidad del lesbianismo ante las administraciones correspondientes²⁰ son circunstancias que hacen que este procedimiento de acceso a la maternidad lésbica sea minoritaria (Mujika, 2017).

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida²¹ en su art. 6.1 recoge que la usuaria de la técnica puede ser toda mujer mayor de 18 años que haya prestado su consentimiento escrito a la utilización de manera libre, consciente y expresa y con independencia de su estado civil y orientación sexual.

La ley mencionada se articula de forma discriminatoria no reconociendo las parejas de lesbianas tal y como se ha comentado anteriormente por una de las participantes en el estudio. La redacción del art. 6.1 es ambigua respecto a su aplicación en la sanidad pública para mujeres lesbianas, ya que el Real Decreto 1030/2006²² de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios sanitarios públicos comunes del Sistema Nacional de Salud, señala que se indicará la “reproducción humana asistida cuando haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida.” Esta ambigüedad permitía que unas comunidades, como la vasca, entendieran que las mujeres lesbianas entraban dentro de esta indicación y les procuraban tratamiento de inseminación asistida mientras que otras comunidades no lo hacían.

En 2013 el gobierno del Partido Popular hace pública su decisión de reformar la ley 14/2006 estableciendo el veto de los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública para parejas de lesbianas y mujeres solas, y reservándolos para parejas integradas por un hombre y una mujer, siempre que haya problemas de fertilidad²³. Esta decisión discriminatoria finiquita la ambigüedad en la que se han desarrollado durante años los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública para lesbianas. Destacamos que en Osakidetza tal medida no se está aplicando. En Bizkaia las lesbianas pueden acceder a la maternidad por medio de la reproducción asistida en la URH (Unidad de reproducción humana) de Cruces.

Este aspecto es comentado por una participante en el taller de mujeres LGTBI+:

 Colombia no tiene la posibilidad de fertilización a través de sanidad pública, si quieres quedarte embarazada tienes que ir a la medicina privada” “y las lesbianas allá quieren hacerse la inseminación asistida”
(TL- MUJERES LGTBI+)

Paradójicamente aun existiendo esta posibilidad de hacerlo por la sanidad pública la realidad es que la mayoría de las madres lesbianas van a la sanidad privada para realizarse la inseminación asistida. Factores como un criterio de edad riguroso, el no reconocimiento de la pareja lesbiana, un trato poco cálido o largas listas de espera provocan que solo un 20% de lesbianas acudan a la sanidad pública. A tal efecto relata una entrevistada, responsable de SEHASKA²⁴:

 La inseminación asistida en la medicina pública la verdad es que los casos que tenemos en la asociación son escasísimos. El principal problema que hay es que la pública va muy lenta y normalmente a las familias homosexuales nos cuesta más conformar una familia. El proceso de la maternidad también se va retrasando, la mayoría nos plantamos en los treinta y tantos con el deseo de ser madres y ahí ya la

20 Muchos países que procuran criaturas en adopción imponen el veto a las personas gays y lesbianas.

21 <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>

22 <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

23 El País, 18 de julio de 2013.

24 Asociación de padres y madres homosexuales, <https://www.sehaska.es>

sanidad pública queda prácticamente excluida. La sanidad pública, que yo sepa, hasta los 35 acepta el proceso de inseminación y esta edad nos llega volando. (ENTREVISTA AS8)

Mucho tiempo de espera y la edad avanzada se complementan para que pocas lesbianas intenten ir a la pública:

Entonces la mayoría de las parejas ni siquiera intentan por la sanidad pública y luego algunas que lo han intentado lo que nos han comentado es que son muy lentos. Así como en la privada desde que tienes la primera cita ya casi que ahí comienza el proceso en la sanidad pública todo se retrasa. La primera cita se retrasa muchos meses, las pruebas se vuelven a retrasar, el comenzar con algún tratamiento todavía más, entonces más de un año y a veces más de dos y la gente quiere algo más rápido. (ENTREVISTA AS8)

Este relato explica muy bien porque el estado español es el país europeo líder en tratamientos de fertilidad y el segundo país del mundo, en cifras absolutas, con más clínicas de reproducción asistida, sólo por detrás de Estados Unidos; una industria que se beneficia del cúmulo de condicionantes económicos y sociales que hacen que sea la población española la que más retrasa la edad de plantearse tener descendencia de toda Europa (Fernandez, 2019)

La Inseminación Asistida es un gran negocio²⁵. En 2018, abrazó unos 12.610 millones de euros a nivel mundial, una cifra que irá creciendo durante los próximos años hasta duplicarse en 2026, cuando se espera que la facturación alcance algo más de 25.000 millones de euros, las ventas de Mercadona en 2019.

Solo quienes tienen medios económicos suficientes pueden acudir a las carísimas clínicas de fertilidad. La reproducción asistida se convierte en un asunto de cálculo monetario porque a menudo el éxito de la inseminación no ocurre al primer intento.

Entrar en un proceso de inseminación es costoso y además teniendo en cuenta la edad a veces la inseminación no se logra la primera vez sino a la segunda, la tercera, la quinta, tenemos familias que han logrado a la décima vez o que han tenido que pasar a procesos de fecundación y por supuesto esto encarece el procedimiento.

Entonces claro muchas familias han tenido que pedir préstamos o a la familia. Y esto a nivel económico y a nivel psicológico es una carga muy fuerte. (ENTREVISTA AS8)

Una forma de asegurar una buena inseminación es que produzcas muchos óvulos por lo que la hormonación está a la orden del día. Las clínicas tienden a hacerlo ya que buscan resultados positivos lo que les garantiza mayor número de embarazos y un aumento de usuarias. La clínica no obliga a tomar hormonas y las mujeres pueden decidir que no las toman, pero parece que esta decisión no es tan libre y está mediatizada por múltiples factores tal y como refleja esta agente de salud:

Ten en cuenta que psicológicamente estas tan vulnerable, tienes tantos miedos. Además te dicen que la primera inseminación es la que tiene más posibilidades y luego la caída de las posibilidades va en picado, que a la primera tienes que ir como con todo, entonces si te dicen que te tienes que hormonar es difícil negarse. (ENTREVISTA AS8)

Otras alternativas, como usar semen de un conocido o de un banco internacional, se desincentivan mediante una ley de reproducción que exige el certificado de una clínica para reconocer la maternidad de la no gestante (Fernan-

25 https://elpais.com/elpais/2020/06/03/buenavida/1591208919_940726.html

dez, 2019). Con la exigencia de este requisito queda fuera cualquier otra forma elegida por las mujeres lesbianas para acceder a la maternidad que no pase por la reproducción asistida en Osakidetza o en una clínica privada. Esta cuestión medicaliza, aún más, el proceso de maternidad ya que para que dos mujeres puedan ser madres en igualdad de condiciones deben cumplir unos requisitos legales de tipo sanitario. Este requisito es claramente discriminatorio respecto a las parejas heterosexuales a las que no se les exige ningún requisito sanitario para registrar a la criatura que han tenido.

Además estas alternativas más baratas y autogestionadas de maternidad son más difíciles de llevar adelante por una cuestión que se señala en el taller de mujeres LGTBI+:

 Sobre la necesidad de tener un certificado de inseminación de la clínica a la hora de registrar el nacimiento y las maternidades hay un vacío porque no hay un criterio unificado, hay registros que te lo piden y otros no, Bilbao no te lo pide (solo matrimonio), pero otros si,...incluso los hay que no te lo piden pero que te solicitan que jures delante del registro que no sabes quién es el padre, con lo que es peor el remedio que la enfermedad porque estás prevaricando, si el semen me lo ha dejado mi amigo amiguísimo jurar que no le conozco delante del funcionario de turno y en un expediente público puede ocurrir que si el día de mañana cuando la criatura crezca y se le despierta al amigo el instinto paternal, pues tienes un problema porque has jurado delante de un funcionario público que no lo conoces. (TL-MUJERES LGTBI+)

Las personas que escribimos este informe y trabajamos en ALDARTE podemos constatar que si puede ocurrir que al amigo amiguísimo se le despierte el instinto paternal cuando la criatura crece. Es entonces cuando comienza un conflicto entre las madres de la criatura y el pretendido padre donante de semen.

D. LOS GAYS Y LA PREP

La última promesa preventiva para luchar contra el VIH-1 en el mundo: la PrEP o profilaxis pre-exposición. La PrEP es una pastilla antirretroviral que las personas seronegativas pueden tomar para evitar infectarse por VIH cuando piensan que se van a exponer al virus. Igual que cuando uno viaja a una zona endémica de malaria y toma una pastilla mientras está «expuesto» a ello. La PrEP se puede tomar de continuo, o bien sólo los días que rodean al evento de la exposición²⁶.

En Euskadi el Gobierno Vasco decidió a finales del año 2019 apostar por la PrEP como método preventivo ante el VIH-Sida, poniéndolo en marcha en enero de 2020:

 Ya hemos entrado a la PrEP y bueno no llegamos a las cifras de otros sitios pero ya tenemos igual mas de 150 pacientes con PrEP que empezamos prácticamente en enero pues bueno esos 150 pacientes te exigen 4 consultas al año cada uno, entonces es mucho trabajo la PrEP. (ENTREVISTA AS5)

La puesta en marcha de la PrEP tiene sus voces críticas provenientes de agentes de salud directamente implicados con el VIH-Sida, para una de estas personas la administración de la PrEP requiere un trabajo específico que no se hace:

 La única manera de que la PrEP sea un instrumento válido, efectivo, positivo es si lo estructuras desde un acompañamiento desde el counselling, desde el apoyo psicológico y desde la información que

26 <http://www.bizkaisida.com/ufaqs/conveniente-hacerse-la-prueba-cuanto/>. Para mayor información de la PrEP ver <https://www.easp.es/blog-mpsp/2018/04/06/rep-y-vih-apuntes-para-el-debate-i/>

fomente la prevención, ósea un todo. No se puede poner a funcionar la PrEP sin ningún trabajo previo es decir con un enfoque de reducción de riesgos, de prevención. Sigue siendo poner parches y no ir al fondo. (ENTREVISTA AS4)

Según este agente de salud de la **asociación T-4** tomar PrEP es estar en las mismas circunstancias que una persona seropositiva pero sin estar enfermo (pruebas analíticas, efectos secundarios,...) por lo que habría que hacer una reflexión acerca de cómo se vive la sexualidad y de porque tomar la PrEP:

🔊 El concepto PrEP es tomar pastillas antes de tener sexo, preexposición,... yo creo que es un concepto valido pero para un perfil de personas que pueden ser trabajadores sexuales pero desde un planteamiento global no sirve si tu no trabajas con ese individuo desde la base. (ENTREVISTA AS4)

El uso de esta pastilla diaria en personas sanas para reducir su riesgo de infectarse se tendría que realizar de forma combinada con el uso de preservativos y prácticas sexuales seguras. El temor de que las personas usuarias del fármaco se relajen en el terreno de la prevención con el consiguiente aumento de otras infecciones de transmisión sexual es más que real si atendemos al relato de esta agente de salud, médico de familia del centro de ITS de Bombero Etxaniz:

🔊 La PrEP es que para ellos no usar el preservativo. Tenemos que gastar un montón de dinero porque la medicación es barata como es genérica sale a 28 euros al mes pero claro son consultas medicas cada tres meses. No son 4 consultas al año sino que son mas porque como no usan preservativos cogen otras ITS. Quien quiere hacer lo de la PrEP tiene que aceptar cribado cada tres meses que es lo que establece el protocolo del ministerio. (ENTREVISTA AS5)

El debate sobre la utilización o no de la PrEP es y seguirá de forma controvertida.

🔊 La medicación es barata pero no es la medicación es la consulta médica. Se sobrecargan las consultas y nos ha costado mucho porque otras necesidades están sin cubrir. Por ejemplo salud mental, cuidados paliativos...! cuanta gente se muere en este país sin cuidados paliativos!... y entonces a estos le tengo que dar la PrEP para que tengan relaciones sin preservativo... eso nos cuesta mucho. (ENTREVISTA AS5)

Un debate que obligatoriamente se tiene que dar de forma diferenciada en los países ricos respecto a los pobres, quienes tienen mucha dificultad para costear los carísimos tratamientos antiretrovirales y para quienes la aceptación de la PrEP puede brindar una oportunidad para disminuir la incidencia tanto de la infección por el VIH como de otras ITS (OPS, 2020)

Hay muchas organizaciones y personas comprometidas desde hace años con la prevención de las ITS, y en especial con el VIH-Sida, la PrEP hará variar sin duda este trabajo de prevención:

🔊 Para nosotros los clínicos el tratamiento es la prevención, siempre damos el consejo de que tienes que utilizar preservativo, pero sabemos que eso es muy poco eficaz y para nosotros lo importante es que la gente vaya a hacerse cribados para detectar las infecciones que muchas veces son asintomáticas y cortar la cadena de trasmisión. Porque lo que es el consejo de prevención a través de buenas prácticas de sexo seguro no se esta demostrando eficaz. Si la gente no utiliza preservativo hay que hacer otras cosas. (ENTREVISTA AS5)

Los mensajes de buenas prácticas de sexo seguro son ineficaces entre otras cuestiones por la existencia de una industria farmacéutica que ha logrado, al menos en los países ricos que lo pueden pagar, que la seropositividad

se vuelva crónica y se pueda estabilizar. El VIH-Sida genera a las farmacéuticas cuantiosas ganancias. Sobre esta cuestión existe cierto convencimiento de que si no se ha sacado una vacuna o medicamento que cure el VIH-Sida es porque quieren que sea crónico y así hay mayor enriquecimiento.

 Lamentablemente lo que es la sanidad y la medicina tú sabes que detrás de la patología siempre hay un margen de comercio de capital y muchas veces a mi me dicen ¿pero realmente se quiere llegar a encontrar la vacuna? Porque si llega la vacuna ya no se van a vender millones en medicamentos. Hay una visión capitalista. (ENTREVISTA AS4)

Se ve la necesidad de cambiar este enfoque pero no hay una apuesta o una reflexión para acceder a otras maneras de hacer las cosas:

 Si porque es un modelo sanitario donde su prioridad es resolver la casuística del momento pero no se hace desde un enfoque preventivo de la salud e incluso no se hace desde un enfoque comunitario de salud. Justamente una de las cosas que ha hecho el covid19 es demostrar esa carencia de capacidades es decir si nosotros pudiésemos desde un enfoque comunitario trabajar la salud respetando y validando identidades particulares eso te va a ayudar a tener unos conceptos en cada uno y con el enfoque preventivo ya ese individuo se reconoce y sabe quien soy, como soy y con este cuerpo aplico la prevención. (ENTREVISTA AS4)

Pero no se puede trabajar desde un enfoque de prevención si la parte política, la que toma las decisiones políticas, no está en esta línea de trabajo:

 Tu no puedes trabajar un modelo de prevención si dentro de tu propio estamento sanitario no se ofrece un espacio para trabajarlo. Al final se limitan a la atención en cuanto al control de las analíticas, que tome su medicación.... Pero luego todo lo que tiene que ver con la vida, con las conductas, y el empoderamiento no se trabaja. Es como decir que eso es de otros y la PrEP es como un globo sonda, se lanza para calmar y rebajar la tensión. (ENTREVISTA AS4)

¿Tiene como prioridad el modelo sanitario público vasco resolver la casuística del momento mediante la medicalización? ¿Esto implica abrazar un enfoque biologicista y hospitalario de la salud abandonando un enfoque preventivo y comunitario? ¿Se acompaña la salud mental y afectiva de las personas LGTBI+ en las consultas de APS? ¿se tiene en cuenta este aspecto holístico que rodea a las personas y sus circunstancias?.

Dedicaremos el siguiente apartado a la reflexión de estas cuestiones.

2.3. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

2.3.1. INTRODUCCIÓN

La declaración de Alma Ata (OMS, 1978) establece que los gobiernos y la comunidad internacional son los responsables de garantizar el derecho de todas las personas a la atención básica de la salud; al mismo tiempo, apuesta por la Atención Primaria en Salud, en la que la prevención es tan importante como la curación, como estrategia de intervención. Alma Ata defiende, frente al modelo biomédico vigente en la actualidad, un modelo bio-psico-social que actúe sobre las causas económicas, sociales y políticas que afectan a la salud.

Cuarenta años después, en 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno reunidos en Astaná²⁷, se reafirman en lo manifestado en la **Agenda 2030** para el Desarrollo Sostenible y en la Declaración de Alma-Ata, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos y agencias internacionales, todos los trabajadores y trabajadoras de la salud y la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo.

No es posible aislar la situación de salud de las personas de aquellos aspectos que determinan sus condiciones de vida, una cuestión que el poder neoliberal intenta hacer que olvidemos mercantilizando e individualizando la salud. El paradigma neoliberal cuestiona radicalmente la universalidad de las prestaciones sanitarias y su gestión pública garante de la equidad, traspasando la planificación colectiva de las necesidades a una ficticia elección individual (Lalana Cuenca, 2021).

Esta lógica individualista responsabiliza a las personas de sus problemas de salud, de forma que serán el tabaquismo, la vida sedentaria o la bebida (por citar algunos ejemplos) las causas de sus enfermedades. Los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación, las desigualdades sociales o vivir la exclusión social serán ignorados como factores que generan situaciones de sobrecarga física y emocional (Medicumundi Bizkaia, 2017) y como consecuencia una mayor morbilidad por trastornos crónicos. Esta lógica enmascara como las estructuras sociales, políticas y económicas precarizan y dificultan las condiciones de vida de cada vez más personas (López, 2019).

El ámbito de la salud mental es un campo especialmente abonado para el triunfo de esta lógica neoliberal. No en vano asistimos con las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales más utilizadas (DSM²⁸ y el CIE) a una patologización de los malestares sociales convertidos en déficits individuales ajenos a cualquier determinante social (Lalana Cuenca, 2021). Más allá de la persona y sus sufrimientos reales todo es convertido en síntomas que conforman enfermedades que a su vez pueden ser tratadas con el fármaco correcto.

En este contexto neoliberal las necesidades que tienen las personas LGTBI+ comentadas en el transcurso de esta investigación no serían vistas como resultado de un estructura heteronormativa, sexista y binaria injusta sino como problemáticas individuales o del colectivo LGTBI+ propiamente dicho.

Este apartado espera contribuir a cuestionar esta lógica neoliberal descrita incluyendo entre los determinantes sociales de la salud los relativos a la diversidad sexual y de género y en concreto la LGTBI+fobia estructural como algo constitutivo de nuestra sociedad. En esta línea se analiza que la heteronormatividad, el sexismo y el binarismo no solo están presentes en nuestras sociedades occidentales sino que también son partes constitutivas de ellas, siendo estructuras sobre las que descansa (Sadurní, 2019). La LGTBI+fobia no se trataría de un fenómeno individual solamente, por lo general, tiene su base en formas institucionalizadas de discriminación, criminalización, patologización y estigmatización. Es decir, es sistémica y estructural, lo que a su vez significa que las personas pertenecientes al colectivo LGTBI+ son, por lo general, minusvaloradas, estigmatizadas, aisladas y marginadas.

Así se considera que las discriminaciones y violencias que en grado diverso han vivido las personas LGTBI+ que han participado en el estudio son producto de un sistema sanitario público heteronormativo, sexista y binarista,

27 Para una lectura crítica de ASTANA ver la declaración realizada por medicumundi Salud para todas las personas de fecha 6 de abril de 2019 <https://www.medicumundi.es/es/quienes-somos/transparencia/politicas-declaraciones-posicionamientos/322>

28 DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), en castellano MDE (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*) https://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagnóstico_y_estadístico_de_los_trastornos_mentales

no de la acción individual concreta de cierto personal sanitario que se decanta por actitudes y comportamientos LGTBI+fóbicos.

Se analiza a continuación los elementos aparecidos en el trabajo de campo que pueden ayudar a definir y a mantener un debate sobre las claves a tener en cuenta para el desarrollo y gestión de un sistema de sanidad pública que garantice el derecho a la salud y la igualdad de acceso con independencia de las sexualidades que vivamos o género y cuerpos que habitemos.

2.3.2. LA INVISIBILIDAD DE LAS PERSONAS LGTBI+

La invisibilidad que envuelve a las personas LGTBI+ es a nuestro entender un reto que tiene que enfrentar el sistema sanitario público, porque uno de los pasos para que la sanidad sea para todas las personas es considerar todas las expresiones sexuales y de género que estas pudieran tener.

En el transcurso de trabajo de campo se preguntó a las personas si veían necesario visibilizarse en sus centros de salud en tanto que LGTBI+, las respuestas se resumen en el cuadro siguiente:

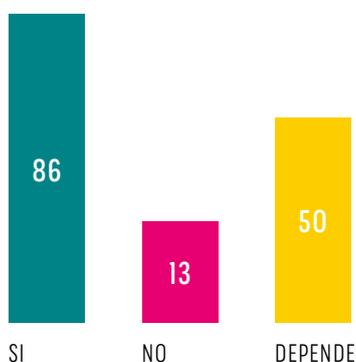


TABLA. 1

Como se ve casi un 64% de las personas participantes en el cuestionario auto administrado ven importante visibilizarse como LGTBI+ delante del personal sanitario que les atiende. Las razones que se han dado son muy diversas. A decir verdad todas nos parecen muy interesantes y no dejan de expresar lo que a lo largo de estas líneas se ha dicho sobre la importancia de que todas las personas deben ser tenidas en cuenta en todas sus dimensiones en Osakidetza. Las respuestas que se exponen a continuación están sacadas del cuestionario autoadministrado. Se realiza una exposición extensa de las respuestas emitidas porque en las mismas se verbaliza de forma muy concreta que es lo que sienten y padecen las personas LGTBI+ cuando acuden a los servicios sanitarios:

- La salud está también condicionada por nuestros hábitos y características personales y sociales.
- Porque falta camino por recorrer y aunque yo no lo necesito es necesario quitar estereotipos
- Existimos, no somos heteros.
- Porque no deberían despacharnos tan rápido.
- Para poder sentirme seguro en ese espacio, para que se respete mi realidad y evitar el malestar e incomodidad que supone el misgendering, entre otras.

- ➔ Para poder expresar clara y firmemente las necesidades de salud específicas
- ➔ Porque aún sorprende salir de la norma y porque sigue habiendo distinciones en depende qué ámbitos sanitarios (ejemplo: ginecología)
- ➔ Como paciente creo que debería haber una visibilidad y una transparencia en consulta, trabajar la tolerancia como absoluta normalidad y el empoderamiento a través de la salud comunitaria.
- ➔ Para hacer sentir más seguros a los pacientes.
- ➔ Es importante y mucho más para las que aún no tenemos el cambio de nombre
- ➔ Para evitar estigmas y prejuicios
- ➔ Para evitar situaciones incómodas
- ➔ Porque es mi derecho a una buena atención de calidad y para ello es necesario poder visibilizarme y que la atención responda a las condiciones en las que se da mi vida.
- ➔ Tiene que haber visibilidad en toda la sociedad, en general, no vale en unos ámbitos si y en otros no
- ➔ Porque es necesaria información y educación sobre el colectivo, para dejar de patologizarlo y discriminarlo.
- ➔ Porque muchas veces nos tratan de mala manera.
- ➔ Porque necesitamos profesionales formados para tratar con personas del colectivo sin violentarlas.
- ➔ Por que no hay razón para ocultarlo.
- ➔ Sería tratar mi transexualidad como una enfermedad
- ➔ Porque si no nos visibilizamos, no existimos y entonces lo LGBTQI sigo siendo la otredad
- ➔ Para normalizar al máximo la diversidad sexual
- ➔ Porque es necesario que el personal sanitario se de cuenta de que existen otras realidades que precisan de una atención, especial en muchas ocasiones, para las que tienen que estar formados y sensibilizados. [transgenero por ejem]
- ➔ Al visibilizarnos serán más conscientes del volumen de personas con distintas formas de vivir su sexualidad y otros aspectos de su vida
- ➔ El sistema de salud público debe profundizar en el abordaje de la diversidad a todos los niveles para abordar la prevención en salud de manera efectiva. Si nos hacemos ver, influirá en el cambio de estas políticas públicas
- ➔ Para que la visión de estos/as profesionales sea mas amplia.

- Sí, porque así la gente puede concienciarse, ya que no existe la suficiente información, sobre todo con las personas transgénero.
- Porque la atención sanitaria que podemos recibir será mejor no solo en lo físico también tener la necesidad de que estos espacios también son nuestro.
- Para que te atiendan mejor ¿te traten mejor? además de que es un servicio publico para todo el mundo no solo para heterosexuales normativos
- Porque Osakidetza es para todas

Una cuestión que se menciona en el taller de mujeres LGTBI+ y por una de las personas entrevistadas es sobre la responsabilidad que el mismo sistema de salud tiene sobre la invisibilidad de las personas LGTBI+, así se relata:

-  La visibilidad no es solo responsabilidad de las mujeres, los profesionales de Osakidetza tendrían que formarse. Es decir yo tengo derecho a no tener que estar todo el día haciendo confesiones sobre mi sexualidad y ver que cara me ponen ahora. Tengo derecho que consideren esa diversidad, que me sienta cómoda a la hora de decirlo. Tendría que ser una cuestión bilateral. Si yo voy donde el médico quiero sentirme tranquila, que no me incomoden y que yo no me sienta incómoda. (TL- MUJERES LGTBI+)
-  Hay una parte de opción y de responsabilidad y de compromiso de decir en todas las partes de sanidad que eres lesbiana, pero también quiero que las instituciones sanitarias en su manera de preguntar en su manera de protocolizar de hacer las atenciones etc. contemplen estas opciones para no hacer pasar momentos incómodos a las personas que no se atreven tanto y que se lo pregunten de una manera cómoda y les abras las puertas no todo el mundo tiene 65 años como yo ni todo el mundo ha pasado por una trayectoria feminista y militante que le ha dado mucho pie para trabajarse estas cosas. Esto es un proceso de trabajo de años a la gente joven todavía no le ha dado tiempo a trabajarse estos aspectos y mucha gente todavía tiene miedo a ser visible delante de un profesional. (ENTREVISTA P4)
-  Los médicos deberían tener en cuenta toda diversidad sexual. No debería hacer falta tener que dar explicaciones, salvo en casos realmente necesarios (CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

Como ya se ha dicho anteriormente, por lo general, no resulta fácil hacerse visibles porque la visibilidad tiene un gran significado social y porque se realiza en contextos heteronormativos y tendentes al prejuicio.

La visibilidad LGTBI+ no es una cuestión de discreción, del nivel de privacidad o el grado de intimidad que cualquier persona pueda escoger para sus relaciones sexuales o su género, es algo más, es sobre todo una cuestión de reconocimiento, de legitimidad social, y de que se den las condiciones para el libre ejercicio de sus derechos.

La invisibilidad de las personas LGTBI+ supone un serio obstáculo para participar de los recursos sociales en igualdad de oportunidades respecto a la población en general ya que el miedo a hacerse visibles puede tener como efecto directo la renuncia a ejercer determinados derechos de salud.

Sin visibilidad no es posible una sociedad que se pretenda plural y diversa. Como nos recuerda Isabel Franc/Lola Vanguardia (2007) el poder heteronormativo, sexista y binarista ha querido que el colectivo LGTBI+ no llegue nunca a alcanzar la madurez. Provocar el sentimiento de no existencia o de existencia dramática no deja de ser una buena estrategia para la aniquilación. Mientras haya personas que vean necesario ocultarse por el miedo, por la

vergüenza o por la culpa que le provoca la sexualidad o el género que siente, no es real un ámbito sanitario que se pretenda inclusivo y para todas las personas. Por eso conseguir la visibilidad para las personas LGTBI+ debería ser un tema importante para Osakidetza.

2.3.3. LAS NECESIDADES Y LAS PROPUESTAS DE LAS PERSONAS LGTBI+

LAS NECESIDADES:

En el cuestionario auto administrado se lanzaba esta pregunta: ¿Qué tipo de necesidades se te plantean respecto a los servicios de salud a los que acudes? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más necesarias. Añade las que consideres no estén.

En la tabla se muestran las respuestas de mayor a menor grado de elección tal y como han sido realizadas por las personas que han contestado:

NECESIDADES	%
Más formación en diversidad sexual y de género al personal sanitario que se mueve a todos los niveles en Osakidetza.	49,6
Campañas de sensibilización para aumentar la visibilización, la conciencia y la sensibilización de las personas que trabajan y de las que son atendidas en el ámbito de salud	44,6
Que el servicio ginecológico supere los sesgos heterosexuales y reproductivos	36,4
Una atención más amable y empática.	35,5
Garantía de una atención médica con perspectiva de diversidad sexual y de género, no heteronormativa que invite a expresar con libertad el género y la sexualidad.	32,2
Recursos de apoyo psicosocial para atender a las víctimas de la LGTBIfobia	30,6
Ampliar y mejorar los servicios que se presta a las personas LGTBI+, en particular los relativos a la salud afectiva, psíquica y emocional	28,1
Reconocimiento de la identidad de sexo/género.	27,3
Un trato no sexista, ni binarista	22,3
Protocolos internos contra la LGTBI+fobia	21,5
La puesta en marcha de campañas para hacer frente al VIH y otras ITS	15,7
Más inversión en apoyos para ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales.	13,2
Un discurso no tan patologizante sobre las personas trans	11,6
Acabar con la desprotección que se tiene ante Osakidetza	10,7

Tabla 2

LAS PROPUESTAS:

En el cuestionario auto administrado se lanzaba esta pregunta: ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, tu libertad o el ejercicio de tus derechos humanos en los servicios de salud? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más necesarias. Añade las que consideres no estén.

En la tabla se muestran las respuestas de mayor a menor grado de elección tal y como han sido realizadas por las personas que han contestado:

PROPUESTAS	%
Poner en marcha campañas de sensibilización y toma de conciencia sobre diversidad sexual y de género.	62,8
Impartir formación sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario de Osakidetza	60,2
Diseñar un programa de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBIfobia.	38,1
Visibilizar en los formularios de recogida de datos, en las comunicaciones y publicidad institucional la diversidad sexual y de género.	32,7
Garantizar la atención médica a aquellas personas LGBTBI+ que no tengan papeles de residencia o carezcan de tarjeta sanitaria o dinero para acudir a servicios privados.	26,5
Garantizar en Osakidetza la atención de mujeres lesbianas en los tratamientos de reproducción asistida.	23,9
Promover e incrementar el uso de los recursos públicos frente a los privados en relación a la reproducción asistida, reasignación de género u hormonación.	23,9
Realizar Protocolos de atención y respuesta a actitudes LGTBIfóbicas que se produzcan en el interior de Osakidetza	23,9
Evitar la aplicación de criterios de rol de género estereotipado en la Unidad de Género de Cruces.	22,1
Habilitar baños mixtos o no binarios en los centros sanitarios	22,1
Incrementar la investigación sobre la salud de las personas LGBTBI+.	20,4
Potenciar campañas sobre VIH y otras ITS para combatir el estigma y las discriminaciones.	18,6
Impulsar una información positiva, sin tabúes, abierta y sin secretos sobre las personas intersexuales.	14,2
Tratar de forma interseccional la diversidad funcional y la diversidad sexo-genérica de forma que aumente la credibilidad de una persona con trastorno mental a la hora de reivindicar su diversidad.	13,3
Garantizar la realización de citologías con independencia de la sexualidad que se desea o género sentido.	10,6

Tabla 3

2.3.4. LA FORMACIÓN Y LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO DIRIGIDA A PERSONAL DE SANIDAD

Una cuestión mayoritaria y evidente que dejan traslucir las personas que han participado en este estudio es la necesidad, formulada también como propuesta, de formar y sensibilizar sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario de Osakidetza. Una formación y sensibilización que ayude a superar la multitud de prejuicios interiorizados y que fomente un trato amable, empático y no patologizante con las demandas de las personas LGTBI+. Una formación que evite la situación que relata una persona sometida a una operación de reconstrucción de la vagina que a todas luces resultó traumática para ella:

 Después de eso tuve una gran depresión. No he vuelto a ver a los médicos porque no quiero ni volver, fue una experiencia mala y volver allí me recuerda todo. Lo he pasado mal y no he querido ir a ninguna cita de médicos, ni saber nada. Necesitaría un trato más decente, más humano, menos humillante, no sé...es que no me sale la palabra. (ENTREVISTA P8)

Los agentes de la salud entrevistados recuerdan en general que el personal sanitario necesita instrumentos y conocimientos que contemplen un abanico de posibilidades de las distintas expresiones sexuales y de género:

 Pues yo no he visto nunca que se ofrezca ningún tipo de formación. Ni institucional dentro de Osakidetza ni dentro de los ámbitos de la psiquiatría mas oficial. Formación hay mucha pero las propuestas de formación que nos puedan llegar son las que organiza la Red de salud mental o las que están normalmente por las sociedades de psiquiatría o los congresos que. (ENTREVISTA AS3)

A este respecto y sobre la necesidad de esta formación nos recuerda una profesora del departamento de enfermería de la UPV:

 Sorprendentemente cuando se introdujo este tema la respuesta del alumnado fue: ¡por fin! si vamos a hablar de esto, y me sorprendió porque pensaba encontrarme un alumnado de “vale vamos a hablar de lo que quieras” y llevamos haciéndolo tres veces aunque sea en dos cursos. Y yo con el profesorado comento que por primera vez hemos encontrado un espacio con el alumnado que realmente estamos haciendo lo que tenemos que hacer. (ENTREVISTA AS6)

Impulsado por medicusmundi Bizkaia **ALDARTE** imparte cursos sobre diversidad sexual y de género a segundo y tercer grado de enfermería desde hace tres años. Lo interesante de este relato es que esta formación conecta con las necesidades de un alumnado que quiere abordar la diversidad sexual y de género en el ámbito de la salud.

Necesidad del alumnado y también del personal sanitario, tal y como lo reflejaron las personas médicas de familia que participaron en uno de los talleres de debate

 Creo que este sistema sanitario necesita de cierta manera des cisheterosexualizarse. El colectivo sanitario es un colectivo muy hegemónico, de una cierta clase social, una cierta identidad de género y hemos construido un sistema sanitario a nuestra medida y creo que debemos hacer estrategias participativas para que las personas LGTBI nos cuenten como quieren que sea su atención. El sistema sanitario se tendría que adecuar a las necesidades reales de esas personas y no a las necesidades que los agentes sanitarios creemos que tienen. (TAS- AGENTES DE SALUD)

- 🔊 Se tendrían que hacer campañas de formación o sensibilización para los profesionales porque somos quienes estamos atendiendo a la gente. Hay que hacer cosas para activar nuestras mentes oxidadas. (TAS- AGENTES DE SALUD)

Osakidetza realiza formaciones continuadas de contenidos que van más allá de los puramente académicos, el tema es si en las mismas se incluyen los relativos a la diversidad sexual y de género. Al respecto una técnica de proyectos de educación para la transformación social de medicusmundi Bizkaia quien negocia los procesos de formación con Osakidetza reconocía las dificultades a la hora de incluir las formaciones en el ámbito sanitario:

- 🔊 En formaciones anteriores reconocían que había desconocimiento del personal sanitario en todos estos temas. Y que también había dudas para hacer una atención inclusiva. Se lo planteamos a Osakidetza, a la dirección, que es el referente de cara a poder ejecutar las actividades, y nos dijeron que les parecía interesante. Intentamos empezar a organizar las formaciones y había silencios, no nos respondían ni que si ni que no. Nos dijeron que la parte de DSG no la veían, que no había interés, que no era prioritario y que ahora estaban con otros temas. Se les intentó explicar de que iba la formación, se les mandó una propuesta, y que no terminaban de verla, de encajar y no nos especificaban el que era lo que no encajaba. Y les decíamos que cambios se podían plantear para encajar la formación. (ENTREVISTA AS9)

Esta técnica relata un proceso para introducir unas formaciones para el personal de Osakidetza que le resultó agotador ya que empezó con la propuesta en el año 2018 y hasta noviembre del año 2020 no se llegó a concretar y realizar. ALDARTE fue la organización que impartió la formación en diversidad sexual y de género, una formación que en un principio iba a durar cuatro horas y que se quedó en dos.

Habría que valorar como positiva toda formación realizada pese a los esfuerzos agotadores que puedan implicar su concreción. Es de esperar que en un futuro estos procesos se puedan conformar más ágilmente para dar solución a las necesidades formativas que en diversidad sexo-genérica expresa el personal sanitario.

Más allá de las circunstancias que rodean los procesos formativos habría que hablar del enfoque de los mismos. Una formación que no solo debería ir enfocada a mejorar la salud de las personas LGTBI+, también al cambio de los enfoques teóricos biologicistas sobre la salud que en la actualidad están primando en las facultades que forman al personal sanitario. En esta línea nos comenta la profesora de la escuela de enfermería antes mencionada:

- 🔊 Para mi no es solo el problema de que se encuentren en el momento de su practica profesional con situaciones de las que nadie le ha hablado en su currículo de grado sino ni tan siquiera se habían planteado una visión diferente de las diversas realidades que tenemos. (ENTREVISTA AS6)

Para esta profesora de la UPV es importante que el alumnado y el personal sanitario reflexione sobre el concepto biologicista de la salud que es hegemónico y que lleva a un modelo bio-médico y binario donde la visión de la salud es la ausencia de enfermedad:

- 🔊 Un modelo que patologiza lo que no considera sano para volver a convertirlo en sano.(Entrevista AS6)

Así que la única manera de romper estas ideas es hablar de los determinantes sociales de salud, que no son biológicos y que van a producir un mayor o menor estado de bienestar físico y psíquico. En este contexto ¿porqué es importante hablar de la diversidad sexual y de género? Porque si es necesario romper con el concepto biologicista de salud como la ausencia de enfermedad también lo es romper con el binarismo normal-no normal que tan unido está a este modelo:

 De hecho ese binarismo de salud- enfermedad se relaciona con el colectivo LGTB del que se piensa que se ha desviado de la norma que es lo normal, entonces hay que volver a hacerte lo que sea para que entres en la norma. Por eso dentro de la formación que se da al alumnado entra toda esa reflexión salir del concepto biologicista, sano-enfermo, normal se desvía de la norma. (ENTREVISTA AS6)

Además la diversidad sexual y de género no deja de ser una realidad que vivimos todas las personas una cuestión que la profesora de la UPV entrevistada nos recuerda como un elemento más de interés para que la formación se realice:

 Son situaciones que los estudiantes han tenido en su clase o algún amigo. Con las formaciones lo aterrizan y a mi me viene muy bien porque cuando yo les hablo de las desigualdades en salud en función del nivel de renta, del nivel educativo o de la clase social a la que pertenezcas son conceptos para ellos mucho más abstractos entonces el tema LGTBI me viene bien porque como tienen un amigo un conocido entonces se ponen a reflexionar. Es muy difícil conseguir en los estudiantes una reflexión más abstracta y me parece que esas formaciones les ha abierto posibilidad de pensar que lo biológico no es tan importante. (ENTREVISTA AS6)

Tomar conciencia de la hegemonía del discurso bio-médico y sus consecuencias nos resulta trascendental en estas formaciones ya que para el mismo la sexualidad o el género de las personas responde principalmente a mecanismos biológicos, soslayando las elecciones personales o los factores culturales, sociales e históricos que están en la construcción de las identidades sexuales y de género.

2.3.5. POR UNA SALUD MENTAL NO HETERONORMATIVA

Recursos de apoyo psicosocial y programas de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBI+fobia están entre las necesidades y propuestas de las personas que han contestado tanto el cuestionario como las que han sido entrevistadas, incluso en uno de los talleres se sugirió:

 Igual sería interesante que hubiera una especialidad de psiquiatría en este tema igual que hay infantil, que haya gente que se especialice en este tema de sexualidad y género. Que haya opción de que la persona pueda reclamar ayuda en estos temas. (TL- MUJERES LGTBI+)

La despatologización ha centralizado el debate sobre salud mental y las realidades LGTBI+ siendo una de las claves de lucha del activismo LGTBI+ el cual ha impulsado críticas hacia los cambios y nuevas concepciones de los manuales diagnósticos (DSM, CIE) y aunque en general ha predominado y predomina el reduccionismo de las categorías diagnósticas relacionadas con las expresiones sexuales y de género hoy día se puede decir que pocas son las personas profesionales en salud mental que consideran, al menos de forma explícita, patológicas a las personas LGTBI+. En estos últimos años, en algo se ha ganado, se utiliza un lenguaje diferente y se ha desterrado la palabra trastorno del vocabulario cuando se abordan estas cuestiones. (Mujika, 2019)

Más allá de la desclasificación como trastorno de los manuales, la despatologización significa tomar conciencia del impacto que la LGTBI+fobia acarrea para las personas que la soportan. ¿Hasta que punto es consciente el personal médico de este punto?. Los siguientes relatos reflejan el trabajo que todavía queda por hacer en esta dirección:

 No he podido hablar con libertad con el servicio de salud mental ya que no entienden de estos temas y de lo que significa la estigmatización que supone ser LGTBI+. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)

- 🔊 El personal de salud mental no logra entender el dolor que se tiene ante una experiencia de represión y persecución policial por ser LGTBI+. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)
- 🔊 A la hora de pedir a mi médico de cabecera que me derivara a un psicólogo/a y tras explicarle mi situación me respondió literalmente: “nosotros no te podemos solucionar estos problemas”, a lo cual yo he respondí enfurecido, ya que padecía una depresión grave: ¿y qué hago me suicido? (TT-TRANS)
- 🔊 El personal sanitario desconoce lo que es ser transexual, transgénero, de género no binario. (TT-TRANS)
- 🔊 Soy no binario y no me he atrevido a contar lo que me pasaba cuando tuve que estar en salud mental. la psiquiatra y la psicóloga con las que hablaba no me daban pie a contar lo que realmente me pasaba, no me hacían las preguntas correctas, sentía que me hacían preguntas cerradas dirigidas a los síntomas que tenía, no encontraba nunca la oportunidad para hablar de lo que me pasaba y dije que era por los estudios cuando no era así. Me diagnosticaron ansiedad generalizada (TG- HOMBRES LGTBI+)

Estos relatos son un resumen de la percepción generalizada que hay entre las personas LGTBI+ de que sus problemas relacionados con la salud mental están nada o escasamente abordados en Osakidetza, por desconocimiento, por que no se entienden las consecuencias de la LGTBI+fobia o porque no hay tiempo, el resultado que a muchas personas LGTBI+ Osakidetza no les ha servido:

- 🔊 Y cuanta gente hace ronda de psicólogos y nada. La semana pasada vino una mujer de casi 60 años que toda su vida se ha sentido mal por no vivir como lesbiana, ha ido al médico, psiquiatras y psicólogos toda su vida por ansiedad y demás, y cuando vino a ALDARTE era la primera vez que contaba que era lesbiana, que se oía a si misma que le gustaban las mujeres, hasta entonces no había comentado nada de por que se sentía tan mal. Osakidetza no le ha servido en este tema. En Osakidetza le han dado pastillas y se las tomaba y tenía mejores y peores temporadas, la manera de abordar este tema en la red de sanidad normalizada no le solucionaba el tema. (TL- MUJERES LGTBI+)

La diversidad sexual y de género tiene que entrar en las consultas médicas y/o de salud mental para ayudar a las personas LGTBI+ a afrontar los problemas que inundan o sobrepasan su existencia debido a un contexto social que las rechaza una vez y otra vez, de modo que puedan vislumbrar narrativas de vida no medicalizadas o salidas diferentes a la desesperación, angustia o suicidio. Un reto todavía por afrontar:

- 🔊 Sigue habiendo detrás un rollo moralista con el tema LGTBI. Aunque ya sabemos que lo han sacada del DS5 hace tiempo y no se considera un trastorno psiquiátrico aun así yo diría que sigue habiendo un idea de que la persona hace una elección anómala o extraña o que hace una elección que tiene que ver con un sufrimiento con un tipo de relaciones parentales concretas. Es esto aunque muy matizado porque hoy en día nadie lo dice pero entre entender que alguien busca el placer como le parece y recorre los caminos que le parece y pensar que es una patología hay un trecho. Y ahí cuando escarbas y hablas del tema salen a flote los prejuicios que siguen estando y que tienen que ver con que luego la gente no lo diga. (ENTREVISTA AS3)

Un abordaje psico social de la salud significa tener en cuenta multitud de actores ya que la salud, como se ha dicho anteriormente, se juega no solo en el ámbito sanitario sino que abarca esferas más amplias de carácter social, político, medioambiental, financiero y cultural. El comentario que sigue podría ser una muestra de cómo está la situación para abordar con un enfoque comunitario la salud en la atención primaria de Osakidetza:

- 🔊 En general en los sitios donde he trabajado el contacto con los servicios sociales o trabajadores sociales es muy escaso. En problemas de salud podemos aportar mucho desde el sistema sanitario, pero en general quienes más pueden aportar son los recursos comunitarios y eso depende de la persona profesional, de que conozca que recursos hay en su barrio o pueblo. Sería ideal conocer los recursos del sitio donde se trabaja para poder ofrecerlos. Lo social evidentemente está en la calle y no en los centros de salud. (TAS-AGENTES DE SALUD)
- 🔊 En APS nos llegan muchos tipos de consultas y muchas de ellas tienen que ver con problemas de salud muy biológicos y técnicos y somos muy buenos resolviendo esos problemas. Pero existen otro tipo de demandas a las que no llegamos y la APS tiene que ser capaz de responder a las mismas y de dirigir las por lo menos. El conocimiento de comunidad y la participación en procesos comunitarios del pueblo o barrio donde se trabaja y conocer recursos del entorno son herramientas muy buenas, colaborar con alguna actividad comunitaria. (TAS-AGENTES DE SALUD)
- 🔊 Parte de nuestro trabajo debería ser informarnos de que asociaciones hay, de hecho en la página de Osakidetza si hay un listado de asociaciones y es nuestro deber informarnos para poder informar al paciente de estos recursos aparte de las estructuras que tiene Osakidetza (TAS-AGENTES DE SALUD)

De estos relatos se sigue el reconocimiento del interés que para una mejor y adecuada atención a las personas LGTBI+ pudiera tener la colaboración con las entidades que se mueven en el ámbito de la diversidad sexual y de género. Un problema potencial para que sea posible un trabajo conjunto entre los ámbitos sanitario y LGTBI+ es que los colectivos LGTBI+ no son colectivos afectados por alguna enfermedad. Esto se señala en unos de los talleres de debate:

- 🔊 Muchas veces la noción que tiene Osakidetza de colaborar con asociaciones son de afectadas por algo, y de hecho hay muchos colectivos reagrupados en torno a enfermedades concretas que son los que colaboran con Osakidetza, tienes que tener esta identificación de afectado porque si eres un colectivo más social difícilmente se cuenta contigo. (TL- MUJERES LGTBI+)

Visitando el listado de asociaciones que Osakidetza pone a disposición del ámbito sanitario²⁹ se observa que todas las asociaciones mencionadas en el listado están compuestas por colectivos de personas afectadas por enfermedades físicas y trastornos mentales. Como es lógico no se encuentra ninguna asociación LGTBI+. Las razones de que en este listado no haya ningún colectivo LGTBI+ pudieran ser las que se exponen a continuación:

- 🔊 El tema sanitario tiene un punto de vista de la salud muy patológico y es verdad que la mayoría de las actividades o iniciativas en las que se trabaja en la comunidad parten de problemas de salud más que de oportunidades de salud, trabajar con el colectivo LGTBI supone trabajar por la salud afectivo sexual o la diversidad sexual. Los sistemas sanitarios pocas veces tienen un punto de vista de promoción de la salud tanto de prevención de enfermedades o de tratamiento, siempre con un punto de vista muy patológico que hace que estas cosas no se identifiquen como necesidades en salud. (TAS-AGENTES DE SALUD)

Durante décadas el asociacionismo LGTBI+ ha respondido a los estados vitales en las que se encuentran las personas LGTBI+ a la hora de demandar ayuda, y sigue haciéndolo, ya que asegura espacios de participación con otras personas que viven o han vivido realidades similares. Entrar en contacto con un colectivo LGTBI+ sirve para defender como posible la sexualidad o el género que se desea, adquiriendo herramientas para afrontar aquellas agresiones, discriminaciones y/o vulnerabilidades que se vive en el marco de lo cotidiano.

29 <https://www.osakidetza.euskadi.eus/osasun-eskola-asociaciones/-/otras-asociaciones>

03

CONCLUSIONES

3.1. LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LA APS

La universalización de la salud no se da y el acceso a la APS no está asegurado para todas las personas que habitan en Bizkaia, una cuestión que tiene que ver con las duras condiciones de vida que las políticas de migración europeas imponen a las personas migradas, refugiadas o solicitantes de asilo y en el tema de estudio que nos ocupa con los obstáculos que ponen para poder acceder a la asistencia sanitaria en iguales formas que la población autóctona.

Una parte importante de personas que viven en Bizkaia y que son migradas no tienen un acceso regularizado a la APS por no cumplir los requisitos para la obtención de la tarjeta individual sanitaria (TIS) condicionada a un empadronamiento que es difícil de lograr para las personas que tienen muy restringido el acceso a una vivienda.

Si la situación administrativa de la persona es regular no se da una discriminación específica que obstaculice el acceso a la APS por el hecho de ser LGTBI+. Otra cuestión es el trato una vez que se ha accedido.

El acceso sanitario durante la pandemia por COVID 19 se ha visto perjudicado y un número importante de personas relatan haber tenido más obstáculos para la atención sanitaria con la pandemia siendo las razones muy variadas: carácter no presencial de las consultas, cancelaciones de citas médicas, parones de los servicios, etc.

Colectivos como mujeres trans trabajadoras del sexo y el LGTBI+ africano se han visto impactados de forma específica en su salud por las restricciones impuestas por la pandemia. Las primeras se han expuesto a un mayor riesgo de pérdida de salud a tener que trabajar de forma clandestina y los segundos ven limitada su ya mermada salud mental al vivir periodos de aislamiento social prolongados.

La sanidad pública vasca, Osakidetza, al funcionar de forma heteronormativa, sexista y binaria resulta ser discriminatoria y no inclusiva, así se puede decir que:

- Las personas LGTBI+ quedan invisibilizadas al no abordarse la diversidad sexual y de género.
- Se discrimina por orientación sexual en la realización de una prueba ginecológica a un número importante de lesbianas.
- Se producen sesgos hetero-reproductivos en la Unidad de Identidad Género (UIG) de Cruces
- La presunción universal de la heterosexualidad se aplica a la persona usuaria a lo largo de la trayectoria vital.
- Sigue ocurriendo que a las personas trans no se les llama por su nombre elegido.
- Los cuerpos y los géneros son mirados y analizados médicamente según esquemas binaristas.

Las personas LGTBI+ siguen estando expuestas a una mirada patologizante, lo que contribuye a la desvaloración de su experiencia, la conceptualización y clasificación de la diversidad como enfermedad, trastorno o anomalía y la exposición a dinámicas discriminatorias en la práctica clínica. Así:

- Se asumen prácticas sexuales de riesgo en hombres homosexuales

- Resulta complicado y muy desconocido la derivación desde APS a la UIG de Cruces
- No se respeta la auto determinación de género
- Las personas seropositivas ven juzgadas sus conductas sexuales.

Muchas de las actitudes manifiestamente LGTBI+ fóbicas que se han verbalizado en el marco de esta investigación están directamente relacionadas con la racialización de las personas. Aunque se identifican perfiles de mayor riesgo de vulnerabilidad como son las personas trans y migrantes, lesbianas y gays también sufren un trato racista en las consultas médicas.

Muchas de las buenas prácticas que se dan en el interior de las consultas médicas lo han sido gracias a la sensibilización y a la buena voluntad del personal sanitario. Estas buenas prácticas reflejan unas actitudes y un comportamiento que deberían generalizarse en el trato sanitario

3.2. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y LA MEDICALIZACIÓN

En general no se vive como problemático el acceso a los medicamentos. Aunque no todo el mundo accede a la prestación regularizada de medicamentos cuestión que tiene que ver con no tener prestación sanitaria a través de la tarjeta individual sanitaria. La automedicación y sus problemas derivados a la salud es una de las consecuencias.

El gran estigma que tiene la seropositividad en la sociedad obstaculiza la realización de pruebas de detección Vih y la toma de medicación antiretroviral.

Para la diversidad sexual y de género la medicalización ha supuesto la patologización y la búsqueda de terapias curativas para las sexualidades, géneros y cuerpos que no se adecúan a la norma. De este modo, las vidas de las personas LGTBI+ se medicalizan de manera progresiva respecto a la pública y la sanidad privada van adquiriendo mayor protagonismo.

Hay tres aspectos a resaltar respecto a la medicalización de las personas LGTBI+:

- Las personas trans y los procesos de transición medicalizados: las operaciones quirúrgicas de reasignación de género siguen constituyendo un nicho de mercado para la clínica privada. En la UIG de Cruces no hay alternativa terapéutica que aborde desde una perspectiva no médica los procesos de transición. Lo único que se ofrece son terapias hormonales y quirúrgicas.
- Las lesbianas y la inseminación asistida: los obstáculos que se dan en las Unidades de Reproducción Humana de Osakidetza motivan que la mayoría de las lesbianas vayan a las clínicas privadas a realizarse la inseminación asistida. La Ley de reproducción exige el certificado de Osakidetza o de una clínica para reconocer la maternidad de la no gestante, quedando fuera cualquier otra forma elegida por las mujeres lesbianas para acceder a la maternidad. Este requisito es claramente discriminatorio respecto a las parejas heterosexuales a las que no se les exige ningún certificado sanitario para registrar a la criatura que han tenido.
- Los gays y la PrEp: Osakidetza apuesta por la vía medicalizada de la prevención Vih-Sida al poner en marcha la profilaxis pre-exposición a pesar de los cuestionamientos realizados por el personal sanitario y las ONGD,s de lucha contra el Vih-Sida. La PrEP hará variar el trabajo de prevención realizado respecto a las ITS.

3.3. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Se destaca la necesidad de un modelo médico con enfoque psico social que supere el actual modelo bio-médico hegemónico en la sanidad pública vasca. Un modelo que se rebela como muy limitante para atender a las necesidades de salud de las personas LGTBI+.

Para el desarrollo y gestión de un sistema de salud pública que tenga en cuenta la diversidad sexual y de género se aportan tres claves:

- Fomentar la visibilidad de las personas LGTBI+ como un reto que tiene que enfrentar el sistema sanitario público, porque no es posible una sanidad plural y diversa si hay personas que se tienen que ocultar por su sexualidad o género. Se ve necesario que Osakidetza fomente esta visibilidad.
- Realizar formación y sensibilización para el personal sanitario, que ayude a superar la multitud de prejuicios interiorizados y que fomente un trato amable, empático y no patologizante con las demandas de las personas LGTBI+. Una formación que no solo debería ir enfocada a mejorar la salud de las personas LGTBI+, también al cambio de los enfoques teóricos biologicistas sobre la salud que en la actualidad están primando en las facultades que forman al personal sanitario.
- Creación de recursos de apoyo psicosocial y programas de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBI+fobia

Los problemas relacionados con la salud mental están nada o escasamente abordados en Osakidetza, por desconocimiento, por que no se entienden las consecuencias de la LGTBI+fobia, porque no se pregunta que es lo que pasa, o porque no hay tiempo, el resultado que a muchas personas LGTBI+ Osakidetza no les ha servido para la resolución de sus conflictos.

Para una mejor y adecuada atención a las personas LGTBI+ se reconoce el interés que tiene una relación del sistema sanitario con las entidades que se mueven en el ámbito de la diversidad sexual y de género. Esta relación en la actualidad es inexistente. Para ello Osakidetza tendría que variar el enfoque patogénico con el que establece sus relaciones con otras entidades. Este enfoque hace que Osakidetza solo realice contactos con asociaciones compuestas por personas afectadas por enfermedades físicas y trastornos mentales. En este planteamiento no entran organizaciones de carácter psico-social, educativo o formativo como pudieran ser las entidades LGTBI+

04

ANEXOS

ANEXO 1

INFORMACION PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO Y TRABAJO DE CAMPO

A. DATOS DEL CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO ONLINE

El objetivo principal de este apartado es presentar de forma resumida los principales datos sociodemográficos de las 151 personas que han completado el cuestionario online autoadministrado.

Es necesario señalar, de antemano, que los datos y la información que sobre los mismos se muestra no tienen ningún objetivo de inferencia estadística, sino simplemente facilitar un panorama general sobre algunas de las cuestiones que se planteaba en el cuestionario.

LUGAR DE BIZKAIA DONDE SE RESIDE:

Basauri	3	Muskiz	2
Berango	2	Sestao	7
Bilbo	71	Algorta	2
Durango	1	Astrabudua	1
Erandio	11	Barakaldo	8
Ermua	1	Bermeo	1
Gamiz-Fika	1	Bizkaia	2
Lekeitio	3	Deusto	2
Portugalete	5	Etxebarri	2
Santurtzi	4	Gernika	2
Eibar	1	Mungia	2
Galdakao	2	Muxika	1
Getxo	6	Ollargan Arrigorriaga	1
Sopela	2		

Cuestionario: Tabla 1

AUTODEFINICIÓN:

Gay	30	Queer	5
Lesbiana	48	Marica	8
Mujer bisexual	34	Bollera	19
Hombre bisexual	2	Género no binario	12

Mujer intersexual	1	NS/NC	0
Hombre intersexual	1	Madre de hombre trans	1
Mujer transexual	7	Heterosexual	1
Hombre transexual	8	Mujer heterosexual	2
Otros	7		

Cuestionario: Tabla 2

EDAD:

< 18	8
18-25	38
26-35	42
36-50	39
51-65	19
> 65	6

Cuestionario: Tabla 3

ESTADO CIVIL:

Soltera	87
Casada con mujer	16
Casada con hombre	6
Pareja de hecho de mujer	16
Pareja de hecho de hombre	4
Divorciada de mujer	1
Divorciada de hombre	2
Separada de Mujer	0
Separada de hombre	0
Viuda de mujer	1
Viuda de hombre	3
Pareja de una mujer	1
Novia	1
Relación con mujer cis bisexual	1
Pareja hombre	1
Relación con mujer bisexual	1
Soltero	2
Con novio formal	1
En relación sentimental con mujer	1
Casada con una mujer legal pero viviendo con un hombre	1
Pareja en proceso de transición	1
Pareja de hombre	1
Con pareja mujer	1
Polígama	1
Pareja de Mujer	1

Cuestionario: Tabla 4

SITUACION CONVIVENCIAL:

Vivo sola	25
Vivo con otras personas	126

Cuestionario: Tabla 5

RESPONSABILIDADES FAMILIARES U OTRAS

Descendencia	21
Ascendencia	19
Otros familiares	10
Otras personas	3
Ninguna	97

Cuestionario: Tabla 6

NIVEL DE ESTUDIOS

Sin completar educación básica o sin título	
Escolarización básica con título	4
Bachillerato	11
FP grado medio	19
FP grado superior	24
Estudios Universitarios	87
Técnico medio	1
Socio sanitario al cuidado de personas dependientes	1
Estudios básicos con déficit de atención	1
Ingeniero	1
Otros	1

Cuestionario: Tabla 7

SITUACION LABORAL

Trabajando	63
Trabajando en precario	17
En paro	25
Jubilación	8
Estudiando	26
Ámbito doméstico y/o de cuidados	1
Otros	1
Excedencia	2
Estudiando y trabajando	1
Ayuda	1
Baja médica	1
Lantegi batuak	1
No posibilidad de trabajo por no disponer del permiso de residencia y para trabajar	1
Prácticas con una beca	1

Refugiado	1
Hoy día se aprovechan de los jóvenes pagando en negro. Por lo tanto mi situación es sin trabajo y sin paro	1

Cuestionario: Tabla 8

ASOCIACIONISMO

Formo parte de una asociación LGTBI+	39
No Formo parte de una asociación LGTBI+	66
Formo parte de alguna asociación de otro ámbito	38
No Formo parte de alguna asociación de otro ámbito	32

Cuestionario: Tabla 9

VISIBILIDAD

SI	86
NO	13
DEPENDEN	50

Cuestionario: Tabla 10

DURANTE EL CONFINAMIENTO POR EL COVID 19 ¿HAS SUFRIDO ALGUNA SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN?

SI	7,6
NO	141

Cuestionario: gráfico 1

¿ESTÁ SIENDO O HA SIDO LA PANDEMIA POR COVID 19 UN OBSTÁCULO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN TU CENTRO DE SALUD?

SI	36,4
NO	63,6

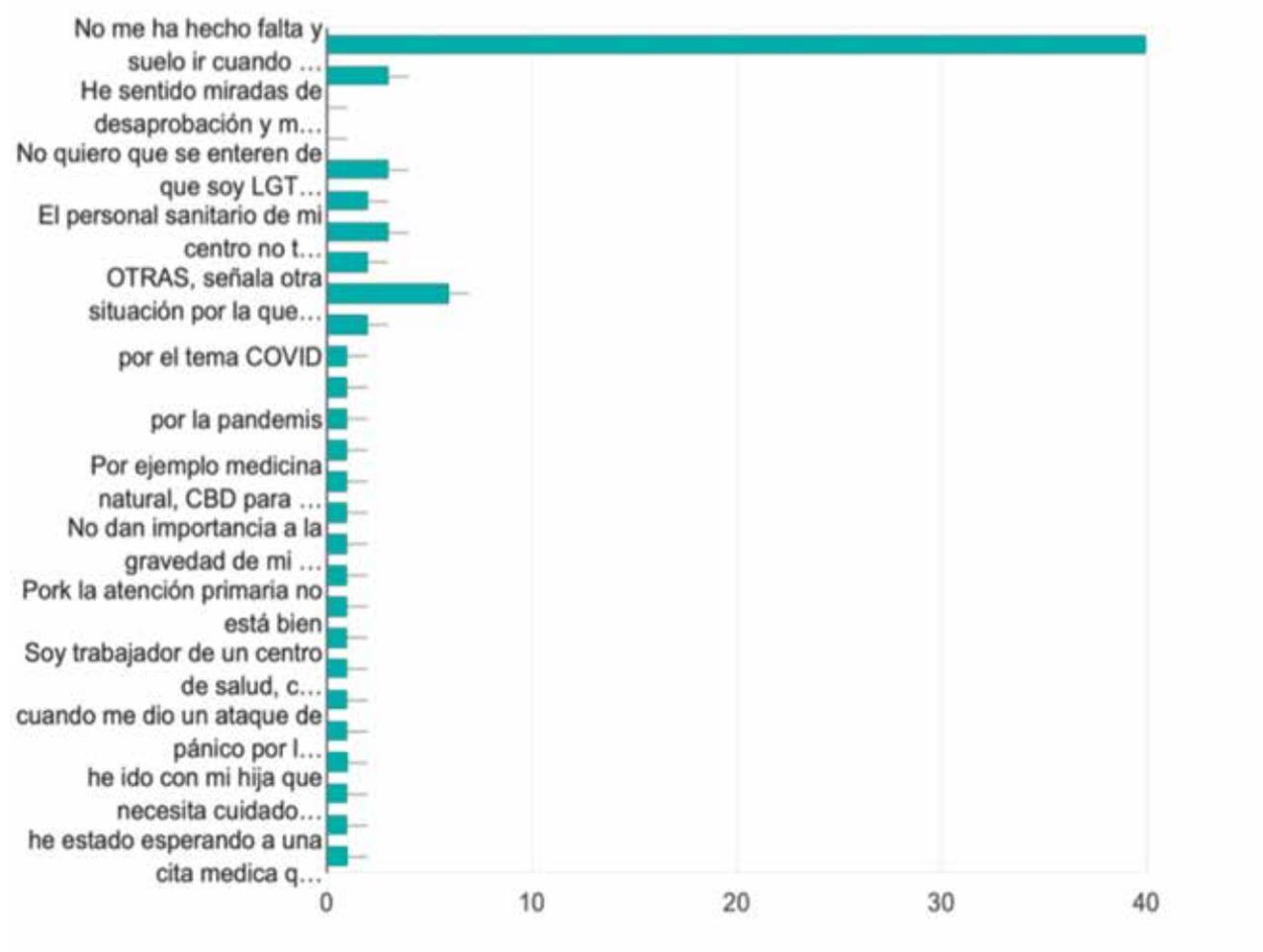
Cuestionario: gráfico 2

HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

SI	58,6
NO	41,4

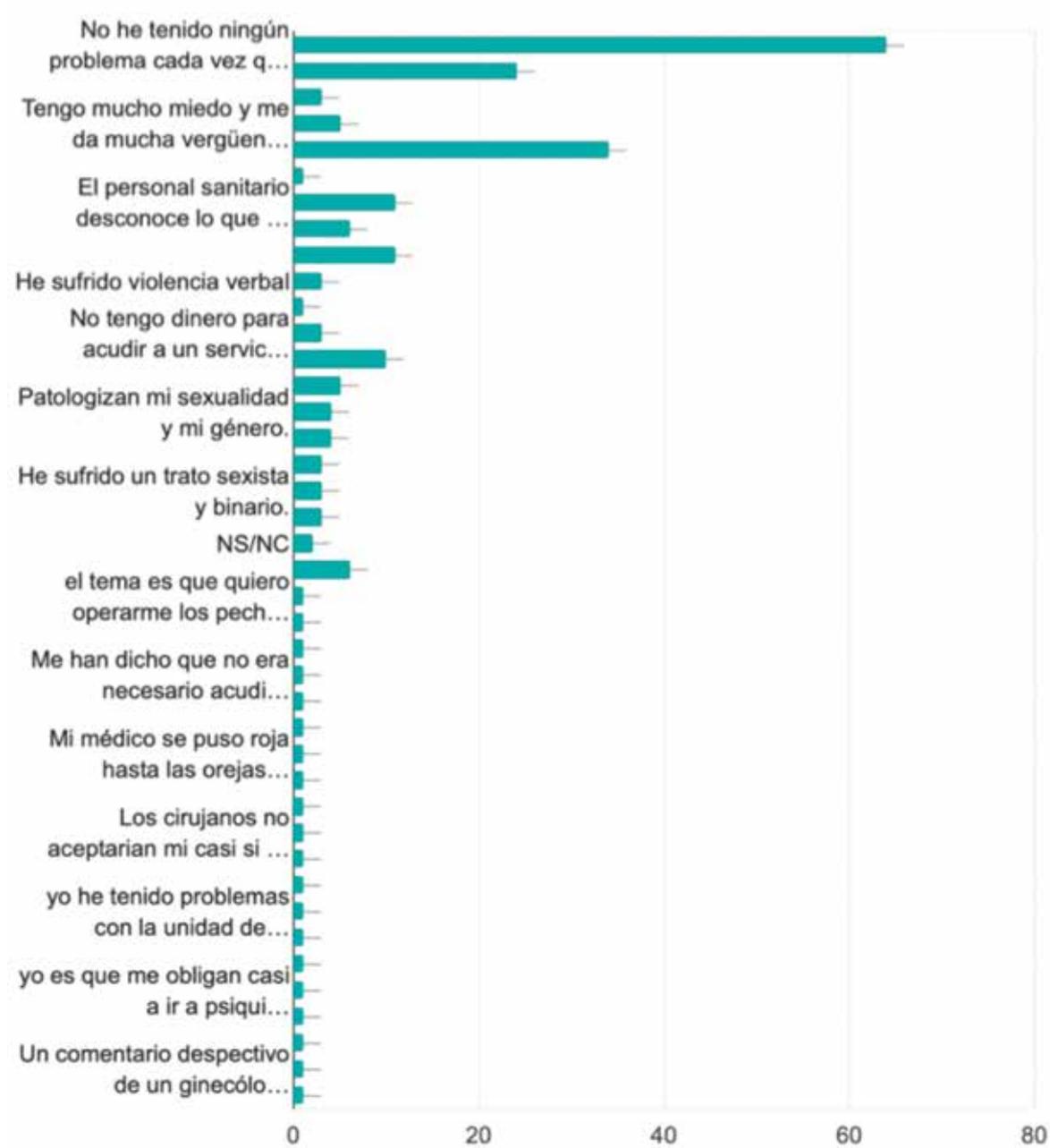
Cuestionario: gráfico 3

Si no has acudido a tu centro de salud ¿cuáles han sido las razones? Elige dos que veas oportunos y acordes a lo que ha sido tu experiencia:



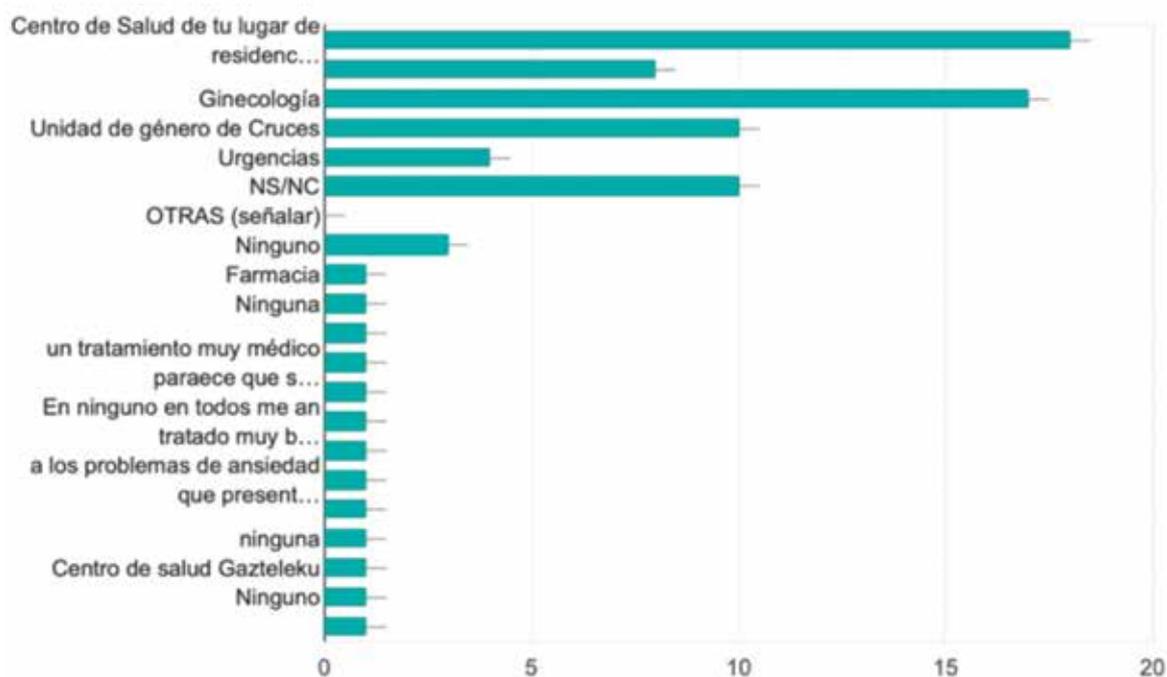
Cuestionario: Tabla 11

Cuando has acudido a tu centro de salud: ¿alguna vez has tenido algún tipo de problema relacionado con tu bienestar, libertad, que sientes que merman o vulneran tus derechos humanos por pertenecer al colectivo lgtbi+?. ¿sientes que puedes expresarte como quieres y como eres? ¿qué tipo de problemas has tenido?: entre las que se muestran elige las cinco que veas más acordes a tu experiencia



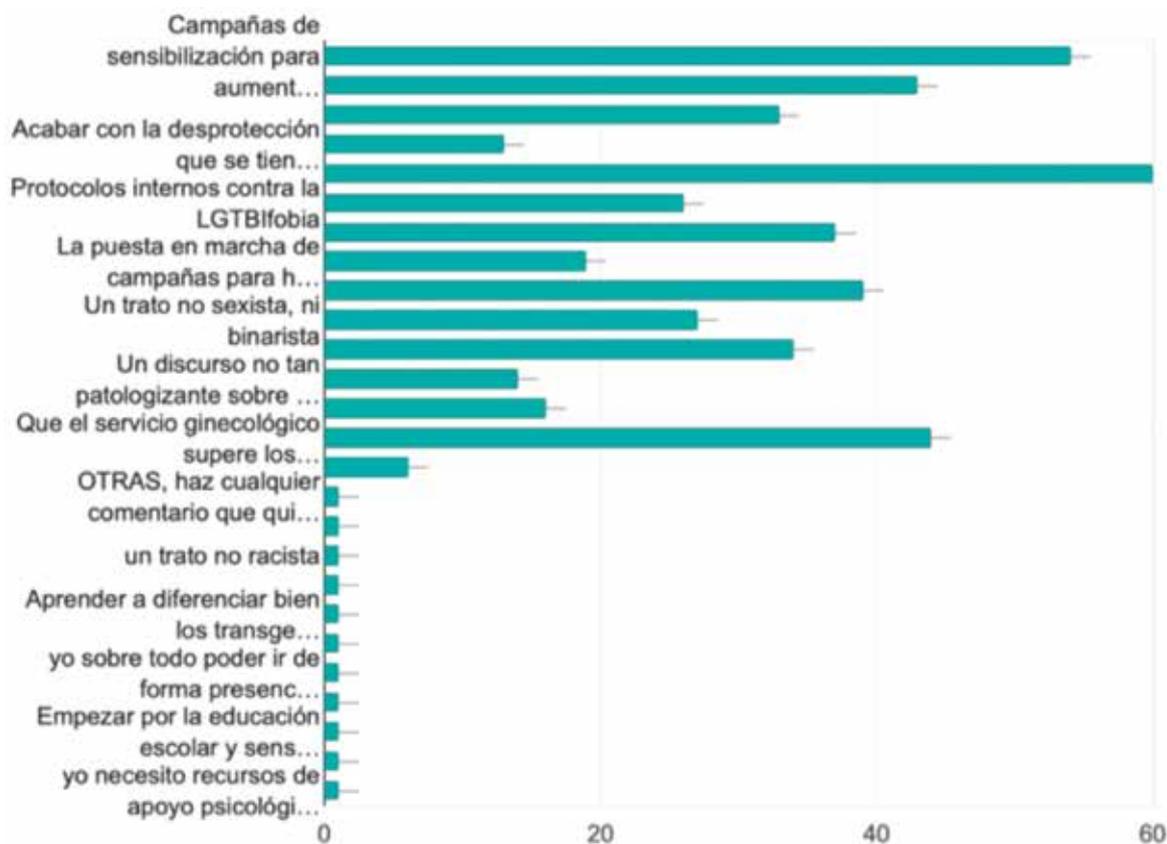
Cuestionario: Tabla 12

¿En que área de salud has tenido problemas?



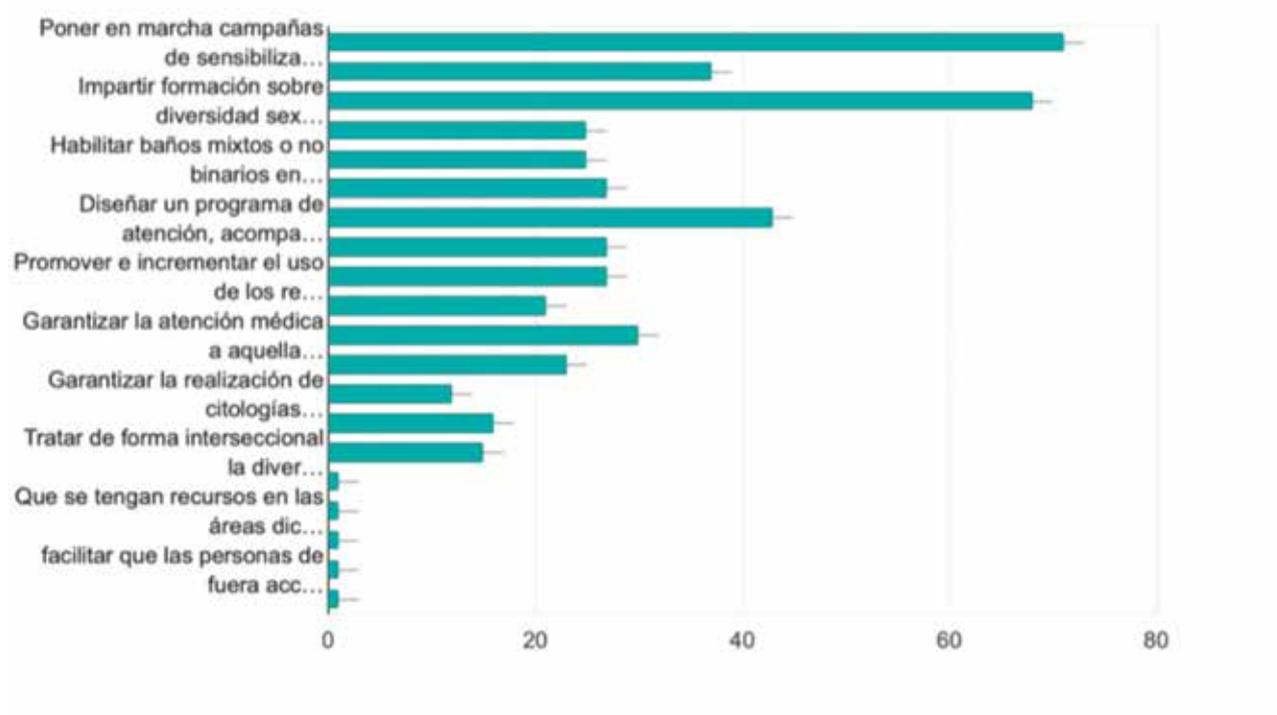
Cuestionario: Tabla 13

¿Qué tipo de necesidades se te plantean respecto a los servicios de salud a los que acudes? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más necesarias. Añade las que consideres no estén.



Cuestionario: Tabla 14

¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, tu libertad o el ejercicio de tus derechos humanos en los servicios de salud? entre las que se muestran elige las cinco que veas más urgentes. Añade las que consideres no estén.



Cuestionario: Tabla 15

ANEXO 2

PERFILES ENTREVISTAS PERSONAS LGTBI+

Clave	Perfil
P1	Hombre Gay, 74 años, latino americano, jubilado, vive en Bilbao
P2	Hombre trans, 19 años, latino americano, estudiante, vive en Bilbao
P3	Adolescentes Transgéneros, 15 y 16 años, autóctonos, estudiantes, viven en Durango y Santurtzi
P4	Mujer Lesbiana, 65 años, jubilada, autóctona, vive en Barakaldo
P5	Hombre Gay, 35 años, autóctono, en paro, vive en Bilbao.
P6	Mujer trans, 28 años, trabajadora sexual, africana, vive en Bilbao
P7	Hombre trans, 23 años, autóctono, diversidad funcional, estudiante, vive en Bilbao
P8	Mujer Intersexual, lesbiana, 22 años, autóctona, estudiante, vive en Basauri

PERFILES ENTREVISTAS AGENTES SALUD+

Clave	Perfil
AS1	Organización ASKABIDE
AS2	Psiquiatra, recientemente jubilado y con larga trayectoria en clínica
AS3	Psiquiatra, trabaja en CSM en Barakaldo
AS4	Educador de T-4
AS5	Médico de familia, trabaja en la unidad ITS de Bombero Etxaniz
AS6	Profesora escuela de enfermería de la UPV
AS7	Educador de Médicos del Mundo
AS8	Organización Sehaska
AS9	Responsable formación de medicusmundiBizkaia

PERFILES TALLERES REALIZADOS

Clave	Perfil
TG-Hombres LGTBI+	Participan seis personas de edades comprendidas entre los 25 y 35 años y perfiles muy diversos
TL-Mujeres LGTBI+	Participan seis personas de edades comprendidas entre los 30 y 50 años de perfiles muy diversos
TT-Trans	Participan seis personas de edades comprendidas entre los 19 y 35 años y de perfiles muy diversos
TAS-Agentes de salud	Participan cinco médicos/as de familia de Osakidetza que trabajan en Bizkaia

ANEXO 3

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO PERSONAS LGTBI+

El cuestionario es de carácter totalmente anónimo y tiene como objetivo ser cumplimentado por el mayor número de personas LGTBI+ que vivís en Bizkaia. Independientemente de tu visibilidad o grado de visibilidad, tu aportación es relevante y por ello te invitamos a que rellenes el cuestionario contestando aquellas partes del mismo que veas mejor se corresponde con tus problemáticas vividas, necesidades sentidas y propuestas que quieras hacer.

El cuestionario se formula en femenino, entendiendo que este abordaje hace alusión a las personas en general (como quiera que se identifiquen en relación a sus géneros), no a las mujeres en específico.

Por último, os agradecemos el interés, esfuerzo y tiempo empleado para la cumplimentación del cuestionario. Entre todas haremos que merezca la pena.

VISIBILIDAD

SOY VISIBLE

Sí	No	Depende

¿Puedes especificar en qué ámbitos o situaciones eres o no visible?

¿ERES VISIBLE EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

Sí	No	Depende

¿Puedes especificar en qué situaciones eres o no visible en el ámbito de la salud?

¿VES NECESARIO VISIBILIZARSE EN EL CENTRO DE SALUD?

Sí	No

¿Por qué si o por qué no?

COVID 19

DURANTE EL CONFINAMIENTO POR EL COVID 19 ¿HAS SUFRIDO ALGUNA SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN?

Sí	No
----	----

¿Qué situación has sufrido?

¿ESTÁ SIENDO O HA SIDO LA PANDEMIA POR COVID 19 UN OBSTÁCULO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN TU CENTRO DE SALUD?

Sí	No
----	----

Si has respondido si, ¿cuál es o ha sido el obstáculo?

PROBLEMÁTICAS

¿HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

Sí	No
----	----

SI NO HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD ¿CUÁLES HAN SIDO LAS RAZONES? ELIGE LOS QUE VEAS OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO TU EXPERIENCIA:

<input type="checkbox"/>	No me ha hecho falta y suelo ir cuando lo necesito
<input type="checkbox"/>	Los servicios que necesito no los cubre el centro de salud
<input type="checkbox"/>	He sentido miradas de desaprobación y menosprecio la última vez que estuve, así que aún necesitándolo no me he atrevido a ir.
<input type="checkbox"/>	No tengo tarjeta sanitaria
<input type="checkbox"/>	No quiero que se enteren de que soy LGTBI+
<input type="checkbox"/>	Temo que me rechacen
<input type="checkbox"/>	El personal sanitario de mi centro no tiene ninguna experiencia en temas de diversidad sexual y de género
<input type="checkbox"/>	NS/NC
<input type="checkbox"/>	OTRAS, señala otra situación por la que no has acudido a tu centro de salud

CUANDO HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD: ¿ALGUNA VEZ HAS TENIDO ALGÚN TIPO DE PROBLEMA RELACIONADO CON TU BIENESTAR, LIBERTAD, QUE SIENTES QUE MERMAN O VULNERAN TUS DERECHOS HUMANOS POR PERTENECER AL COLECTIVO LGTBI+? ¿SIENTES QUE PUEDES EXPRESARTE COMO QUIERES Y COMO ERES?

Sí	No
----	----

¿Qué tipo de problemas has tenido?:

ELIGE LOS QUE VEAS OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO TU EXPERIENCIA:

	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi centro de salud
	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi centro de salud ya que no me visibilizo como LGBTBI+
	Miradas de desaprobación, menosprecio, intimidatorias, ...
	Tengo mucho miedo y me da mucha vergüenza, miedo de que si el medico lo sabe lo sepa luego, mi familia.
	Han presupuesto que era heterosexual y me han tratado como tal.
	Cuando he contado que era gay han presupuesto mi promiscuidad y me han mandado hacer la prueba del VIH
	El personal sanitario desconoce lo que es ser transexual, transgénero, de género no binario, ...
	El personal sanitario no ha sabido derivarme a la Unidad de Género de Cruces
	Me tratan con el género que no deseo
	He sufrido violencia verbal
	No tengo papeles de residencia ni tarjeta sanitaria
	No tengo dinero para acudir a un servicio de salud privado
	He recibido un trato no adecuado basado en prejuicios
	No saben como tratarme y me miran como la vaca a un tren
	Patologizan mi sexualidad y mi género.
	No he podido hablar con libertad con el servicio de salud mental ya que no entienden de estos temas y de lo que significa la estigmatización que supone ser LGBTBI+
	El personal de salud mental no logra entender el dolor que se tiene ante una experiencia de represión y persecución policial
	He sufrido un trato sexista y binario.
	Se han negado a hacerme una citología al decirles que era lesbiana.
	NS/N
	OTRAS, haz cualquier comentario que quieras sobre las problemáticas que has vivido

¿EN QUE ÁREA DE SALUD HAS TENIDO PROBLEMAS?

	Centro de Salud de tu lugar de residencia
	Salud Mental
	Ginecología
	Unidad de género de Cruces
	Urgencias
	NS/NC
	OTRAS (señalar)

NECESIDADES

¿Qué tipo de necesidades se te plantean respecto a los servicios de salud a los que acudes? Consideras que cuando lo han necesitado las personas LGBTBI+ han tenido acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans, ...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?

	Campañas de sensibilización para aumentar la visibilización, la conciencia y la sensibilización de las personas que trabajan y de las que son atendidas en el ámbito de salud
	Una atención más amable y empática.
	Reconocimiento de la identidad de sexo/género.
	Acabar con la desprotección que se tiene ante Osakidetza.
	Más formación en diversidad sexual y de género al personal sanitario que se mueve a todos los niveles en Osakidetza.
	Protocolos internos contra la LGTBIfobia
	Recursos de apoyo psicosocial para atender a las víctimas de la LGTBIfobia
	La puesta en marcha de campañas para hacer frente al VIH y otras ITS
	Garantía de una atención médica con perspectiva de diversidad sexual y de género, no heteronormativa que invite a expresar con libertad el género y la sexualidad.
	Un trato no sexista, ni binarista
	Ampliar y mejorar los servicios que se presta a las personas LGTBI+, en particular los relativos a la salud afectiva, psíquica y emocional.
	Un discurso no tan patologizante sobre las personas trans.
	Más inversión en apoyos para ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales.
	Que el servicio ginecológico supere los sesgos heterosexuales y reproductivos.
	NS/NC
	OTRAS, haz cualquier comentario que quieras sobre las necesidades que sientes respecto a tus vivencias como persona perteneciente a la población LGTBI

PROPUESTAS

¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, tu libertad o el ejercicio de tus derechos humanos en los servicios de salud? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más urgentes. Añade las que consideres no estén.

	Poner en marcha campañas de sensibilización y toma de conciencia sobre diversidad sexual y de género.
	Visibilizar en los formularios de recogida de datos, en las comunicaciones y publicidad institucional la diversidad sexual y de género.
	Impartir formación sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario de Osakidetza.
	Evitar la aplicación de criterios de rol de género estereotipado en la Unidad de Género de Cruces.
	Habilitar baños mixtos o no binarios en los centros sanitarios

	Realizar Protocolos de atención y respuesta a actitudes LGTBfóbicas que se produzcan en el interior de Osakidetza
	Diseñar un programa de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBfobia.
	Garantizar en Osakidetza la atención de mujeres lesbianas en los tratamientos de reproducción asistida.
	Promover e incrementar el uso de los recursos públicos frente a los privados en relación a la reproducción asistida, reasignación de género u hormonación.
	Potenciar campañas sobre VIH y otras ITS para combatir el estigma y las discriminaciones.
	Garantizar la atención médica a aquellas personas LGTB+ que no tengan papeles de residencia o carezcan de tarjeta sanitaria o dinero para acudir a servicios privados.
	Incrementar la investigación sobre la salud de las personas LGTB+.
	Garantizar la realización de citologías con independencia de la sexualidad que se desea o género sentido.
	Impulsar una información positiva, sin tabúes, abierta y sin secretos sobre las personas intersexuales.
	Tratar de forma interseccional la diversidad funcional y la diversidad sexo-genérica de forma que aumente la credibilidad de una persona con trastorno mental a la hora de reivindicar su diversidad.
	OTRAS, haz cualquier comentario que quieras sobre las medidas que pondrías en marcha como persona perteneciente a la población LGTB

Otros comentarios, aportaciones

Si quieres nos puedes dejar tu contacto (teléfono o email) para posible entrevista personal o participar en un grupo de debate. **Gracias por tu participación!**

ANEXO 4

GUIONES ENTREVISTAS

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A PERSONAS LGTB+

BLOQUE I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

Objetivos generales y específicos:

Fases de desarrollo

Trabajo de campo:

Objetivos de la entrevista

BLOQUE II. PRESENTACIÓN DE LA PERSONA

Momento para que la persona se presente a sí misma, destacando los aspectos o elementos que considere de mayor interés o más relevantes:

- En el marco de la DSG ¿cómo te defines?
- ¿Desde siempre o ha ido cambiando?
- ...

BLOQUE III. REALIDADES, VIVENCIAS, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS LGTBI EN MATERIA DE SALUD

- ¿Cómo dirías que te afecta el la LGTBIfobia? ¿En qué te limita? Espacio público, deseos, empleo, familia, pareja, relaciones sexuales, amistades...
- En específico ¿cómo dirías que te afecta la LGTBIfobia en el ámbito de la salud? ¿Has sido y/o estás discriminado actualmente? ¿De qué manera?
- ¿Se te junta con otras discriminaciones?
- ¿Qué has hecho/haces para hacer frente o solucionar esto?
- ¿Cómo ves a la gente de tu alrededor? ¿Se respetan los derechos de la misma manera que a una persona heterosexual? ¿Y se ejercen? ¿O la represión y/o falta de recursos (gente, visibilización...) lo impide?
- ¿Qué echas en falta? ¿Qué cambiarías si pudieses?

BLOQUE IV. PROPUESTAS (MODOS DE AFRONTAMIENTO, PROPUESTAS DE TRABAJO, ETC.)

- ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, derechos, etc. en los espacios de salud a los que acudes??
- ...

Agradecimiento por la participación en la entrevista

ENTREVISTAS AGENTES DE SALUD

BLOQUE I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

Objetivos generales y específicos:

Fases de desarrollo

Trabajo de campo:

Objetivos de la entrevista

BLOQUE II. PRESENTACIÓN DE LA PERSONA

Momento para que la persona se presente a sí misma, destacando los aspectos o elementos que considere de mayor interés o más relevantes:

- Lugar de trabajo:

- Funciones en el trabajo:
- En el marco de la DSG ¿cómo te defines?
- ...

BLOQUE III. LA ATENCIÓN EN SALUD: REALIDADES, VIVENCIAS, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS LGTBI+ EN MATERIA DE SALUD

- ¿Cómo defines tu trabajo como agente de salud?
- ¿Cómo se define, en general, la realidad de las personas LGTBI+ en el lugar donde desarrollas tu trabajo?
- ¿Qué tipo de problemas relacionados con el bienestar, libertad, etc. de las personas LGTBI+ crees que se han dado o se dan en materia de salud?
- ¿Qué tipo de necesidades crees que pueden plantear las personas LGTBI+ en relación a su salud?
- ¿Qué tipos de líneas de acción (programas y actividades) se planifican y desarrollan desde tu lugar de trabajo para abordar la diversidad sexual y de género?
- ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían el bienestar, libertad o el ejercicio de los derechos humanos de las personas LGTBI+ en la atención a su salud?
- COVID19: ¿ha recortado la atención en salud de las personas LGTBI+?
- ...

BLOQUE IV. MEDICALIZACIÓN

- ¿Cómo definiríais el planteamiento estratégico en el que se basan las líneas de acción que en este tema desarrolla Osakidetza?
- A nivel general ¿Crees que este planteamiento es el que mejor se adecúa a las necesidades de salud de las personas? Y en específico a las personas LGTBI+
- Consideras que cuando lo han necesitado las personas LGTBI+ han tenido acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?
- ...

BLOQUE IV. APOYO PSICO-SOCIAL

- ¿Cómo definiríais el planteamiento estratégico en el que se basan las líneas de acción que en materia de salud mental desarrolla Osakidetza?
- ¿En algún momento has tenido algún conflicto con la perspectiva en materia de atención en salud y/o psico social que quisieras emplear en tu trabajo respecto a la que se supone debes emplear? ¿De que tipo?
- Qué tipo de medidas crees que mejorarían la salud afectiva/emocional de las personas LGTBI+?

TALLERES

BLOQUE I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

- Objetivos generales y específicos:
- Fases de desarrollo

- Trabajo de campo:
- Objetivos de la entrevista.

BLOQUE II. PRESENTACIÓN

Momento para que le agente de salud se presente a sí mismo, destacando los aspectos o elementos que considere de mayor interés o más relevantes:

- Nombre
- Donde trabaja
- Estado social
- ...

BLOQUE III. LA ATENCIÓN EN SALUD: REALIDADES, VIVENCIAS, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS LGTBI+ EN MATERIA DE SALUD

- ¿Cómo se define, en general, la realidad de las personas LGTBI+ en el lugar donde vivis?
- ¿Qué tipo de problemas relacionados con el bienestar, libertad, etc. de las personas LGTBI+ crees que se han dado o se dan en materia de salud? ¿cuáles ha sido vuestras experiencias?
- ¿Qué tipo de necesidades crees que pueden plantear las personas LGTBI+ en relación a su salud ?
- ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían el bienestar, libertad o el ejercicio de los derechos humanos de las personas LGTBI+ en la atención a su salud?
- COVID19: ¿ha recortado la atención en salud de las personas LGTBI+? ¿cual ha sido vuestras experiencias?
- ...

BLOQUE IV. MEDICALIZACIÓN

- ¿Consideráis que nos medicamos mucho? ¿esto como afecta a las personas LGTBI+?
- A nivel general ¿Crees que este planteamiento es el que mejor se adecúa a las necesidades de salud de las personas? Y en específico a las personas LGTBI+
- ¿Consideras que cuando lo han necesitado las personas LGTBI+ han tenido acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?
- ...

BLOQUE IV. APOYO PSICO-SOCIAL

- ¿Cómo definiríais el planteamiento en materia de salud mental de Osakidetza?
- ¿En algún momento habéis tenido necesidad de un apoyo psicológico? ¿lo has tenido en Osakidetza?
¿Cuál ha sido la experiencia?
- ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían la salud afectiva/emocional de las personas LGTBI+?

BIBLIOGRAFIA

-  AAVV, Lesbianas con recursos. Una mirada sobre el acceso y el uso de los recursos sociales en la CAE por parte de las mujeres lesbianas Emakunde, 2013. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca.2013.2.lesbianas.con.recursos.pdf
-  Ayuntamiento Vitoria-Gasteiz Servicio de Igualdad, Departamento de Alcaldía y Relaciones Institucionales, Desirak plazara. Diagnóstico sobre las realidades de la población LGTBI en Vitoria-Gasteiz, 2018. <https://www.vitoria-gasteiz.org/docs/wb021/contenidosEstaticos/adjuntos/es/95/11/79511.pdf>
-  Donoso, Silvia, “La familia lésbica”, Gestión familiar de la homo-sexualidad, (AAVV), Barcelona, Ed. Bellaterra, 2002, pp. 171-214.
-  Erroteta, Jose M^º, Disforia de género:(El ideal regresivo y sus destinos), en revista Norte de Salud Mental, 2020, vol.XVI, nº 62:52-60.
-  FELGTB. Informe Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). 2012.
-  Fernandez, June, Reproducción asistida: ¿relájate y llegará? Pikara Magazine 2019. <https://www.pikaramagazine.com/2019/04/reproduccion-asistida/>
-  GEHITU, Diagnóstico de realidades LGTBI+ de Gipuzkoa, 2018. <https://drive.google.com/file/d/1ICSznJMFN-hd5EA1ytTsYz7OXGvqsDph/view>
-  Lalana Cuenca, Jose Manuel, De ellos ¿quién me va a proteger?, Norte de Salud mental, 2021, vol. XVII, nº 64:7:10.
-  Franc, I./Vanguardia, L., Del pozo a la hiena: Humor e ironía en la llamada literatura lésbica, en Simonis, A. (ed.) Cultura, homosexualidad y homofobia vol.II/ Amazonia: retos de visibilidad lesbiana, Barcelona, ed. Laertes, 2007.
-  Lopez, Silvia, los cuerpos que importan en Judith Butler, Colección las Imprescindibles, Dos Bigotes Ed., 2019.
-  MedicusMundi, Amenazas al derecho a la salud en Euskadi, desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario, 2017 www.medicusmundi.es <http://www.ehu.es/es/web/opik/privatizacion-desigualdad>
-  Missé, Miquel, A la conquista del cuerpo equivocado, Egales, 2018.
-  Mujika Flores, Inmaculada, Visibilidad y participación social de las mujeres lesbianas en Euskadi, Colección DDHH, Ararteko, 2007. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/½_913_1.pdf

-  Mujika Flores, Lala, Construyendo una salud mental no heteronormativa donde quepa la diversidad sexual y de género. Norte de salud mental, 2019, vol. XVI, nº 61: 7-10. <http://aen.es/wp-content/uploads/2019/08/Norte-61.pdf>
-  OMS, Alma Ata 1978, Atención primaria de Salud, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=7C7DF4A4535F895C29878F05537DD213?sequence=1>
-  Orueta Sánchez, Ramón, et al. Medicalización de la vida (I).Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(2), 150-161. (2011). Recuperado en 15 de febrero de 2021. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&tlng=es
-  OPS, Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la era de la profilaxis oral previa a la exposición al VIH (PrEP), Organización Panamericana de la Salud, 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51951/OPSCDEVT200005_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
-  Osakidetza, Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi, 2020. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf
-  Pichardo Galán, Jose Ignacio, Entender la diversidad familiar. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia. Ed. Bellaterra, 2009.
-  Rubio Llona, Aimar, Homofobia de Estado y diversidad sexual en África Relato de una lucha, Cuadernos de Trabajo Hegoa nº 73, 2017.
-  Sadurní, Nuria, Necropolítica queer y la ley catalana 1½014 en Silvia Lope y R. Lucas Platero (eds.) Cuerpos Marcados vidas que importan y políticas públicas, ed. Bellaterra, 2019.
-  TransForma la salut, Plataforma per a un nou model de salut trans*, Reivindicación de un nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans*, sin fechar, <https://docplayer.es/80612000-Reivindicacion-de-un-nuevo-modelo-de-atencion-a-la-salud-de-las-personas-trans.html>
-  Universidad Autónoma de Madrid, Familias homoparentales en España: integración social, necesidades y derechos, 2013. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4069_d_FamiliasHomoparentales_UAM.pdf

CONCLUSIONES

Un análisis en profundidad del estado de la Atención Primaria en Salud desde la Diversidad sexual y de género en contextos dispares como el Departamento de Atlántida en Honduras y la Provincia Foral de Bizkaia, arroja conclusiones comunes que refuerzan la hipótesis que defiende que los sistemas sanitarios están conceptualizados desde un enfoque binarista y normativo de la salud que genera exclusión y por tanto determina la salud de las personas.

A través del análisis de tres ejes indispensables, aunque no únicos, como son las desigualdades en salud, la medicalización y la atención psicosocial, y de las experiencias de personas del colectivo LGTBIQ+, observamos en qué medida la Diversidad sexual y de género interactúa con otros determinantes para condicionar tanto las opciones de acceso al sistema sanitario, como la experiencia exitosa dentro del mismo.

El estudio demuestra que es importante diferenciar entre desigualdad en el acceso y dificultades en el acceso. Los discursos imperantes sobre Derechos Humanos que han reinado en las últimas décadas han supuesto un avance en el reconocimiento de Derechos Humanos nunca visto anteriormente. Si bien, ese reconocimiento formal, impulsado en muchos países por los gran avances en el campo del derecho Internacional, no se han trasladado en la misma medida a la realidad de las personas que ostentan dichos derechos. Se ha generado por tanto una enorme brecha entre los derechos humanos legalmente reconocidos y el ejercicio de dichos derechos, brecha que se agudiza en el caso de las personas LGTBIQ+, aquellas situadas en los márgenes de un sistema de salud cis-heteronormativo y patriarcal, e invisibles al mismo. Así, por un lado, las desigualdades en el acceso las encontramos en personas migrantes a las que se les despoja de sus derechos a través de trabas administrativas y burocráticas, negándoles derechos humanos fundamentales. Por otro, las dificultades en el acceso para toda persona LGTBIQ+ que accede a él se sitúan en el diseño que el propio sistema binarista entraña para personas que no encajan dentro del modelo cis-heteronormativo y la medida en que estas dificultades alimentan comportamientos discriminatorios por parte de quienes conforman, en este caso, el sistema sanitario.

El modelo de un sistema sanitario nunca es aséptico, por el contrario, responde a un sistema político concreto basado en los valores que la sociedad a la que pertenece ensalza. Es por tanto un fiel reflejo de la sociedad a la que pertenece, con sus virtudes y sus miserias. Las desigualdades y dificultades en el acceso reflejan así el sistema de valores imperante, sus nociones de lo que está bien y lo que está mal, de a quién se acepta como propio y a quién se sitúa en los márgenes de la norma, de qué vidas merecen ser vividas y por tanto protegidas, y las que no.

Dichas dificultades suponen barreras en el acceso a las que se suman las diferencias en el trato, particularmente en el caso de las personas trans. No hay una única manera de ser trans y la falta de enfoque social, incluyente e interseccional desde el ámbito sanitario, unido a la crisis sistémica de valores, facilita que se oriente a las personas a encajar en una norma, en la norma prevalente. Esta crisis sistémica de valores determina el comportamiento de las personas tanto dentro como fuera del centro de atención primaria, e impregna de manera estructural el diseño del propio sistema sanitario. De este modo, la caridad gana a la justicia social y la persona LGTBIQ+ pierde agencia ante quien ostenta la responsabilidad de garantizar su derecho a la salud.

La pérdida de agencia en el sistema público es *per se* un importante fallo del sistema pues no solo genera exclusión, sino que avoca a las personas a buscar camino en el sistema privado. De ese modo renuncian al sistema público como garante de su ejercicio del derecho a la salud, que emana directamente de la condición de ciudadanía, y se erigen como clientes de un sistema que prioriza la generación de beneficios sobre la salud pública pero en el que, previo pago, obtienen vías para demandar y ver satisfecha la atención en salud que les corresponde. Bajo dicha condición de índole mercantil, el trato es respetuoso no porque la estructura de dicho sistema privado responda a un sistema de valores diferente a las que encontramos en el sistema público, sino porque imperan lógicas comerciales.

Esta realidad se observa en ambos territorios analizados e incorpora un claro sesgo económico y de clase pues es una vía solo al alcance de las personas con recursos. Por tanto observamos, desde un enfoque interseccional, como a lo interno del propio colectivo, diversas estructuras de poder determinan el ejercicio del derecho a la salud. Asimismo supone el triunfo de los parámetros neoliberales e individualistas, puesto que el sistema privado solo ofrece soluciones individuales a quien puede pagarlas, sobre la noción pública, solidaria e universal de un sistema de salud.

Ninguno de los estamentos de los sistemas de salud públicos, privados o públicos-privados está exento de la tendencia a la patologización que impera en nuestra sociedad. Dicha tendencia afecta a todas las personas, alimentada por una industria farmacéutica que ofrece una respuesta farmacológica a cada manifestación física o mental que genera malestar en la persona. Si bien, la industria farmacéutica ha buscado, en su lógica basada en la acumulación de beneficios, “nichos de mercado” que pueden proporcionarle mayores rendimientos porque, en gran medida, pueden suponer tratamientos de por vida muy lucrativos. La tristeza y la soledad son ejemplos de emociones humanas a las que se da una respuesta farmacológica a través de tratamientos para la ansiedad. De este modo, cualquier segmento de la población que sufra condiciones de vida complejas, es más susceptible de ver sus manifestaciones físicas y/o emocionales patologizadas. La pobreza, la discriminación por motivos de género, de raza, religión, nacionalidad o pertenencia al colectivo LGTBIQ+ entre otros, así como el cruce de diversos de este factores, sitúan a la persona en una posición de vulnerabilidad ante las tendencias patologizantes de la industria, reforzando a su vez el modelo biomédico e implantando un modelo de medicalización de los cuerpos basado en la farmacología y la cirugía.

La patologización y la medicalización de las emociones y los cuerpos, como binomio, aíslan a la persona de los determinantes sociales, políticos y comerciales que condicionan su vida, haciéndola responsable única y directa de su estado de salud. Despojada de entorno y contexto, la atención se centra en el abordaje en exclusivo de los síntomas que, unido a la discriminación que impregna el propio sistema, puede llevar a la culpabilización de la persona de su propio estado de salud.

Esa ausencia de abordaje del entorno y contexto de la persona es a su vez la base del deficiente abordaje en atención psicosocial. Como se desprende de las conclusiones extraídas en ambos territorios, el contexto familiar y la red de apoyo con la que una persona cuente, constituye uno de los factores más importantes en el estado psicosocial de las personas LGTBIQ+ así como en el éxito de su relación con la Atención Primaria. Existe una debilidad patente en la relación entre los Centros de Salud y las organizaciones sociales y comunitarias que trabajan con el colectivo LGTBIQ+. Esta debilidad ofrece dos dimensiones. Por un lado, la sociedad civil organizada o estructuras creadas por las mismas, que forman parte del abordaje comunitario, son recurrentemente usadas como punto de derivación a personas LGTBIQ+ para respuestas que corresponden al propio sistema sanitario.

Una suerte de externalización informal basada en la discriminación a la persona que es así excluida del sistema sanitario. Por otro lado, el modelo biomédico imperante genera que se dé la espalda a lo psicosocial, que no se priorice su abordaje desde el propio sistema sanitario, ni que a menudo se establezcan los canales interinstitucionales que permitirían una cooperación entre agentes para la cobertura de la atención psicosocial. A su vez, esto genera que la capacidad de incidencia en las políticas públicas de salud de las organizaciones sociales y comunitarias a la hora de defender los derechos humanos de las personas LGTBIQ+ se vea mermada, porque falla el propio reconocimiento de dichos agentes como titulares de responsabilidad en la garantía del derecho a la salud, así como el reconocimiento de lo psicosocial como parte intrínseca del bienestar de la persona.

La Atención Primaria en Salud y la Diversidad Sexual y de Género han de situarse en contextos específicos para arrojar claves comunes, lo que demuestra un patrón global que, adaptado a la idiosincrasia de cada territorio, se manifiesta de manera muy similar en contextos geográficos alejados con un resultado común. Dicho resultado no es otro que la constatación de las características de los sistemas sanitarios como cis-heteronormativos y binaristas, y la medida en que la interacción con el modelo biomédico de la salud imperante profundiza en las desigualdades agudizando el impacto negativo de ambos enfoques en la persona.

Este informe recoge a su vez testimonios esperanzadores de personas en el sistema sanitario, tanto personas usuarias como personal médico. Si bien, en ambos casos queda demostrado, por un lado, que las experiencias exitosas están siempre relacionadas con la existencia de un trato digno y respetuoso entre las personas que interactúan en el sistema sanitario en un momento dado, y que dicho trato surge por los valores humanos de cada persona, su sensibilidad, su empatía y su compromiso personal con una noción de la salud social, incluyente y no normativa, pero no como resultado de procesos formativos específicos orientados a impulsar una atención sanitaria no normativa e incluyente. Por otro, que el sistema languidece de políticas y protocolos que institucionalicen una práctica de atención sanitaria basada en un modelo social de la salud, centrado en los determinantes de la salud que condicionan la salud de las personas.

La Diversidad Sexual y de Género debe ser incluida como un eje de desigualdad propio dentro de los Determinantes Estructurales que condicionan la salud de las personas. El contexto socioeconómico y político determina no sólo las políticas de derechos humanos y salud impulsadas por los gobiernos, sino el sistema de valores que prevalece en una sociedad. La esperanza radica, por tanto, en cada una de las personas que la conformamos.

CRUZANDO MIRADAS ENTRE HONDURAS Y EUSKADI

UN ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
DESDE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO



INICIATIVAS DE
COOPERACIÓN
Y DESARROLLO



FINANCIADO POR:



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA

AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO