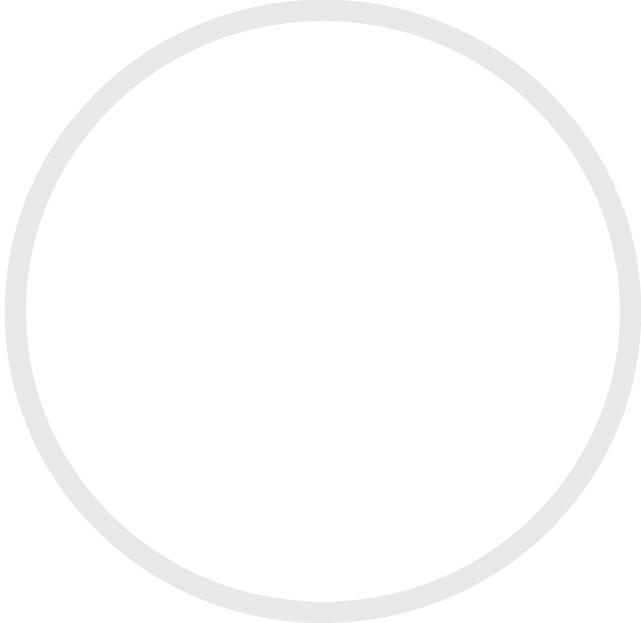


# **Estudio etnográfico sobre la situación y necesidades de la población LGTBA+ migrante en espacios de salud**



---



Este estudio ha sido elaborado por Accem a lo largo del año 2019, gracias a la financiación del el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y el Fondo de Asilo Migración e Integración.

Autoras:

**Victoria López Fernández y Nour Alchikh Oughlli.**

Diciembre 2019.



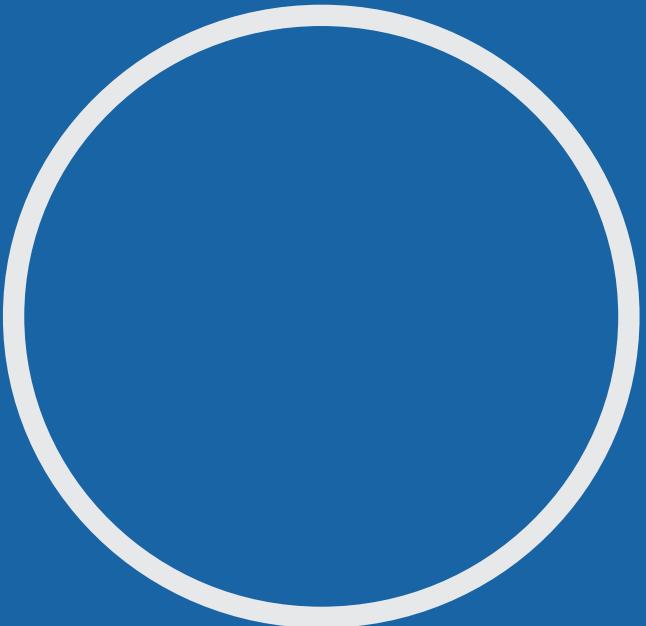
# **Estudio etnográfico sobre la situación y necesidades de la población LGTBA+ migrante en espacios de salud**



# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>7</b>
Agradecimientos	9
<b>2. Justificación</b>	<b>10</b>
2.1. La salud como Derecho Universal	10
2.2. Un análisis exploratorio desde la Antropología de la Salud	11
2.3. Una mirada desde la interseccionalidad	12
2.4. Justificación del lenguaje empleado y de las siglas LGTBA+	14
<b>3. Metodología</b>	<b>16</b>
3.1. ¿A qué nos referimos con hacer etnografía en espacios socio-sanitarios?	16
3.2. Diseño metodológico	17
3.2.1. Objetivos de investigación	17
3.2.2. Fases y técnicas de investigación cualitativa	18
<b>4. Marco legal sobre la diversidad sexual</b>	<b>25</b>
4.1. Referentes legislativos sobre diversidad sexual en Madrid	25
4.2. Referentes legislativos sobre diversidad sexual en Barcelona	27
4.3. Referentes legislativos internacionales sobre diversidad sexual	28
<b>5. Una aproximación desde la Antropología de la Salud al modelo biomédico occidental</b>	<b>29</b>
5.1. Biologicista, patologizante y medicalizado	30
5.2. Medicocentrista	32
5.3. Universalista/etnocentrista	36
5.4. Cis-heteronormativo	40
5.5. Androcéntrico	41
5.6. La importancia de contemplar los determinantes sociales de la salud	42

<b>6. Necesidades específicas de salud de la población LGTBA+</b>	<b>44</b>
<b>6.1. Requisitos de acceso al sistema de salud en la ciudad de Madrid y Barcelona</b>	45
<b>6.2. Necesidades y situación específica de salud de las personas Trans</b>	48
6.2.1. Dificultad de acceso al derecho de la libre identidad de género en el circuito de acceso-atención	48
6.2.2. Reiterada patologización y medicalización de las identidades Trans: de las UIG al modelo de Trànsit	50
6.2.3. Déficits del sistema, vacíos de atención e infradiagnósticos frente a problemas de salud específicos	56
6.2.4. La salud sexual. El VIH y la población Trans	62
<b>6.3. Necesidades y situación específica de salud de las personas Lesbianas y Bisexuales</b>	62
6.3.1. Invisibilización, déficits de atención y sesgos de intervención en el sistema sanitario desde la «presunción de la heterosexualidad»	64
<b>6.4. Necesidades y situación específica de salud de las personas Asexuales</b>	67
6.4.1. La patologización de la identidad/orientación asexual	68
6.4.2. La invisibilidad e infradiagnósticos médicos	68
6.4.3. Salud mental y emocional de personas asexuales	69
<b>6.5. Necesidades y situación específica de salud de Los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)</b>	70
6.5.1. La importancia de un abordaje cultural	72
6.5.2. Falta de información y formación del personal médico	74
6.5.3. El VIH, prevención y tratamiento	76
6.5.4. El VIH en HSH migrantes	79
6.5.5. El estigma y el VIH	79
6.5.6. Prácticas de riesgo en HSH/Chemsex	81
6.5.7. Chemsex y VIH	82
<b>6.6. Salud de las personas mayores LGTBA+</b>	82
6.6.1. Salud de las personas mayores LGTBA+	82
6.6.2. La sexualidad y la promoción de la salud en mayores LGTBA+	85
<b>7. Construir un modelo desde las diversidade(s) en los espacios socio-sanitarios</b>	<b>86</b>
<b>7.1. Un modelo desde la Mediación Intercultural</b>	86
<b>7.2. La Mediación Intercultural y la Traducción Lingüística como herramientas en los espacios de salud</b>	87
<b>7.3. La mediación y la traducción en clave de género</b>	90
<b>7.4. La necesidad de re-pensar los contextos de salud: Espacios seguros de aproximación</b>	91
<b>8. Conclusiones y buenas prácticas en espacios de salud hacia el colectivo LGTBA+ migrante</b>	<b>94</b>
<b>Glosario</b>	<b>102</b>
<b>Referencias</b>	<b>111</b>



# 1

## Introducción



Son muchos los avances que se han ido consiguiendo en la defensa y promoción de los derechos del colectivo LGTBA+ durante los últimos años en muchas partes del mundo, y España no es una excepción. Aunque quede mucho camino por recorrer, hay una ruta históricamente marcada por el activismo y su lucha contra la LGTBA+fobia, impulsando políticas fundamentales para combatir las diferentes violencias que enfrentan muchas de estas personas en los diferentes ámbitos de la vida.

No olvidemos además, que la persecución de género se articula con la discriminación y la xenofobia que experimentan aquellos grupos culturales que son «racializados», marginalizados y excluidos de muchas de las esferas de la vida social, entre ellas, la sanitaria. Sin embargo, el acceso a la salud debe ser un eje vertebrador que refuerce la cohesión social y la integración de todas las personas que componen nuestras sociedades. Aun así, siguen siendo muchos los retos pendientes cuando se trata de abordar las diversidades dentro del sistema de salud actual.

De esta forma presentamos aquí el informe “Estudio etnográfico sobre la situación y necesidades de la población LGTBA+ migrante en espacios de salud”, como un estudio exploratorio que recoge las principales conclusiones obtenidas de la investigación comenzada a principios del 2019, llevada a cabo por Accem y financiado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y el Fondo de Asilo Migración e Integración.

Un informe que reflexiona sobre varias cuestiones, partiendo del reconocimiento de la salud como derecho humano universal, y de la mano de la Antropología de la Salud analizará el sistema sanitario y su forma de gestionar los procesos de salud-enfermedad y de concebir los cuidados, que son el resultado de marcos históricos y culturales concretos, desbancando así, cualquier pretensión de universalidad.

Se argumentará con detalle la mirada metodológica sostenida durante todo el proceso de construcción de conocimiento. Reflejando los objetivos que guiaron el presente estudio, y detallando las diferentes fases y técnicas investigación empleadas, así como la forma de entender la etnografía en los espacios sanitarios.

En el apartado 4 proporcionaremos de forma breve un marco legal sobre diversidad sexual para situar algunas herramientas jurídicas fundamentalmente a nivel autonómico e internacional. Seguidamente abordaremos las características que sustentan a nuestro sistema sanitario actual al que hemos denominado Sistema Biomédico occidental, y cómo su mirada biologicista, universalista y normativa invisibiliza y excluye muchas de las necesidades de salud de las personas del colectivo LGTBA+ migrante.

A continuación, desarrollaremos el apartado más extenso del presente informe, donde serán abordadas algunas situaciones específicas de salud que encuentran muchas de las personas pertenecientes al colectivo LGTBA+ migrante y que han formado parte de la muestra: el co-

lectivo *Trans*, las personas Lesbianas y Bisexuales, el colectivo de Asexuales, las personas Gays y HSH (Hombres que tienen Sexo con otros Hombres). Se finalizará con una breve mención a algunas de las realidades concretas del colectivo de personas mayores LGTBA+.

Finalmente, antes de sistematizar algunas conclusiones y el conjunto de buenas prácticas encontradas, arrojaremos algunas reflexiones que nos invitan a repensar los espacios de salud desde enfoques inclusivos, y a través del abordaje de herramientas fundamentales como la Mediación Intercultural y la Traducción o Interpretación Lingüística, las cuales nos tienden puentes para la convivencia, la comunicación y el respeto a las identidades y expresiones diversas de todas las personas que configuran los espacios de salud.



## Agradecimientos

El presente informe ha sido posible gracias a la colaboración y a la generosidad de muchas personas, organizaciones, agentes, asociaciones, personal sanitario, centros de salud y ONGs a los cuales les estamos infinitamente agradecidas.

Así, expresamos nuestra gratitud a todas las personas del colectivo LGTBA+ migrante y a las personas activistas y defensoras de los derechos del colectivo, que han confiado en nuestro trabajo y han compartido sus testimonios y experiencias. Sin vuestra confianza y valentía este trabajo no hubiera sido posible. ¡Gracias por compartir con tanto valor, fuerza y coraje y por seguir luchando para conseguir un mundo en que quepamos todas las personas!

Todo el respeto y reconocimiento a todas las entidades, asociaciones, ONGs y personas que trabajan en el ámbito LGTBA+ y migración en las ciudades de Barcelona y Madrid muy especialmente a: Gaispositius, Stop Sida, BCN Checkpoint, la Agencia Abit y el Servicio de Atención Socioeducativa(SAS) del Ayuntamiento de Barcelona, la Fundació Surt, ACATHI, el Área de Feminismos y LGTBI del Ayuntamiento de Barcelona, Creu Roja BCN, AMIC, Centro LGTBI Barcelona, Kif-Kif, Fundación 26 de Diciembre, Imagina MÁS, Arcópoli Asociación LGTB, gTt-VIH Madrid y a Salud Entre Culturas.

A todo el personal sanitario que enriqueció nuestro estudio con su mirada desde dentro del mundo de la salud. En concreto a la Unidad de Infecciones de Trasmisión Sexual CAP Drassanes, Trànsit, Centro Municipal de Salud Comunitaria (CMSc) de Villa de Vallecas, a la Unidad de Identidad de Género del Ramón y Cajal y a muchas otras personas que individualmente aportaron su granito de arena.

A las compañeras y compañeros de Accem Barcelona y Madrid, gracias por todo vuestro apoyo durante este año.

Por último, al Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y el Fondo de Asilo Migración e Integración por financiar el presente estudio y hacerlo posible.

**¡¡A todes, todas y todos, muchas gracias!!**

# 2

## Justificación



### 2.1. La salud como Derecho Universal

El acceso a la salud como derecho humano fundamental es determinante para lograr la integración social de las personas migrantes LGTBA+ en las sociedades de acogida. De esta forma, y como nos indica la Organización Mundial de la Salud, el goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos fundamentales, entre ellos, el derecho a la no discriminación y el derecho al acceso a un sistema de protección de salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades. De esta forma, la manera en que se formulen y se apliquen las políticas públicas y los programas de salud podrán promover o, por el contrario, vulnerabilizar y/o violar los derechos humanos. En muchas circunstancias, comprobamos que la discriminación y/o las prácticas LGTBA+fóbicas en el ejercicio de la salud de las personas LGTBA+ migrantes se sustentan en ideologías normativas de género y xenófobas muy vinculadas a la cis-heteronormatividad y al etnocentrismo.

A menudo las problemáticas y necesidades de salud de las personas LGTBA+, o no se conocen, o se encuentran invisibilizadas, y rara vez los estudios y estadísticas sanitarias identifican las variables de identidad de género, sexualidad y/u opción sexual. Pensemos además en las complejidades que suponen las diferencias culturales en personas migrantes o no nacionales; con orígenes y realidades culturales distintas, que se encuentran en España por motivos diferentes, y frecuentemente con dificultades idiomáticas, lo que supone pensar en vulnerabilidades y retos aún mayores. Todo esto, articulado con otros condicionantes sociales; como la edad, la situación socioeconómica, el acceso o no al mercado laboral, etc., pueden significar un acceso desigual y sesgado al sistema de salud por parte de estas personas. De esta forma, acaban enfrentando inequidades reiteradas, discriminaciones múltiples y diferentes tipos de violencias en todas las fases que conforman el circuito de acceso y atención sanitaria.

Por tanto, se tornaba fundamental en el presente proyecto conocer las realidades situadas de estas personas, en tanto agentes activos de conocimiento y sujetos de pleno derecho. Poder acceder a sus diferentes narrativas y conocer sus necesidades específicas, con el objetivo último de identificar buenas prácticas en los modelos de atención de nuestro sistema de salud con especificidades en las ciudades de Madrid y Barcelona, teniendo como referencia la atención y gestión de las diversidades (sexual y cultural fundamentalmente).

Por todo ello, era necesario adoptar un **enfoque basado en los derechos humanos** que garantice el acceso libre de discriminación en todas sus manifestaciones. Y desde esta consideración básica incidimos en la importancia de que el sistema de salud proporcione una atención sanitaria inclusiva, sin distinción por motivos de raza, sexo, identidad de género, opción sexual, edad, origen nacional, religión, ideología política, idioma, lugar de residencia o situación económica y/o social, en todos y cada uno de los procesos y espacios de salud.

## 2.2. Un análisis exploratorio desde la Antropología de la Salud

Llevar a cabo un análisis exploratorio sobre la situación y necesidades específicas de salud de la población LGTBA+ migrante, implica conocer las formas en las que estas personas vivencian el cuidado socio-sanitario y cómo se desarrollan los procesos de acceso y atención cuando acceden al sistema de salud, los cuales siempre están mediados por la cultura, ¿qué significa esto?

Para entender estos procesos, tenemos que conocer el funcionamiento de nuestro sistema sanitario y las dinámicas que se producen dentro de él, una cuestión que no tiene por qué ser tan evidente como pensamos, y más cuando nos referimos a personas con aprendizajes culturales diferentes.

Nuestro sistema de salud, así como todos los elementos que lo forman (espacios, políticas de admisión, registros, tiempos, personal socio-sanitario, etc.) cobran su sentido en la sociedad en la que vivimos, ya que están arraigados a ciertas lógicas, valores y prácticas culturales que parten de nuestra manera de entender el mundo, y generan a su alrededor toda un **«cultura de la salud»** de la que todas y todos somos partícipes, pero que, al mismo tiempo, no tiene que ser comprendida o intuida por todas las personas que acceden a ella.

Frecuentemente las personas migrantes recién llegadas tienen interiorizadas otras lógicas culturales. Además, no olvidemos que la experiencia de buscar atención sanitaria o «ir al médico», no tiene el mismo significado en todas las culturas. La figura del «médico de cabecera» y la visita rutinaria al médico para realizar una revisión general o, realizar una analítica sin mostrar ningún malestar o síntoma aparente, aluden a una forma de entender la salud desde un plano preventivo, que no tiene que estar presente en todas las culturas.

Estas diferencias para muchas personas suponen empezar a desarrollar todo un proceso de aprendizaje cultural sobre el funcionamiento de nuestro sistema sanitario, (que además presenta peculiaridades y diferencias en los distintos contextos geográficos) y que comienza desde algo tan básico como el acceso a la información: ¿dónde acudo a que me expliquen? Y ¿cuándo?, pues la cuestión de los tiempos no es universal. Algo tan básico como el horario también es una cuestión cultural, que no tiene que ser similar y replicarse en todos los contextos de la misma manera. Tampoco el «sistema de citas» ni el *triaje*<sup>1</sup> es fácil de entender para personas con sistemas y lenguajes interiorizados diferentes.

De esta forma, el funcionamiento de nuestro sistema de salud responde a nuestras necesidades históricas, sociales y culturales y a nuestra forma de entender la salud y la enfermedad, así como a ciertos elementos relacionados, como, por ejemplo, nuestras concepciones previas del sistema público y su cobertura social, lo que entendemos por derechos sociales, la manera de gestionar los cuidados, etc. Por todo ello, nuestro sistema de salud no es universal y tampoco es estático, pues está en constante proceso de evolución y cambio a medida que se transforma la sociedad en la que vivimos.

Pensemos sin ir más lejos en el impacto creciente de las tecnologías biomédicas en la organización social de las sociedades industrializadas, la ingeniería genética, la clonación u otros dilemas bioéticos que redefinen las nociones de maternidad y paternidad generando nuevas identidades sociales como «donantes», «niños probeta», «madres de alquiler», etc. (Martínez, 2007: 12).

Es fundamental entonces, reflexionar sobre la importancia que tiene contemplar las diferentes formas en que las personas vivenciamos e interpretamos los procesos de salud y enfermedad en función de nuestros bagajes culturales previos, y es en este punto, donde la **Antropología de**

<sup>1</sup> El *triaje* refiere a ese proceso de valoración clínica preliminar, que sitúa a las personas pacientes según su grado de urgencia y de necesidad de ser atendida, antes de una valoración diagnóstica completa.

**La Salud** se convierte en una herramienta útil y nos tiende puentes para ello. Así, esta corriente de la Antropología nos ha servido como instrumento fundamental en la realización del presente informe, ofreciéndonos un prisma desde donde mirar y entender las diversidades. Incidiendo sobre la importancia de situar los significados que tienen conceptos como la salud, la enfermedad, el dolor, el cuerpo, la recuperación, los cuidados y un largo etcétera en la vida cotidiana de las personas provenientes de diferentes grupos culturales, incluido el nuestro. Porque todas las personas tenemos cultura, aunque a veces nos pareciera que solo tienen cultura esos otros grupos culturales que «exotizamos» desde el folklore asumiendo que sus rasgos primitivos siguen en proceso de evolución. Es preciso no olvidar que cada cultura responde a sus propios parámetros y es el resultado de su propia historia, así, las comparaciones desde patrones culturales propios responden a un ejercicio de **etnocentrismo** que asume como punto de llegada y de referencia: nuestra cultura.

Por tanto, cada cultura adquirida bajo el proceso de socialización, determinará nuestros comportamientos y siempre dependerá de cómo vivenciamos el género, la raza, de cuál sea nuestra posición social y económica o qué edad tengamos. Sin embargo, para no caer en estereotipos y reduccionismos, no podemos dejar de contemplar las peculiaridades dentro una misma cultura y evitar las generalizaciones. Un error común consiste en considerar que todos los marroquíes son árabes y musulmanes practicantes, que no beben ni comen cerdo, o que practican el Ramadán y por ello incumplen sistemáticamente los tratamientos (Mañaca, 2007: 107). Así la cultura, la religión y/o la espiritualidad influyen en nuestra manera de concebir el mundo y a nosotros/as mismos/as, y condicionan nuestras maneras de enfrentar el dolor y nuestros procesos de curación y tratamiento. Todas estas concepciones previas determinarán los procesos de acceso y atención de las personas LGTBA+ en los servicios sanitarios.

En esa búsqueda de significados culturales, establecemos una relación fundamental con los contextos donde acontecen los procesos que queremos estudiar, tanto en la ciudad de Madrid como en Barcelona, con diferencias notorias. Así en la realización del presente estudio etnográfico, fueron contemplados diferentes espacios de salud de la Comunidad de Madrid; como centros ambulatorios o centros de atención primaria y especializada, hospitales y unidades especializadas; como la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Ramón y Cajal, así como centros de Madrid Salud pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid. De igual modo, en la ciudad de Barcelona fueron referenciales los centros de atención primaria, las unidades especialistas en enfermedades de transmisión sexual y el Servicio de Atención a Personas Trans (Trànsit) entre otros.

Además, se contemplaron otros contextos socio-comunitarios que formaron parte de la comunidad, centrales en los barrios y sus dinámicas, como los espacios sociales y culturales, los centros comunitarios, las organizaciones sociales y aquellos espacios destinados a sus diferentes proyectos. Estos contextos comunitarios se tornaron fundamentales ya que pertenecen a la vida social de las personas, y partimos de una concepción de salud desde una comprensión holista, que necesariamente trascienda el ámbito clínico e institucional, que parte de la importancia que tienen las relaciones sociales, y busque un equilibrio con la comunidad y con los Otros. Pensemos en este sentido en el peso que tienen las organizaciones sociales y LGTBA+, así como sus funciones dentro del ámbito de la promoción de la salud en el colectivo LGTBA+ y la migración.

## 2.3. Una mirada desde la interseccionalidad

Una propuesta metodológica de carácter cualitativo resultaba imprescindible para abordar las realidades situadas y acceder a las narrativas y sus significados de las personas migrantes pertenecientes al colectivo LGTBA+. Tomando siempre como referencia sus marcos contextuales histórico-sociales-culturales que generan realidades específicas y les conforman como **«sujetos**

**situados»** (Mohanty 1991; Haraway 1995, Brah 2011). Solo de esta forma, evitamos caer en análisis etnocéntricos y preconcebidos en el transcurso del proceso de investigación.

El análisis interseccional nos permitió identificar cómo se articulan los distintos ejes de diferenciación (Brah, 2011) o marcadores de la diferencia, así como su interacción en las estructuras de poder y privilegio, reproduciendo posiciones diferenciadas entre unas personas y otras en los contextos socio-sanitarios. De esta forma, nuestro objetivo era explorar las interconexiones entre el género, el sexo, la clase social, la sexualidad, la edad, la cultura, la etnia, el estatus migratorio, la situación específica de salud y un largo etcétera. Sin perder el foco al mismo tiempo del conjunto de sistemas de opresión que generan *múltiples discriminaciones* (Crenshaw 1989; Yuval-Davis, 2006) en las personas y contribuyen a la producción y reproducción de las desigualdades sociales.

De este modo, contemplamos específicamente la importancia de emplear la **perspectiva de género** como una herramienta transversal; contemplada en su doble vertiente: como metodología y como categoría de análisis (Scott, 1990).

Como metodología refiere a un principio inherente al proceso de investigación y a la construcción de conocimiento que nos permite el análisis sistemático de los discursos, las prácticas y los roles desempeñados por los diferentes agentes en los diferentes contextos del sistema sexo-género. Con el sistema sexo-género nos referimos al conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen los roles construidos de «lo femenino» y «lo masculino», así como las características, los atributos y roles históricamente designados a ambos, los cuales interfieren en los procesos de la salud-enfermedad, en el mundo de los cuidados y en la misma concepción de bienestar. Recordemos en este sentido desde un enfoque postcolonialista,<sup>2</sup> la importancia que tiene contemplar desde los propios términos y bajo las propias lógicas históricas cada sistema de sexo-género cultural específico (Carby, 1982).

Por ejemplo, si no hacemos una lectura de género situada, no podremos entender las implicaciones que tiene ir al ginecólogo en algunas sociedades musulmanas donde las revisiones médicas rutinarias de ginecología frecuentemente solo las realizan mujeres casadas. Esto se debe a que una chica que no esté casada, culturalmente se considera «virgen», por tanto, la mayoría de chicas que no estén casadas no se harán revisiones ginecológicas por ese miedo arraigado a «perder la virginidad». Como comprobamos, los sistemas sexo-género específicos de cada cultura generan expectativas y funciones sociales en las personas y sus sociedades, y se rigen por cosmovisiones, valores, prácticas y entendimientos del género y la sexualidad que determinan los procesos de salud.

Un ejemplo muy común en programas de promoción de la salud y prevención de ITS refiere al uso del condón. No podemos pensar que el uso del condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) sea el modelo universal, o su práctica esté extendida a todas las culturas de las personas con las que intervenimos y nos sorprendamos si esto no sucede. Otro ejemplo que nos permite evidenciar el peso de la cultura, se manifiesta cuando analizamos el impacto de un proyecto o una campaña de promoción de la salud y sensibilización de ITS, y nos damos cuenta de la escasa participación de personas africanas en las pruebas de detección del VIH-SIDA en los espacios comunitarios donde se han realizado esas pruebas. En determinadas culturas, acceder y hacerse la prueba en el espacio público bajo la mirada de los Otros puede suponer una exposición social, y en muchas circunstancias, un reconocimiento público de ciertas prácticas sexuales muy criminalizadas. Así, el VIH se asocia automáticamente a la promiscuidad sexual y a la homosexualidad (Sallar, 2011, Restrepo-Pineda, 2016) y puede llevar a la persona a ser estigmatizada en su comunidad. Pensemos en este sentido, que alrededor

2 Desde los feminismos postcoloniales se pone el acento en las interacciones (clase, género, sexualidad) en los procesos de «racialización» dentro de la construcción de las identidades y su relación con las estructuras de poder, a través de la crítica al eurocentrismo, el cual se asume como universal.

del 50% de los países africanos tienen leyes que prohíben, encarcelan, multan o sentencian con pena de muerte a la comunidad lésbico-gay (Sallar, 2011).

Así, la incorporación de la perspectiva de género nos permitió identificar los aspectos estructurales de la desigualdad y discriminación de género que se producen entre personas con identidades y opciones sexuales diversas en el sistema de salud. También nos permitió cuestionar los estereotipos de género socializados y desbancar la «**presunción de la heterosexualidad**» como modelo hegemónico esperado en los procesos de acceso y atención en el sistema de salud. Esto implicaba someter a análisis al **Sistema Biomédico** y a sus estructuras sociales fundamentales; sus mecanismos, sus reglas, sus prácticas, sus valores y los roles que, en muchas circunstancias reproducen dinámicas de exclusión, desiguales y discriminatorias con aquellas personas pertenecientes a la diversidad sexual y cultural.

De forma paralela en este proceso de investigación, se empleó la categoría género como categoría de análisis,<sup>3</sup> pero lejos de contemplarla en términos binarios y excluyentes: hombre (masculino) y mujer (femenino), asumimos el género de un modo fluido, dinámico, híbrido y culturalmente variante, que dependerá del sistema cultural e histórico en el que nos encontremos. La antropóloga Margaret Mead (1990, 1973) ya puso de manifiesto en su trabajo etnográfico en Samoa y Nueva Guinea cómo los roles de género cambian de una sociedad a otra y difieren en cada contexto histórico, por tanto, no hay rasgos innatos o «temperamentos masculinos o femeninos» que se expliquen desde la biología. El género siempre es una construcción social (Beauvoir, 1949).

## 2.4. Justificación del lenguaje empleado y de las siglas LGTBA+

En el presente informe utilizamos las siglas **LGTBA+** para manifestar la pluralidad de expresiones, y agrupar a los diferentes colectivos pertenecientes a la diversidad sexual, que reflejan identidades, expresiones de género y opciones sexuales diferentes que han participado en la investigación. Sus iniciales corresponden así a los términos de: **Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales y Asexuales**. Así mismo situamos el símbolo «+» como forma de no agotar la diversidad, incluir e interpelar a todos los colectivos que no estuvieran representados en las siglas anteriores o no de la forma en que desearan. Pensando además que el «+» puede ser una manera para referir a aquellas personas con expresiones de género no occidentalizadas, que asumen y proyectan el género desde la **hibridez** y/o desde **enclaves étnicos propios**.

Por otro lado, queremos dejar constancia que solo vamos a situar las necesidades de salud específicas de las personas que han formado parte de la muestra en la presente investigación. En este sentido, y debido a la dificultad de encontrar a personas migrantes intersexuales, ninguna persona con estas características participó en el presente estudio, por lo que no se abordarán sus realidades de salud específicas.

De igual modo, las necesidades y situaciones específicas de las personas bisexuales en los procesos de acceso y atención al sistema sanitario, no serán recogidas y analizadas de manera concreta en el presente informe al no haber tenido una muestra referencial para poder abordarlas significativamente.

3 Así, la importancia no recae en diferenciar los datos en función del género (masculino-femenino-no binario) y describirlos. Por el contrario, la importancia recae en explorar la construcción social que subyace a esos datos, pues el concepto de género siempre es relacional (Esteban, 2007: 70) y siempre se articula con otros marcadores o ejes de diferenciación como mencionábamos con anterioridad.

Finalmente, y asumiendo las tensiones que existen bajo las denominaciones LGTBA+ así como la falta de consenso en muchas de ellas, queremos poner de manifiesto que usamos el término «trans» como término paraguas para designar a aquellas expresiones que desafían los límites del género (Feinberg, 2006: 205-206). Personas cuya identidad y/o expresión de género no corresponde a las expectativas culturales basadas en el sexo, lo que incluiría a personas *trans*, transexuales (transexuales pre-operadas, post-operadas), transgéneros, personas no binarias, queers, personas con expresión de género fluido, etc.

Por tanto, el término «trans» incluiría a aquellas personas que han llevado procesos de transformación corporal a través de biotecnologías diversas como procesos quirúrgicos, autoadministración de hormonas, inyección de aceites, siliconas quirúrgicas y/o industriales etc. Pero también a aquellas personas que no han alterado sus cuerpos ni tienen el deseo de hacerlo, pudiendo desbordar el sistema cis-heteronormativo y reflejar expresiones y corporalidades disidentes que no se encierran en las categorías: masculino-femenino.

# 3

## Metodología



### 3.1. ¿A qué nos referimos con hacer etnografía en espacios socio-sanitarios?

Para la realización del proyecto de investigación que aquí se muestra optamos por hacer un estudio etnográfico, utilizando diferentes técnicas de carácter cualitativo que nos permitieran un acercamiento al entendimiento de las diversidades (sexual, cultural, generacional...) de las personas migrantes pertenecientes al colectivo LGTBA+ en los diferentes espacios socio-sanitarios. Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de etnografía en espacios de salud?

La etnografía es un método de investigación social que nos permite el acercamiento a la realidad a través de la interacción con el grupo de estudio. Así hace referencia al "estudio descriptivo de la cultura de una comunidad, o de alguno de sus aspectos fundamentales, bajo la perspectiva de comprensión global de la misma" (Aguirre, 1995: 3). Rescatando esto último y aplicándolo a nuestro ámbito de interés, podemos decir entonces que nuestra labor metodológica consistía en realizar un estudio descriptivo de la «cultura sanitaria», sus espacios y sus dinámicas fundamentales para conocer las situaciones y retos de salud específicos que se encuentra la población LGTBA+ migrante.

De esta forma, y desde el inicio, realizamos una **etnografía multisituada** (Marcus, 1995) interconectando múltiples contextos de observación y participación en las ciudades de Madrid y Barcelona.

En esta tarea metodológica es preciso no olvidar que todos los fenómenos culturales que estudiamos están cargados de significados, y cada significado particular siempre es una interpretación y nunca una fiel evidencia del mundo de las personas informantes. Esto significa que la información y los datos obtenidos siempre estarán mediados por la mirada de las personas que los investigan; por sus bagajes teóricos y sus formaciones previas, sus trayectorias vitales, sus inquietudes específicas, así como sus compromisos con la realidad estudiada y sus implicaciones éticas.

Entonces, en cada trabajo etnográfico se torna necesario explicar el papel y la función que asumen las personas investigadoras, estas últimas son entendidas como «mediadoras» entre distintos lenguajes y lógicas diversas, y donde la etnografía se asume como un tránsito entre sistemas culturales diferentes.

Hacer explícito el papel de las personas investigadoras en el proceso etnográfico supone establecer una diferenciación entre el punto de vista de las personas informantes («Emic») y el de las personas que investigan («Etic»). Porque, aunque el personal investigador estudie fenómenos socioculturales en sus propios contextos o formen parte del universo de estudio, es apropiado distinguir entre ambos discursos, pues pertenecen a universos simbólicos diferentes.

El punto de vista «Emic» se refiere fundamentalmente al punto de vista de las personas pertenecientes a la comunidad estudiada, en nuestro caso, a las personas LGTBA+ migrantes, pero también al personal socio-sanitario y otros agentes sociales referenciales. Refiere a cómo piensan, organizan y clasifican su mundo, y se relaciona con una forma de vida cultural determinada. Y en este sentido, la entrevista en profundidad se presenta como una técnica fundamental para recorrer este proceso, entendiéndola como un puente a través del cual sea posible ir y venir entre universos culturales (Pike y Pike, 1991).

Frente a los «discursos Emic», tendríamos los «discursos Etic» que se presentan como el punto de vista de la persona investigadora y observadora, el cual siempre es externo. Al final, podemos decir que parte de la labor de la persona investigadora consistirá en «transcribir» e interpretar esas narrativas «Emic» abstraídas durante el trabajo de campo y reorganizar el discurso para hacerlo inteligible desde sus categorías (Aguirre, 1995: 16). Además, como sabemos esto siempre supone implicaciones éticas específicas, pues todas las investigaciones tienen una dimensión ética y sus conclusiones siempre inciden de una u otra forma en la vida de las personas (San Román, 2009: 237).

## 3.2. Diseño metodológico

### 3.2.1. Objetivos de investigación

A continuación, se reflejan los diferentes objetivos de investigación que fueron contemplados desde el inicio y guiaron el transcurso de la investigación:

#### — Objetivo general

El proyecto de investigación tenía como objetivo general conocer la situación y necesidades de las personas LGTBA+ migrantes en los entornos socio-sanitarios a través de un análisis comparativo de las ciudades de Madrid y Barcelona para sistematizar y analizar las buenas prácticas y proponer recomendaciones finales.

#### — Objetivos específicos

Mediante los objetivos siguientes se pretendía conseguir el objetivo general:

1. Analizar desde un enfoque inclusivo en materia de diversidad sexual, género e intercultural como la atención sanitaria responde a las necesidades del colectivo LGTBA+ migrado.
2. Explorar el modo en que las personas LGTBA+ migrantes vivencian la atención sanitaria en el contexto personal, familiar y comunitario.
3. Conocer la experiencia del personal sanitario en la atención a pacientes LGTBA+ migrantes.
4. Analizar los cuidados y las redes de apoyo en el colectivo LGTBA+ migrado desde una perspectiva de género e interseccionalidad.
5. Identificar buenas prácticas y recomendaciones para mejorar los procesos de acceso y atención de las personas migrantes LGTBA+ al sistema de salud.
6. Sistematizar, analizar la información obtenida y elaborar el presente informe.

### **3.2.2. Fases y técnicas de investigación cualitativa**

El proyecto de investigación se estructuró en cuatro fases: una primera fase de carácter diagnóstica, una segunda y tercera fase relacionadas con el trabajo de campo, la obtención de datos y el análisis de los mismos, y una última fase empleada para la sistematización del conocimiento generado y la edición del informe final.

#### **— 1<sup>a</sup> Fase: diseño y Laboratorio de ideas**

Esta fase diagnóstica que denominamos Laboratorio de Ideas, comenzó a principios de enero y finalizó en marzo, concebida como ese espacio reflexivo, donde recoger información inicial, explorar los discursos, las experiencias y referencias previas sobre la temática a estudiar. Este proceso nos facilitó el establecer unas bases teóricas de estudio inicial, así como establecer un plan de trabajo con una serie de objetivos que nos ayudaron a diseñar e implementar la investigación.

De esta forma, la investigación comenzó con el denominado estudio de gabinete, el cual nos permitió la búsqueda de documentación a través de la indagación de fuentes de información secundarias; tanto de aquellas que ofrecen un soporte documental y bibliográfico, como de aquellas otras que nos ofrecieron información estadística con la que poder dimensionar los fenómenos socio-sanitarios asociados a nuestro ámbito de estudio.

Además del análisis de legislaciones vigentes en materia LGTBA+, se realizó el análisis de protocolos sanitarios, se revisaron artículos académicos en el ámbito específico, noticias referentes y unidades de observación virtuales (blogs, foros, páginas web específicas). De igual modo, se llevó a cabo un análisis del conjunto de políticas públicas en materia de diversidad sexual y migración de las ciudades de Madrid y Barcelona de la mano de la Antropología de la Salud para explorar cómo el sistema sanitario, sus espacios y tiempos, están respondiendo a las necesidades de este colectivo.

En esta fase utilizamos la técnica del *storytelling group*<sup>4</sup> realizada en la ciudad de Barcelona con el objetivo de configurar el trabajo de campo y diseñar las técnicas de investigación. Y aunque las finalidades y formas de aplicación del storytelling son variadas, en este proyecto de investigación fue utilizado bajo el objetivo de poder acceder a las narrativas de las personas que determinan su experiencia en un ámbito concreto, en este caso, en el ámbito de la salud.

#### **— 2<sup>a</sup> Fase: trabajo de campo**

El trabajo de campo supuso la implementación de la investigación sobre el terreno de un conjunto de acciones para obtener de forma directa datos de fuentes primarias. Esta fase inició en marzo y se extendió hasta octubre de 2019. Se planteó de un modo flexible, solventando los obstáculos que pudieron producirse sobre la marcha, siempre respetando los tiempos y ritmos de las personas participantes.

El trabajo de campo se centró en la observación e información sobre las personas y situaciones que se estudian y en la recogida de información a través –sobre todo, aunque no sólo– de técnicas cualitativas adecuadas que permitan profundizar en ciertos aspectos y

4 La técnica del *storytelling* también caracterizado como el arte de “contar historias” es una herramienta de comunicación que abordada desde un paradigma constructivista (Guba y Lincoln, 1990) puede tener diferentes funciones y ser empleada en diferentes ámbitos, entre ellos, el de la investigación cualitativa, pues nos permite a través de la construcción de relatos subjetivos identificar o no pasar por alto aspectos significantes durante en el proceso de investigación ya que constituye una de las formas fundamentales de construir significado (Hamilton y Weiss, 2005).

plantear las contradicciones y variaciones que se dan entre las personas del grupo estudiado (San Román 2009: 244).

El estudio de gabinete y la aplicación de la técnica del storytelling en la ciudad de Barcelona, sirvieron como herramientas para el diseño de las técnicas de investigación utilizadas de carácter cualitativo: la observación participante, la entrevista en profundidad y el grupo de discusión. De esta forma, los guiones de ambas técnicas fueron diseñadas en relación a 4 ejes fundamentales concordantes con los objetivos de investigación del proyecto:

- **Eje 1.** Procesos de acceso y atención al sistema de salud.
- **Eje 2.** Situación y necesidades de salud que determinan la experiencia de la comunidad LGTBA+ en espacios socio-sanitarios.
- **Eje 3.** Experiencias y necesidades del profesional sanitario.
- **Eje 4.** Articulación social, redes de apoyo y vivencia de los cuidados.

A continuación, vamos a explicar brevemente las técnicas metodológicas empleadas en el transcurso de la investigación:

### — Observación participante

La observación participante fue la herramienta principal que se utilizó transversalmente durante todo el trabajo de campo. Nos permitió adentrarnos en los universos simbólicos de las personas para abstraer sus narrativas, comprender las situaciones específicas de salud de las personas migrantes LGTBA+ y las vías de acceso al sistema, a través de observar sus interacciones en el medio, en este caso, el socio-sanitario. Esta técnica es la base de la investigación etnográfica, y nos permite adentrarnos en las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos, sus costumbres, sus valores, etc. De esta forma, esta técnica nos aporta el conocimiento «directo» y experiencial de la cultura. Esto quiere decir que, realizamos el estudio de la cultura en su «situación natural» (Aguirre, 1995: 14).

Durante la realización de trabajo de campo se realizó observación participante<sup>5</sup> en diferentes contextos socio-sanitarios; espacios de salud de la Comunidad de Madrid (centros ambulatorios o centros de atención primaria y especializada, hospitales) y centros de Madrid Salud pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid. También en centros de atención primaria, y en unidades especialistas en enfermedades de transmisión sexual de Barcelona.

También se realizó observación participante en entidades y organizaciones sociales y de incidencia, así como en otros espacios comunitarios donde se desarrollaban proyectos de sensibilización, formación e intervención social<sup>6</sup> en la ciudad de Madrid y Barcelona. De igual forma, se asistió a eventos, jornadas y conferencias referenciales sobre la situación social del colectivo LGTBA+, y a otros espacios de reunión, intercambio y construcción colectiva.

Además, paralelamente se llevó a cabo *etnografía virtual*, pues el ciberespacio también ofrece una nueva fuente para la complementación y el contraste de información en investigaciones etnográficas clásicas o multisituadas (Restrepo, 2015: 165). De esta forma, se

5 Para ello se diseñaron previamente los registros específicos de recogida de información y los registros pertinentes relacionados con la sistematización de las buenas prácticas.

6 De manera presencial y en algunos casos vía acceso telefónico para comprobar qué requisitos solicitaban.

contemplaron y analizaron los discursos de foros digitales, artículos en revistas del colectivo LGTBA+ online y el seguimiento de testimonios y experiencias a través de canales digitales.

## — Entrevistas en profundidad

A través de la entrevista pudimos llegar a conocer las pautas, los lenguajes y los procesos sociales en los que participan los sujetos, sus trayectorias, sus necesidades y sus maneras de relacionarse socialmente con los Otros, sus expectativas sobre el mundo y concretamente sus formas de vivenciar los procesos de salud, enfermedad y los cuidados.

### Perfiles de la muestra

En total, se realizaron 60 entrevistas en profundidad a personas con diferentes perfiles en la ciudad de Madrid y Barcelona:

- 16 entrevistas a personas migrantes pertenecientes al colectivo LGTBA+<sup>7</sup> con identidades y/o expresiones de género y opciones sexuales diferentes.
- 15 entrevistas a personas profesionales sanitarias con diferentes perfiles en diferentes espacios y ámbitos de salud.
- 15 entrevistas a personal experto en el ámbito LGTBA+ y migración, técnicos de intervención social relacionados con programas socio-sanitarios.
- 3 entrevistas a personas a familiares y/o personas allegadas que hayan ejercido como cuidadoras en algún sentido y/o instituciones sociales que hayan realizado funciones de acompañamiento en algunos de los ámbitos relacionados con la promoción y el cuidado de la salud en el colectivo LGTBA+ migrante.
- 11 entrevistas a personas activistas y defensores de los derechos humanos de las personas LGTBA+ migrantes.

## — Personal experto LGTBA+ migración

Código	Ámbito
ENT-1	Experta salud sexual, igualdad y diversidad sexual
ENT-2	Experta LGTBA+ mayores
ENT-3	Experto en salud, organización migración y refugio LGTBA+
ENT-4	Experto organización social lucha contra la LGTBA+fobia
ENT-5	Experta organización social lucha contra la LGTBA+fobia
ENT-6	Experto organización social migración y refugio LGTBI

7 Para la captación empleamos la técnica «Bola de nieve» o muestreo en cadena (Goodman, 1961). Esta técnica es muy frecuente en estudios sobre poblaciones migrantes donde se desconoce la dimensión de su marco muestral. Además, es indicada para investigar con poblaciones de muy difícil acceso, generalmente conocidas como poblaciones ocultas o poco visibles. De igual modo, la captación de sujetos que deseen ser entrevistados se realizará atendiendo al reglamento de protección de datos vigente en España.

<b>ENT-7</b>	Experto en salud, organización social salud HSH y mujeres trans
<b>ENT-8</b>	Experta asociación comunitaria salud sexual LGTBI
<b>ENT-9</b>	Experto asociación comunitaria salud sexual LGTBI
<b>ENT-10</b>	Experta proyecto de atención a personas trabajadoras del sexo
<b>ENT-11</b>	Experta en migración, asociación personas migrantes
<b>ENT-12</b>	Experta área de feminismos y LGTBI del ayuntamiento de Barcelona
<b>ENT-13</b>	Experta área de feminismos y LGTBI del ayuntamiento de Barcelona
<b>ENT-14</b>	Experta en salud <i>trans</i> , organización de acción social para la igualdad de género
<b>ENT-15</b>	Experto en salud sexual, organización social salud HSH y mujeres <i>trans</i>

### — Personal sanitario

Código	Área/especialización
<b>ENT-16</b>	Médico Programa de salud sexual y reproductiva (Madrid Salud)
<b>ENT-17</b>	Médica Radiología hospital público Madrid
<b>ENT-18</b>	Médica Atención Primaria centro de salud Madrid
<b>ENT-19</b>	Enfermera Servicio de Urgencias hospital público Madrid
<b>ENT-20</b>	Médica residente Atención primaria/ Servicio de Urgencias hospital público Madrid
<b>ENT-21</b>	Médica residente Atención primaria/ Servicio de Urgencias hospital público Madrid
<b>ENT-22</b>	Médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid
<b>ENT-23</b>	Médico Servicio de Trànsit en Barcelona
<b>ENT-24</b>	Médico de familia CUAP en Barcelona
<b>ENT-25</b>	Enfermero especializado VIH e ITSs/ CAP de Barcelona
<b>ENT-26</b>	Médico general CAP en el barrio de gaixample Barcelona
<b>ENT-27</b>	Psiquiatra Hospital público en Barcelona
<b>ENT-28</b>	Psiquiatra especialista en dependencia de drogas. Hospital público en Barcelona
<b>ENT-29</b>	Psiquiatra experta en procesos migratorios y refugio
<b>ENT-30</b>	Psiquiatra Hospital público en Barcelona

## — Personas migrantes LGTBA+

Código	País de origen	Identidad de género	Orientación sexual	Edad	Ciudad de residencia	Años en España	Trabajo	Situación administrativa
ENT-31	Taiwan	Hombre cis	Gay	31	Barcelona	1	Gestión de pisos turísticos	Residencia
ENT-32	Peru	Hombre cis	Gay	50	Barcelona	3	Atención al cliente	Residencia
ENT-33	Venezuela	Hombre cis	Gay	37	Barcelona	9	Ingeniero	Residencia
ENT-34	Argentina	Mujer cis	Lesbiana	35	Barcelona	12	Cuidadora de personas mayores	Residencia
ENT-35	Siria	Mujer cis	Asexual	35	Barcelona	2	Estudiante doctorado	Permiso de estudiante
ENT-36	EEUU	Queer	Lesbiana	26	Barcelona	1	Estudiante Master	Permiso de estudiante
ENT-37	Venezuela	Mujer cis	Lesbiana	33	Barcelona	5	Tecnología de la información	Residencia
ENT-38	México	Mujer trans	Heterosexual	42	Madrid	3	Prácticas formativas	Residencia
ENT-39	Ecuador	Mujer trans	Heterosexual	44	Madrid	23	Desempleada	Residencia
ENT-40	Camerún	Hombre cis	Gay	27	Madrid	3	Recepcionista hotel	Familiar de comunitario
ENT-41	Brasil	No binaria	Heterosexual	30	Madrid	9	Desempleado	Familiar de comunitario
ENT-42	Pakistán	Hombre cis	Gay	34	Barcelona	4	Limpieza	Familiar de comunitario
ENT-43	Kenia	Hombre cis	Gay	35	Barcelona	3	Call center	Residencia
ENT-44	Siria	Hombre cis	Gay	28	Barcelona	2	Profesor inglés/estudiante	Permiso de estudiante
ENT-45	Colombia	Hombre cis	Gay	27	Madrid	3	Empresario	Residencia
ENT-46	Ucrania	Hombre cis	Gay	33	Madrid	14	Empresario	Residencia

## — Personas o instituciones que desempeñan acompañamiento en procesos de salud

Código	Ámbito	Ciudad
ENT-47	Pareja hombre gay migrante	Barcelona
ENT-48	Organización experta en VIH e ITS, tratamiento y prevención	Madrid
ENT-49	Organización experta mediación intercultural ámbito sanitario	Madrid

## — Personas activistas LGTBA+

Código	País de origen	Identidad de género	orientación sexual	Edad	Ciudad de residencia
ENT-50	Colombia	Hombre cis	gay	34	Barcelona
ENT-51	España	Mujer trans	heterosexual	46	Madrid
ENT-52	Argentina	No binaria	heterosexual	45	Barcelona
ENT-53	Colombia	Hombre trans	heterosexual	56	Barcelona
ENT-54	Perú	Mujer trans	heterosexual	27	Barcelona
ENT-55	Colombia	Mujer trans	lesbiana	56	Barcelona
ENT-56	Venezuela	Mujer cis	lesbiana	38	Barcelona
ENT-57	Venezuela	Mujer cis	lesbiana	56	Barcelona
ENT-58	Kwait	Género fluido	orientación fluida	21	Barcelona
ENT-59	Honduras	Mujer trans	heterosexual	35	Madrid
ENT-60	España	Hombre cis	Gay	27	Barcelona

## — Grupo de discusión (GD)

El grupo de discusión es una técnica muy utilizada en las ciencias sociales para recopilar información relevante sobre el problema de investigación. Es importante no olvidar que el grupo de discusión “es una vía para conocer y no una finalidad” (Callejo, 2001: 22). Así, se trata de una entrevista grupal donde los componentes debaten y negocian sobre un tema específico. En otras palabras, se trata de una conversación dirigida por una persona moderadora, que utilizando ciertos detonadores formulados bajo los objetivos de investigación previos genera el debate colectivo.

### — Se realizaron tres grupos de discusión:<sup>8</sup>

- **GD-1. Perfil experto.** Realizado en la ciudad de Madrid, en el que asistieron organizaciones y personal experto en el ámbito LGTBA+, derechos humanos, migración y salud, así como también personas activistas de la diversidad sexual.
- **GD-2. Perfil sanitario.** Realizado en un CAP (Centro de Atención Primaria) de la ciudad de Barcelona, específico para profesionales pertenecientes al ámbito de la salud, para conocer la percepción y necesidades del personal sanitario.
- **GD-3. Perfil LGTBA+ migrante.** Realizado en la ciudad de Barcelona, agrupó a diferentes perfiles de personas pertenecientes al colectivo LGTBA+ migrante, como también a personas que habían ejercido como «cuidadoras» o habían acompañado en alguno de los procesos de salud a estas personas, para conocer sus perspectivas y necesidades específicas.

<sup>8</sup> El diseño del guion se realizó en base los cuatro ejes de investigación mencionados con anterioridad.

De esta forma los grupos de discusión se presentaron como un marco idóneo para la captación de valores, creencias e imaginarios que proyectaban las personas participantes sobre los conceptos relacionados con los procesos de salud y enfermedad, y sobre el sistema sanitario y sus políticas de gestión.

Antes de finalizar la fase de trabajo de campo se realizó el *Encuentro de Buenas Prácticas: La situación de la población LGTBA+ migrante en el ámbito sanitario*, celebrado el 4 de septiembre de este año en la sede de Accem en Madrid, donde participaron representantes de diferentes organizaciones y agentes clave dentro del activismo LGTBA+ y del área de salud y migración de las ciudades de Madrid y Barcelona.<sup>9</sup> El objetivo del encuentro consistía en crear un espacio conjunto de reflexión y construcción colectiva que facilitara el intercambio de experiencias en los diferentes territorios, con el objetivo último de identificar buenas prácticas que contemplen las necesidades específicas de la población migrante LGTBA+ en los procesos de acceso y atención sanitaria desde una perspectiva inclusiva con las diversidades, y a través del reconocimiento de sus identidades de género y culturales.

### **— 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> Fase: análisis de resultados, sistematización del conocimiento generado y edición del informe**

La tercera fase consistió en analizar, categorizar e interpretar la información resultante del trabajo de campo. De esta forma, y una vez depurada y transcrita toda la información se procedió a realizar el análisis hermenéutico de los datos. La información recogida durante las 4 fases descritas fue vertida en el presente informe, proyectado como un diagnóstico exploratorio que recoge las necesidades y situación específicas de la población LGTBA+ migrante.

<sup>9</sup> Asistieron varias personas representantes de diferentes programas e instituciones: Centro de Salud Internacional y Enfermedades Transmisibles Drassanes - Vall d'Hebron, Stop Sida, Gais Positius, Kif Kif, Trànsit, Salud Entre Culturas y personal médico residente del Hospital Infanta Leonor y del Centro de Salud Vicente Sol de Villa en el distrito de Vallecas.

# 4

## Marco legal sobre la diversidad sexual

### 4.1. Referentes legislativos sobre diversidad sexual en Madrid

A continuación, vamos a situar dos de los referentes fundamentales en materia de diversidad sexual en la Comunidad de Madrid, la Ley 2/2016 de 29 de marzo de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación (en adelante **Ley Trans**) y la Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBIofobia y la Discriminación por Razón de Orientación Sexual (en adelante **Ley LGTBIofobia**) aprobada unos meses más tarde a la anterior.

La Ley Trans del 29 de marzo es un referente fundamental pues supone el derecho al libre reconocimiento de las identidades de género de todas las personas *trans* desde una perspectiva no-patologizante y discriminatoria. En Occidente referir a las personas *trans* o a las personas transexuales supone de algún modo interpelar al modelo biomédico, el cual históricamente ha patologizado las identidades que se desbanca de la norma, situándolas con la etiqueta de la «transexualidad». Así la transexualidad no deja de ser una categoría médica, entendida históricamente como una enfermedad, avalada por los principales manuales de diagnóstico y las principales clasificaciones occidentales.

Así por primera vez en la Comunidad de Madrid con la Ley Trans se reconoce en el Artículo 4 el derecho a la identidad de género libremente manifestada, sin requisito de acreditar un informe psicológico, psiquiátrico o médico. Tampoco se requieren cirugías genitales, tratamientos hormonales u otro tipo de tratamientos para hacer uso del derecho a la identidad de género y acceder a los servicios pertenecientes a las administraciones públicas o entidades privadas de Madrid, así como también a sus procesos de documentación.

Sin embargo, a nivel estatal no olvidemos que sigue vigente la Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (conocida como Ley de Identidad de Género), la cual exige que la persona acredite un diagnóstico de «disforia de género» mediante un informe médico o psicólogo clínico. Además, requiere que la persona haya sido tratada hormonalmente al menos 2 años para “acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado” (Art. 4). Por tanto, esta discrepancia legislativa hace que, en la práctica, muchas de las personas *trans* sigan siendo sometidas a pruebas y exigencias psiquiátricas para acceder a su derecho a la identidad de género.

Así, la Ley 2/2016 o Ley Trans, aunque es un referente fundamental para garantizar los derechos y libertades de las personas *trans*, en muchas circunstancias acaba reducida al plano teórico y sigue habiendo muchos obstáculos para estas personas.

En el Artículo 13, específico de la atención sanitaria a personas *trans*, se hacen explícitos los principios que el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid ha de adoptar para

atender a estas personas. Esta atención debe ser proporcionada conforme a los principios de: consentimiento informado, libre autodeterminación de género, de no discriminación, de asistencia integral, de calidad especializada, de proximidad y de no segregación. Esto significa que la presente ley facilita que cada persona paciente sea atendida en su proximidad y con la mayor especialidad posible, evitando en la medida de lo posible traslados innecesarios y costes sobrevenidos, pudiendo solicitar al mismo tiempo la derivación voluntaria a los centros de atención especializada pertinentes a su tratamiento, como por ejemplo a la Unidad de Identidad de Género (UIG). Esta Unidad es una evolución de las antiguas UTIG<sup>10</sup> y se configura en la actualidad como un centro de investigación, formación, supervisión y apoyo a las personas facultativas de proximidad y como centro de tratamiento sometido al principio de derivación voluntaria de la persona paciente, una cuestión que se abordará con más detalle en el apartado específico de necesidades específicas de salud de las personas trans (apartado 6).

Por tanto, aquellas personas que así lo requieran pueden acudir a su centro de salud o Atención Primaria más próximo sin necesidad de desplazarse a las UIG, pues el Artículo 17 contempla la formación del personal profesional y sanitario y, concretamente, el derecho de recibir formación específica de calidad en materia de transexualidad, así como el derecho de las personas transexuales a ser atendidas por profesionales con experiencia suficiente y demostrada en la materia. En este sentido se contempla también la formación y sensibilización a otras personas profesionales o empleadas públicas, que pudieran prestar servicios en los ámbitos de la salud entre otros ámbitos (Art. 44), aunque ésta sigue siendo una tarea pendiente como veremos en adelante.

Junto con lo anterior, la Ley Trans hace mención específica al ámbito reproductivo y sexual, garantizando el acceso a los bancos de óvulos o semen y a las técnicas de reproducción asistida, incluyendo como beneficiarias a todas las personas con capacidad gestante y/o sus parejas (Art. 16) además de promover la realización de programas y protocolos específicos relacionados.

La segunda Ley del 22 de julio aprobada unos meses más tarde, conocida como la Ley LGTBIofobia,<sup>11</sup> y de la misma forma que la Ley Trans, es un referente sobre el derecho a la identidad de género y la lucha contra la discriminación, que pretende garantizar el derecho de toda persona en la Comunidad de Madrid a no ser discriminada por razón de su orientación sexual, identidad y/o expresión de género en cualquier ámbito de la vida, entre ellos el sanitario. Además, pone un énfasis especial en el colectivo de mayores LGTBA+ por la edad y por la pertenencia histórica a un colectivo estigmatizado y discriminado socialmente.

Esta Ley sigue incidiendo en la formación al personal sanitario, en la necesidad de generar protocolos e investigación, así como en el desarrollo de políticas sanitarias que puedan atender correctamente las características específicas de las personas LGTBI. (Art. 37). Además, se garantiza de igual modo el acceso a las técnicas de reproducción asistida (Art.38) y se contempla la importancia de la inclusión en las campañas de educación sexual y de prevención de enfermedades de transmisión sexual (con especial consideración al VIH)<sup>12</sup> en su Artículo 39.

10 Unidades de Trastornos de Identidad de Género.

11 Con ella se crea el Consejo LGTBI de la Comunidad de Madrid como un espacio de participación ciudadana en materia de derechos y deberes de las personas LGTBI. Estando representadas en este Consejo las asociaciones que trabajen principalmente a favor de los derechos de las personas LGTBI y profesionales que hayan destacado por su trabajo y su calidad de personas expertas en este ámbito.

12 Se realizarán específicamente campañas de información de la profilaxis, especialmente entre la población juvenil.

## 4.2. Referentes legislativos sobre diversidad sexual en Barcelona

En Cataluña destaca la Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia. Conocida como la **Ley de No discriminación, o Ley contra la LGTBIfobia**, garantiza el derecho a la igualdad y la no discriminación por motivos de orientación sexual, identidad o expresión de género, y asegura que en Cataluña se pueda vivir la diversidad sexual y afectiva en libertad.<sup>13</sup> La Ley define una serie de políticas públicas que se llevarán a cabo en diferentes ámbitos de actuación, incluido el sanitario, e incide en la formación y sensibilización de los y las profesionales.

El artículo 16 regula específicamente el ámbito de la salud estableciendo cómo el sistema sanitario catalán debe incorporar la perspectiva de género y tener en cuenta las necesidades específicas de las personas LGTBA+ con la finalidad de garantizar el derecho a recibir la atención sanitaria y a gozar de los servicios de salud en condiciones objetivas de igualdad. Esto se traduce en líneas de actuación que han de guiar la actividad de las administraciones públicas para responder de forma adecuada las necesidades específicas en atención sanitaria de las personas LGTBA+. Estas líneas de actuación inciden en la despatologización, el reconocimiento de la diversidad, la especialización de la atención, así como contemplar sus realidades a la hora de diseñar las políticas y estrategias de salud pública, participación, prevención y tratamientos específicos o adaptados.

Destaca en términos positivos, la indicación de incorporar de forma integral la atención a las personas transgénero e intersexuales, en concreto la adecuación de la documentación y formularios médicos a la heterogeneidad de las personas LGTBA+ y la mención al derecho al libre desarrollo de la personalidad en la infancia. En sentido contrario, a la hora de proteger la salud reproductiva se limita a las mujeres lesbianas y no a toda persona con capacidad gestante.

De igual manera, se garantiza que los miembros de parejas estables, independientemente de su orientación sexual o identidad de género, tengan los mismos derechos que la normativa sectorial sanitaria reconoce a los cónyuges o familiares más próximos.

Sin embargo, al igual que sucede con las leyes autonómicas de Madrid, este artículo entra en contradicción con la Ley estatal 3/2007 de 15 de marzo, (Ley de Identidad de Género) y la exigencia para efectuar el cambio de nombre de un diagnóstico de «disforia de género» a través de un informe médico o psicólogo clínico que debe hacer referencia “a la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia” y a la “ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante”. También la persona tiene que demostrar que haya sido medicamente tratada durante al menos dos años “para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado”. La Ley no exige el requisito del tratamiento médico de dos años en caso de personas que hubieran sometido previamente a cirugía genital. Estos requisitos además de incidir en la patologización de las personas *trans*, refuerzan los estereotipos de género heteronormativos y etnocentristas de lo que define ser un hombre o una mujer, basados en la imagen “tradicional” de lo que se considera “normal” en un hombre o una mujer occidental. De esta manera la patologización no solo se limita a la «disforia de género» o al informe médico, sino también a la conceptualización de características corporales, prácticas, hábitos, modo de vida, gestos (Suess Schwend, 2018).

De igual modo, como también ocurre en la Comunidad de Madrid y el resto de Comunidades Autónomas, las personas *trans* migrantes no podrían cambiar el nombre en los documentos

13 Establece como órgano administrativo el Consejo Nacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales.

de identidad como extranjeras en España, a no ser que lo cambien en su país de origen, algo que no es factible en muchos países. Esta cuestión continúa afectando a la salud psicológica y emocional de las personas.

## 4.3. Referentes legislativos internacionales sobre diversidad sexual

La Declaración de principios de Yogyakarta, que fue presentada, como una carta global para los derechos LGTBA+, el 26 de marzo de 2007 ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Ginebra, es el principal instrumento de defensa de los derechos de las personas LGTBA+ a nivel internacional. En ella se recogen una serie de principios con el fin de aplicar las normas del derecho internacional desde la igualdad de género y evitar los abusos de derechos humanos garantizando la protección efectiva de las personas LGTBA+. El documento consiste de 29 principios y 16 recomendaciones adicionales que cubren el acceso y disfrute de derechos fundamentales en igualdad de condiciones. En el año 2017, se agregaron diez principios más para completar los existentes a la luz tanto de los avances en materia de reconocimiento de derechos en relación con la orientación sexual e identidad y expresión de género como para adaptarlos a los nuevos retos para la comunidad LGTBA+, incluyendo principios que implican una mayor profundización y comprensión de las violaciones de derechos humanos que afectan a las personas por su orientación sexual y/o identidad o expresión de género.

El documento Yogyakarta 10+ reconoce que la orientación sexual y la identidad y expresión de género y las características sexuales son la base de una discriminación en la cual interseccionan varios factores como la raza, etnia, la pertenencia a un pueblo indígena, sexo, género, idioma, religión, creencia, opinión política, nacionalidad, origen nacional o social, situación económica y social, nacimiento, edad, diversidad funcional, salud (incluido el estado del VIH), migración, matrimonio o estado civil, ser defensor de derechos humanos u otros motivos (principios Yogyakarta +10, 2017). Entre los llamamientos a los Estados destaca el de gestionar estadísticas que ofrezcan datos de los actos violentos por motivos de orientación sexual e identidad de género, la capacitación en materia de género y diversidades del personal sanitario o que el uso de las nuevas tecnologías también esté libre de violencia y discriminación por motivos de orientación sexual, identidad o expresión de género o características sexuales.

En el marco de los organismos de Naciones Unidas, el Alto Comisionado de los Derechos Humanos viene manifestando su preocupación por las violaciones de derechos humanos que sufren las personas LGTBA+ desde que en 2011 se abordaran por primera vez en el seno de Naciones Unidas las violaciones de derechos humanos basadas en orientación sexual y/o identidad de género.<sup>14</sup> Entre las medidas que se han ido adoptando en la salvaguarda de los derechos de las personas LGTBA+ se encuentra la creación de la figura de Experto Independiente sobre orientación sexual e identidad de género en 2016, por resolución 32/2 del Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Entre las funciones que implica su mandato se encuentran analizar las causas de la violencia y discriminación sufridas por las personas LGTBA+ en el mundo, evaluar la aplicación de los instrumentos internacionales en la materia y buscar estrategias de protección.

Si bien las resoluciones, recomendaciones e informes del Alto Comisionado de los Derechos Humanos y del Experto Independiente carecen de efecto vinculante, ponen de manifiesto la existencia de voluntad de la mayor parte de la comunidad internacional de identificar, perseguir y erradicar los tipos de violencia y discriminación que las personas LGTBA+ sufren.

<sup>14</sup> Resolución A/HRC/17/19 de la DHNU sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género.



# 5

## Una aproximación desde la Antropología de la Salud al modelo biomédico occidental

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es el estado *completo de bienestar físico, psicológico y social de una persona, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS, 1948). Esta definición proporcionada por la OMS décadas atrás, se convirtió en un referente mundial al promocionar una definición de salud en positivo, que trascendía el plano biológico y no se limitaba a las necesidades médicas de las personas. Aludía así a la importancia del bienestar mental y social, incidiendo en el elemento subjetivo y situando a la persona como un ser bio-psico-social.

No obstante, las limitaciones y ambigüedad de esta definición se hacen evidentes. Primero porque no especifica qué se entiende por el concepto de bienestar, y se asume además como un estado único y estático al que todas las personas aspiramos a llegar para lograr ese estado "completo", que pareciera definitivo, sin contemplar ninguna variación o diferencia cultural. En el mismo sentido, la definición de la OMS tampoco evidencia qué entiende por «enfermedad» y, de alguna manera, presupone que el concepto de «salud» se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual, sin asumir tampoco sus implicaciones políticas (Navarro, 1998: 49).

Si no contemplamos que haya diferencias culturales a la hora de abordar los significados que conceden las personas a la salud, la enfermedad, el dolor, el bienestar etc., difícilmente se podrán identificar las necesidades específicas de las personas con las que trabajamos, ni desarrollar una atención sanitaria inclusiva y situada.

Para entender el peso de las diferencias socio-culturales en el ámbito de la salud, a continuación, vamos a tomar como ejemplo a nuestro modelo sanitario y realizar una pequeña caracterización, el cual se sitúa dentro de la corriente de la Biomedicina en Occidente, o también denominado Sistema Biomédico.

Este modelo se consolida fundamentalmente con el afianzamiento del sistema capitalista en las sociedades occidentales, pero hunde sus raíces en el pensamiento racionalista cartesiano y su tajante división: mente/cuerpo.<sup>15</sup> El Sistema Biomédico es actualmente el modelo científico predominante, utilizado en nuestra sociedad para analizar los "procesos de salud/enfermedad/atención" (Esteban, 2007: 75). Está organizado y mediado por nuestra cultura,

15 El modelo biomédico tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano el cual divide al ser humano en dos partes: mente y cuerpo. De esta forma, el cuerpo es considerado como una máquina biológica, cuyas partes son divisibles y funcionan de acuerdo a leyes de la física. Así se hace una fragmentación de la salud en órganos y aparatos. Por tanto, cuando el cuerpo/máquina se descompone, debe ser revisado, controlado y ajustado desde fuera. Así la Biomedicina de manera progresiva fue aplicando los principios de las ciencias naturales a la práctica clínica, y de forma muy reduccionista se apoya en la creencia de que todos los sistemas pueden ser comprendidos y explicados identificando sus componentes, su estructura y funcionamiento exclusivamente, sin contemplar otros factores biopsicosociales.

es decir, sus lógicas, estructuras y su funcionamiento responden a nuestras necesidades históricas, sociales y culturales. Así desde la Antropología de la Salud establecemos que cada sociedad o grupo cultural tiene su propio sistema médico, el cual se concibe como un conjunto organizativo coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva (Alarcón et al. 2003: 1.063).

De esta forma nuestro modelo de salud respondería a lo que la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd (2001) denominaría como el *modelo tecnocrático de la medicina*. Es decir, el modelo hegemónico en el cuidado de la salud en la atención y prestación de servicios, donde sus éxitos se basan en la ciencia y son efectuados por la tecnología, a través de grandes instituciones regidas por ideologías patriarcales en un contexto económico con fines de lucro.

A continuación, vamos a establecer algunas de las características del modelo biomédico en nuestra sociedad y una breve explicación sobre ellas:

- **Biologicista/patologizante y medicalizado**
- **Medicocentrista**
- **Universalista/etnocentrista**
- **Cis-heteronormativo**
- **Androcéntrico**

Finalmente, abordaremos los **determinantes sociales de la salud** y su influencia en los procesos de salud de las personas, una cuestión que no puede pasar desapercibida.

## 5.1. Biologicista, patologizante y medicalizado

Desde el Sistema Biomédico cualquier malestar o desequilibrio que presente una persona es interpretado en términos de «anomalía» del organismo, esto supone buscar su origen en la biología y, en el último de los casos, en los factores sociales y culturales, y si se hace, frecuentemente, de manera subordinada a lo biológico. De esta forma, los síntomas se convierten en patologías desde el lenguaje médico.

Sin embargo, no podemos obviar la trascendencia que tienen los factores y procesos sociales en las vivencias de las personas y en la manera de encarnar los procesos de salud-enfermedad. Pensemos por ejemplo en lo determinante que es el género en la salud. Si contemplamos que las mujeres enfrentan diferentes riesgos a la hora de enfermar que los hombres, no nos referimos sólo a las diferencias en los órganos reproductivos, estamos contemplando, a cómo las diferencias biológicas han determinado históricamente sus roles sociales, no obstante, los problemas de salud no-reproductiva de las mujeres permanecen velados (Ruiz, 2009: 55).

De esta forma, es muy significativa la forma en que la biología cobra un peso determinante en nuestra cultura, hasta el punto que históricamente ha condicionado los roles sociales y el destino de las personas. Así, por ejemplo, las mujeres de una manera «natural» y debido a su función reproductiva, han sido delegadas al mundo de los cuidados, de los afectos y de las emociones. Esta tendencia a contemplar la identidad desde el esencialismo biológico, acarrea una peligrosidad latente muy presente en nuestra cultura occidental. A día de hoy seguimos escuchando frases en la cotidianidad que nos remiten a ello como, por ejemplo: "las mujeres somos más intuitivas en este sentido...", como si «la intuición» formara parte de una «esencia

femenina universal» presente en todas y cada una de las mujeres del planeta. De esta forma, tendemos a recurrir a la biología para explicar las identidades de las personas.

Pensemos también en las personas *trans* y las personas homosexuales y en cómo la medicina las arrojó hacia el terreno de «lo anómalo». Un proceso que se inició fundamentalmente a lo largo del siglo XIX cuando comienza la construcción de la «normalidad sexual» en Occidente (Foucault, 1998).<sup>16</sup>

De esta forma, en Occidente hacer referencia a las personas *trans* supone desde al modelo biomédico patologizar sus identidades bajo la **etiqueta de la «transexualidad»**, enmarcada en el discurso científico-médico de la enfermedad. Como ya mencionamos anteriormente, la transexualidad no deja de ser una categoría médica, entendida históricamente como una enfermedad orgánica, un trastorno, una anomalía o un desorden de la identidad de género, avalado por los principales manuales de diagnóstico y las principales clasificaciones de enfermedades como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-IO) de la Organización Mundial de la Salud, o el Manual de Diagnóstico de Enfermedades Psiquiátricas DSM de la American Psychiatric Association (APA por sus siglas en inglés). De esta forma, las personas transexuales conocen bien el papel de los médicos como vigilantes de las fronteras que separan la aceptación social de la marginación (Soley-Beltran, 2014: 34-35).

Pero no olvidemos que la transexualidad no deja de ser una categoría construida, que, aunque ligada al discurso médico, parte de nuestra cultura. Es una categoría de clasificación sexo/género a partir de las nociones del género, el sexo y la sexualidad en Occidente. Y no es la única forma, ni tampoco la única válida, en otras culturas se han empleado diferentes términos para nombrar la diversidad de roles y expresiones de género alternativos desde sistemas socioculturales distintos. Así, se utilizan distintas categorías para designar a aquellas identidades *trans* y las identidades intersexuales, como, por ejemplo: **tercer género, dos-espíritus, género cruzado o berdaches**, por poner algunos ejemplos.

Pensemos en grupos culturales concretos como las *hijras* de la India (Nanda, 1999), los *serrer* dentro de los *pokot* de Kenia, las *muxes* del Istmo de Tehuantepec en México.<sup>17</sup> Son sistemas alternativos de clasificación sexo/género, que nos demuestran que el género no es algo estable e inmutable (Nanda, 1999; Bolin, 2003). De esta forma, evitamos caer en esencialismos o explicaciones biologicistas al comprender que las identidades de género son construcciones sociales resultado de contextos y procesos históricos y culturales específicos.

Sin embargo en nuestra sociedad cuando una identidad o expresión de género no encaja en la biología, y/o trasciende lo que se ha estipulado de manera binaria como masculino o femenino, deja de ser «normal» y «natural», se hace inhabitable, y el sistema médico lo categorizará como una anomalía; una disfunción entre la mente y el cuerpo.<sup>18</sup> Por ejemplo, una persona con unos genitales masculinos (pene y testículos) que no se correspondan con una identidad de género masculina (hombre), será interpretado en términos de desorden y por ende, patología. Sin contemplar la opción de que tener un pene no equivale a ser hombre, y que puedan existir hombres con vulva, así como mujeres con pene. A raíz de aquí para corregir ese desorden, se iniciará todo

16 Todas las formas de anomalías (la homosexualidad, el hermafroditismo, y la transexualidad fundamentalmente) eran analizadas clínicamente a través de un proceso de «patologización» y «normalización» de la conducta humana, que definió un orden moral y político.

17 Las *muxes*, hacen referencia a aquellas personas que presentan atributos de género femenino y masculino. Es una categoría que nos da pistas sobre como el género se significa también desde la etnicidad, pues podría ser pensado como un tercer género dentro de la sociedad indígena zapoteca de Juchitán, en el del Istmo de Tehuantepec en México, que representa roles y funciones concretas. Los *pokot* de Kenya, que reconocen la existencia de tres sexos, hombres, mujeres y una tercera posición intersexual, llamada *serrer*. *Hijra* en la India, sería otra identificación de género alternativa a la dicotomía, ya que no «son» ni «hombres» ni «mujeres», han nacido con los genitales masculinos o con atributos de ambos性, es decir, pueden presentar características intersexuales.

18 Recordemos en este sentido la influencia en el sistema de salud del pensamiento racionalista cartesiano y su división del ser humano en dos partes: mente y cuerpo.

un proceso de patologización y medicalización a partir de un cuerpo que ha sido referenciando socialmente como «disfuncional», y ayudándose de todo un conjunto de tecnologías correctivas para ajustar esas anomalías (cirugías de «reasignación», hormonas, implantes, etc.).

## 5.2. Medicocentrista

Otra característica que no podemos olvidar y atraviesa nuestro sistema de salud es su latente medicocentrismo (Kleinman, 1995, Uribe, 2007) “porque la experiencia de la gente sólo existe en tanto que se adapta a clasificaciones de expertos” (Uribe, 2007: 65). Lo que supone en muchas circunstancias la deshumanización de la profesión médica y el distanciamiento entre profesionales sanitarios y personas pacientes.

Para entender esta última característica, vamos a centrarnos en describir y comprender el simbolismo que encierra la dinámica de nuestro sistema de salud y su jerarquización implícita:

En nuestro sistema sanitario los roles sociales están notoriamente definidos y jerárquicamente determinados. Así la persona que requiere ser atendida o precisa atención sanitaria es designada con el nombre de **«paciente»**, éste frecuentemente desempeñará un rol pasivo y a través de un proceso implícito de objetivación médica se le otorgará el papel del **«enfermo»**, el cual deja de tener autonomía y decisión frente a decisiones que implicarán a su propio cuerpo y en general, a su propio proceso de salud y vivencia de la enfermedad.

El personal médico, sin embargo, será quien desempeñe un rol activo, pues está preparado y acreditado para ello, es reconocido y legitimado socialmente y encargado de gestionar el cuidado a través de rutinas médicas estandarizadas. De esta forma, su función es la de explorar las expresiones subjetivas que la persona paciente manifiesta a través de ciertas dolencias o malestares percibidos a nivel físico o psíquico, conocidos como **síntomas**. Después de esta exploración previa, y a través de los **signos<sup>19</sup>** o evidencias objetivas de la enfermedad que el personal médico infiere (como pueden llegar a ser un bulto, una irritación, la fiebre o la tos por poner algunos ejemplos), se establecerá un **diagnóstico** médico. Este diagnóstico hace que la persona sea identificada bajo una etiqueta médica, la cual señalará una patología. Así finalmente establecerá un proceso de curación a través de un **tratamiento** específico impuesto desde fuera.

En todo este proceso se otorgará a las máquinas todo el crédito y reconocimiento para obtener la información necesaria y precisa a través de un convencimiento extremo en ellas, o lo que es lo mismo, una sobrevaloración de la ciencia y la tecnología (Davis-Floyd, 2001).

La tendencia a la medicalización de la praxis médica occidental genera que la mayoría de los tratamientos pasen por el consumo de fármacos, una cuestión que, aunque nos parezca inevitable o de sentido común, no tiene por qué serlo para otras culturas. Por tanto, tampoco es universal.

En la sociedad en la que vivimos ha habido una creciente tendencia en las últimas décadas a la hipermedicalización de muchas esferas de la vida, que antes eran impensables. Se medicalizan muchos de los procesos de vida; procesos naturales y/o sociales. Los intereses que median en este sentido son evidentes, y la industria farmacéutica, aprovecha “cualquier evento para incrementar el volumen de sus ventas, como son los eventos reproductivos normales (la menstruación y la menopausia), mediante la creación de nuevas categorías de enfermedad, tal como el síndrome premenstrual” (Ruiz, 2009: 70) o a través patologizar aquellas identidades que se escapan de la de «normalidad», como ya hemos mencionado con anterioridad.

19 En ocasiones estos signos son captados mediante analíticas o pruebas específicas producidas por la tecnología biomédica (radiografías, ecografías, resonancias magnéticas, etc.)

Sin embargo, son significativas las diferencias que podemos encontrar en otros sistemas culturales en lo que refiere a la forma de gestionar los cuidados, entender la salud y el tratamiento, que no siempre pasarían por el consumo de fármacos o compuestos químicos. Un ejemplo, para referenciar estas diferencias nos lo proporciona el sistema sanitario chino, el cual es característico por su pluralismo médico.<sup>20</sup> La medicina científica clásica china (MTC) o zhongyi recurre a prácticas terapéuticas como la *Tui na* (masaje terapéutico), la acupuntura y la moxibustión.<sup>21</sup> También emplea la materia médica o farmacopea china, la cual incluye plantas medicinales, minerales y animales.<sup>22</sup>

Otro ejemplo significativo en los entendimientos del cuidado y la salud, sería esa diferencia notoria que establecen muchas culturas entre los conceptos de: «**curar**» y «**sanar**». Así en los procesos de *curación*, muy presentes en sociedades occidentales como la nuestra, el tratamiento requiere siempre de un «otro externo» que proporcione cuidados para combatir los síntomas (fármacos o cirugías, por ejemplo). Muy diferente sería el *proceso de sanación*, el cuál parte «desde dentro» de la persona, y va más allá de los síntomas, pues pretende lograr un equilibrio integral y relacional de la persona. Pensemos por ejemplo relacionado con lo anterior, en la centralidad que adquieren las personas sanadoras, *curanderas* o los *chamanes*<sup>23</sup> muy presentes en Sistemas Etnomédicos y/o en muchas comunidades de América Latina.

Así los procesos de sanación implicarían una lógica diferente:



*En nuestros territorios hay unas conexiones con la sanación que no siempre pasan por una pastilla, y aquí lamentablemente, lo primero con lo que uno se encuentra es con la medicalización. Eso entendiendo todas las necesidades que hay, de quien lo decide y quien quiere pasar por todos esos procesos, el estado también lo tiene que garantizar. Y sobre todo para las personas trans eso es determinante, si quieren pasar por todos esos procesos de medicalización, pero [...] sabemos que la salud no está relacionada solo con una pastilla que te tomas, puede estar relacionado con una dimensión espiritual que en estos lugares tiende a ser una visión muy estigmatizante de lo que creemos... En nuestras memorias ancestrales hay muchas cosmovisiones, prácticas que tienen que ver con la sanación y no tiene que ver con el medicamento, que esto puede ser parte del proceso. Pero siempre hay otro mecanismo que te puede ayudar a conectar de otra manera, a sanar... Creo que esta parte del proceso que tiene que ver con la concepción de la salud se atropella mucho en el sistema médico [...] A mí me ha sorprendido mucho como estas sociedades son tan medicalizadas, ¿no? Me asusta mucho... ¿Una depresión? es una tristeza, tu alma está triste, vas al río, te metes al mar te echas siete veces para atrás hablas con Jemanyá<sup>24</sup> y te curas, ¿sabes? O sea, o*

20 Es decir, la coexistencia de sistemas médicos diferentes en condiciones estructurales de igualdad. Estaría la medicina científica clásica, denominada MTC o zhongyi, proporciona hoy el 40% de toda la atención sanitaria a la población, y la medicina científica moderna, conocida como MO o xi yi, el 60% restante ( Sánchez, 2009: 77). De esta forma, el 40% de los medicamentos utilizados en los hospitales de MO son remedios tradicionales y el 40% de los utilizados en los hospitales tradicionales son fármacos de la MO (ídem.).

21 A base de hojas pulverizadas, secadas y trituradas de la planta *Artemisia abrotanum* (abrótano) a la que se le da forma de cigarrillo denominado moxa.

22 También son frecuentes las prácticas físicas como el *Tai chi*, el *Chi Kung*, o el *Tai Chi Chuan*, que de manera integrada y combinada, ayudan al mantenimiento de la salud y a la recuperación del equilibrio del organismo.

23 En muchas comunidades de Latinoamérica se denomina curandero a la persona sanadora tradicional que emplea elementos naturales para *curar-sanar*, a través de medios físicos y espirituales que estarían muy impregnados en creencias mágicas. En ocasiones puede implicar funciones del *chamán*. Este último, concebido como la persona que posee la facultad de curar, de comunicarse con los espíritus y ancestros. Así este ritualista puede consultar a los espíritus o interactuar con ellos en ambos mundos o "viajes" y transitar a través de ellos (Martínez, 2009: 199).

24 Yemayá, o Jemanjá, o Yemanyá (Yem ya en Nigeria, o Dona Janaína en Brasil). Es la *orishá* del pueblo egba. Representa la divinidad de la fertilidad de la mitología yoruba, originalmente asociada a los ríos y desembocaduras. De igual forma también es reverenciada en partes de Sudamérica, Caribe y Estados Unidos.

*lloras, o lo hablas con tu amiga... Una salud que también comprenda lo emocional, lo psico-afectivo. A mí me sorprende como la psicología es un saber muy marginalizado, solo para ciertos tipos de trastornos, no como una comprensión también del mundo afectivo que lleva cada persona que entra a una puerta, que cuyo primer rostro es la señora o señor que te da la primera la bienvenida, no son solos los médicos, sino todo el personal asociado al sistema que no es médico. Este personal también cuenta...*

### **GD-3, experta del colectivo LGTBA+ migración y refugio, lesbiana, y migrante**

En otro sentido, y para finalizar de explicar los procesos de atención de nuestro sistema sanitario, no podemos olvidar que los signos o evidencias de la enfermedad, son totalmente construidos e interpretados y siempre están mediados por un sinfín de elementos, entre ellos, la subjetividad del personal médico y la narrativa de las personas pacientes. Esto significa que puede suceder que se atribuyan “diferentes significados a los mismos signos/síntomas según sean presentados por pacientes hombres o mujeres; lo que sería un sesgo de género en el diagnóstico. Con esto, se podría cuestionar que el término «inxplicado» sea una verdad universal o que no exista o quien interpreta no tenga explicación” (Ruiz, 2009: 37). En otro sentido también dependerá de la narrativa de la persona paciente, la cual es construida, intercambiada y oída, fruto de la interacción humana en un contexto sociopolítico y cultural diferente (ibidem, 34).

Todo este proceso de acceso-atención que normalmente se desarrolla en la consulta de Atención Primaria, a menudo se lleva a cabo en un tiempo estimado de 7 minutos.<sup>25</sup> Un tiempo limitado dentro de un contexto de inmediatez y de saturación de pacientes, en el que la escucha activa pasa a un segundo plano. Sin embargo, la necesidad de más tiempo para la atención de los usuarios migrantes es una de las demandas de los profesionales de Atención Primaria que trabajan con población extranjera (Meñaca, 2003, 2007).

De esta forma hay muchas expectativas culturales sobre lo que es una «**consulta médica**» o una revisión médica que no siempre se cumplen, así la narrativa “ni siquiera me auscultó” es una queja que se repite frecuentemente (Meñaca, 2007: 105).

En este sentido, una consulta exploratoria puede ser decisiva para «poner a prueba» la capacidad de escucha y la sensibilidad del personal médico. Incluso puede ser utilizado como un primer paso para establecer o no, el vínculo de confianza necesario que invite a la persona a abrirse con el profesional.<sup>26</sup> Esto es una cuestión que no ha de pasar inadvertida como nos hace referencia una médica residente del Servicio de Urgencias de un hospital de Madrid:



*En un curso de formación (de estos obligatorios para terminar la residencia) en la unidad docente compartida con sanitarios del Gregorio Marañón, algunos sanitarios (residentes de primer año) dicen que la entrevista semiestructurada no es viable. Que si el paciente viene por dolor abdominal, tiene que contestarte a las preguntas concretas. Yo levante la mano y dije que era muy importante que se dejara hablar a los pacientes, [...] que se quedaran con la sensación que se les había escuchado... Haberse vaciado de su preocupación, ¡que ya de por sí dudas que puedas dar una respuesta técnicamente buena si no es cuchas a los pacientes! Pero, aunque acertaras él no se va a quedar a gusto... [...] Otra cosa son las consultas exploratorias, y es que hay pacientes que llegan diciendo que les duele la tripa, pero en realidad lo que van a hacer es tener una conversación contigo para ver si pueden fiarse de ti, y a continuación, cuando ya se ha terminado la*

25 Dato extraído del GD-2.Perfil sanitario.

26 En este sentido la presencia de referentes en los espacios de salud se presenta fundamental, una cuestión que será abordada específicamente en el apartado 7.

*conversación dicen: ¡Por cierto me ha pasado esto...! Que puede ser ... un riesgo de una práctica sexual o una situación de violencia. Para detectar cosas que culturalmente son muy difíciles de contar como la violencia de género o cualquier tipo de violencia, es muy importante escuchar a los pacientes... Muchas veces vienen a tantearnos, lo he visto muchas veces...*

**ENT-20, médica residente Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospital público Madrid**

Escuchar además de tiempo, necesariamente implica ciertas actitudes; tener las herramientas y recursos necesarios para indagar y mostrar la sensibilización suficiente para ir más allá de tratar ese síntoma que manifiesta la persona. En muchas circunstancias esos síntomas pueden estar alertando de otras situaciones que la persona profesional no puede omitir, ignorar o "normalizar" como puede ser una situación de violencia de género. Sin embargo, la falta de tiempo (imperante no solo en Atención Primaria, también en el servicio de urgencias) unida a la falta de sensibilidad y a la no perspectiva de género, pueden conducir a una vulneración de los derechos de la persona, a través de la omisión o del evitamiento de que la persona se manifieste al suponer «un marrón durante tu guardia», continuando con el testimonio anterior:



*Entonces me respondieron ¡que no se puede abrir esos melones en urgencias, que no hay tiempo de hablar de violencia de género! Que eso si acaso que lo aborde su médico de familia, y que si viene por violencia de género que lo diga y que nosotros le hacemos el parte de lesiones por violencia de género encantados ¡¿dónde se ha visto eso?... A no ser que te la traiga la policía que también pasa, ¡nadie va al hospital y dice eso por delante! Porque sabes que hay muchos filtros antes de ver a la persona que te va a solucionar tu problema y no quieres eso [...] Es que en muchos lugares no es que no se facilite que no se cuenten esas historias, ¡es que se evita que no te las cuenten porque no quieres tener esos marrones durante tu guardia!*

**ENT-20, médica residente Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospital público Madrid**

Antes de finalizar este apartado (y aunque no se exponga en profundidad al no ser objeto de la presente investigación) queremos poner de manifiesto cómo el abordaje de las violencias dentro de los espacios de salud y sus procesos de atención, siguen siendo uno de los retos pendientes dentro del sistema y sus políticas (a nivel de detección y atención). De esta forma, la mayoría de las personas sanitarias entrevistadas desconocían si su centro de referencia o área (ya fuera Atención Primaria, Servicio de Urgencias u otro especializado) disponía de protocolos identificación y/o actuación frente a situaciones de **violencia de género y violencia intragénero**<sup>27</sup> en las personas pacientes. Tampoco podían establecer una diferenciación al respecto y carecían de herramientas para su identificación y abordaje. De esta forma, este tema se convierte en una debilidad para una gran mayoría del personal sanitario. Una cuestión fundamental para profundizar con detalle en futuras investigaciones.

27 Aunque es un concepto sujeto a debate, mientras algunas posturas lo asemejan a la violencia de género (la que ejercen los hombres- o lo que se concibe como masculino –hacia las mujeres– o lo que se interpreta como femenino), otras inciden en la existencia de “especificidades que le son propias, además de un origen distinto” (Puggelli en COGAM, 2016) y situarían la violencia intragénero como aquella que se produce en el ámbito de parejas o ex-parejas del mismo sexo/género y puede ser –como todas las violencias– psicológica, física, sexual, económica, etc. Es una conducta puesta en marcha por uno/a de los/as integrantes para controlar y/o someter a la persona. En el caso de la violencia de género el reparto de poder se hace de una forma determinante a través del sexism. En la violencia intragénero este reparto atiende a otras variables como pueden ser el nivel de estudios, económico, la raza, la situación administrativa en el país de residencia, la salud, la edad, la visibilidad, etc. (idem.).

### 5.3. Universalista/etnocentrista

Nuestro sistema sanitario cobra su sentido en la sociedad en la que vivimos ya que se relaciona con nuestra manera de entender el mundo, la salud y la enfermedad, y genera a su alrededor toda esa «cultura de la salud» que como ya advertíamos, no tiene que ser comprendida y/o intuida por todas las personas que forman parte de ella. Por tanto, decíamos que no es universal. Pensemos por ejemplo en las personas migrantes y refugiadas que provienen de otros países, con universos culturales diferentes y pueden tener interiorizadas otras formas de funcionamiento que representan al sistema de salud donde han sido socializadas. Esto implica que sus expectativas, sus demandas y necesidades sanitarias, así como sus posibles respuestas hacia la enfermedad y el dolor, los tratamientos y los procesos de curación pueden variar significativamente. Pues son el resultado de sistemas culturales y realidades sociales específicas, que responden además a una visión del mundo particular, y a un sentido de por qué hacemos las cosas.

De esta forma, cuando estas personas acceden a un centro de salud o a un hospital, hay muchos elementos y procesos que pueden ser desconocidos para ellas; desde sus políticas de admisión y sus circuitos de atención, sus espacios, sus tiempos y “esperas”, sus formatos, su lenguaje, hasta sus colores y su simbología.

Lo mismo sucede con la «visita rutinaria al médico», las analíticas o revisiones periódicas, que como ya mencionábamos implican una concepción preventiva de la salud que no tiene que estar presente en todas las culturas.

En este sentido, también es diferente lo que esperamos de la **«figura del médico»** o del personal sanitario, pues no siempre depositamos las mismas expectativas en las personas que gestionan los procesos de salud, y podemos hablar de la existencia y el reconocimiento de figuras diferentes. De esta forma el papel de los **agentes sanitarios<sup>28</sup>** adquiere una centralidad fundamental en muchos países, muy diferente al que podemos tener aquí. O la existencia en muchas comunidades y territorios de figuras como la *matrona*, la cual no recibe una formación institucional y/o reglada universitaria. Tradicionalmente este trabajo lo desarrollan mujeres cuyo conocimiento es transmitido generacionalmente; aprendido de sus madres u otras mujeres en sus familias. Sus funciones se desempeñan durante el parto, sin ninguna relación previa con las mujeres en el proceso de gestación o la atención que podría desempeñar la figura de la persona ginecóloga en España.

También los circuitos de atención cambian en función de la cultura y del tipo de sanidad al que nos estemos refiriendo. Pensemos que en determinados países si es posible acceder directamente al especialista desde el mismo sistema sanitario público sin una derivación previa requerida, lo mismo que sucede en las clínicas o sistemas privados de atención. Por tanto, el proceso y su lógica de acceso a nuestro sistema de salud no siempre se entiende por parte de todas las personas usuarias provenientes de otros lugares, así el funcionamiento de la **«cita previa»** tampoco es universal.

No olvidemos que todos estos elementos responden a un modelo de salud específico que es el nuestro, pero que no es el primero ni el único válido. Su campo de conocimientos no es exclusivo, parte de los entendimientos previos sobre nuestra forma de comprender la salud y el sistema sanitario, y está muy arraigado a procesos políticos y sociales. De esta forma, la salud y enfermedad no son solo categorías culturales, también son políticas, pues están altamente in-

28 Los agentes sanitarios locales son figuras referenciales en el ámbito comunitario que ayudan a lograr la equidad sanitaria en muchos territorios y localidades. Así según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019 a) forman parte de las iniciativas para alcanzar la salud para todas las personas, particularmente de grupos empobrecidos, desatendidos y marginados. Estos agentes tienen conocimientos de higiene, primeros auxilios, vacunación y otros servicios esenciales de Atención Primaria de salud, de manera que constituyen un eje referencial en toda respuesta sanitaria de emergencia. Ver más en [https://www.who.int/features/2010/community\\_health\\_workers/es/](https://www.who.int/features/2010/community_health_workers/es/)

fluenciados por el contexto social y político que les rodea (Navarro, 1998). A partir de la coyuntura política, así como de los recursos que se quiera destinar para ello, se configuran nuestras políticas de atención sanitaria, de investigación y de prevención, a la par que se estipula lo que consideramos prioritario y lo no prioritario, quienes están dentro del sistema y quienes quedan fuera.

Cada sistema cultural se encarga de definir, explicar, clasificar y etiquetar lo que percibe como enfermedad, utilizando para ello, sistemas de clasificación y terminología propias, como veíamos con el ejemplo del sistema sanitario chino. Así debemos cuestionarnos siempre el aceptar una visión universal y neutral de la biomedicina. Pensemos por ejemplo que en Occidente tenemos una clasificación referencial para registrar lo que denominamos como «trastornos mentales», que sería el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, siendo la 5<sup>a</sup> versión la que está vigente; DSM-V.<sup>29</sup> Así este sistema de clasificación recoge descripciones específicas de las categorías diagnósticas de los trastornos mentales en Occidente.

Sin embargo e incidiendo en lo mismo, este último es un sistema más de clasificación, no es el único ni tampoco es universal, es decir, está diseñado en un contexto cultural e histórico específico y responde a las necesidades concretas de sus poblaciones. Por tanto, no tiene por qué ser replicable y funcionar en otras sociedades ni si quiera en las distintas épocas de una misma sociedad, así, por ejemplo, “se explica que la espiroquetosis<sup>30</sup> sea una deformidad considerada normal entre muchos grupos del norte del Amazonas o que la homosexualidad haya sido entendida como una patología mental asociada a las perversiones hasta hace treinta años en los manuales de psiquiatría” (Martínez, 2007: 27).

De esta forma comprobamos que dentro de nuestro modelo biomédico, una gran parte de las explicaciones que concedemos a los «trastornos mentales» y en general al funcionamiento psíquico, se originan en la biología, o al menos, hay una tendencia frecuente a referir a lo «innato»<sup>31</sup> que tiende a dotar a los genes y los cerebros de poder causal y explicativo a la hora de entender la construcción psicológica. Esta última la explicamos desde dentro (genes, hormonas, cerebro) hacia fuera (conductas y acciones) (Esteban-Guitart 2008: 12).

Sin embargo, la etiología o las causas que se atribuyen a las enfermedades pueden variar de una cultura a otra, al igual que los recursos y las estrategias para enfrentarlas. Ponemos el ejemplo en Occidente y su tendencia a buscar explicaciones biológicas pero podemos poner y reflexionar sobre muchos otros.

Por ejemplo el concepto de «enfermedad mental» en muchos países de mayoría árabe y/o musulmana está influido por aspectos culturales y religiosos, y está sujeto a diferentes dimensiones históricas.<sup>32</sup> En algunas interpretaciones puede significar posesión (de oscuridad), innovaciones o expansión del yo, o desarmonía o constrección de la conciencia (Okasha, et al., 74: 2012). El concepto árabe que se utiliza para explicar esta “posesión” es la raíz de la palabra “Tocar” así la persona poseída está tocada –relacionado con– por el otro mundo invisible y paralelo. Del mismo modo se establecen interpretaciones religiosas para situar lo que en nuestra cultura denominamos «trastornos de personalidad» o «enfermedades mentales», así muchas personas musulmanas atribuyen muchos de los acontecimientos de su vida a la voluntad de Dios, y puede comprenderse que el concepto de «enfermedad mental» pueda estar influido por aspectos culturales y religiosos. Por ejemplo el esquizotípico puede ser

29 Éste es editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en inglés, *American Psychiatric Association (APA)*.

30 La espiroquetosis intestinal humana (EIH) se asocia a diarrea crónica.

31 Refiere a aquello que pertenece a la naturaleza de un ser desde su origen o nacimiento, por tanto no es aprendido.

32 Cabe destacar que la visión colectiva a las enfermedades mentales, derivada de la religión, está a su vez arraigada en la época preislámica de la península arábiga, cuna del Islam.

entendido como cercano a Dios (Okasha, et al. 76). La palabra árabe *machnun* o *majnoon* (como se transcribiría en inglés), refiere a una persona poseída por los *Djinn* (los genios)<sup>33</sup> que en muchas ocasiones están considerados como seres invisibles «buenos o malos» y tienen la capacidad de controlar a la persona poseída. La única manera de “echar” a estos seres es a través de sesiones de exorcismo realizadas por curanderos religiosos usando el Corán, o bien por curanderos, que, según la creencia popular, tienen poderes para el uso de la hechicería y la magia. Este sistema de clasificación y creencias diferentes hace que las personas o los familiares de la persona no identifiquen esta situación como una «enfermedad», un «problema de salud» o un «trastorno psiquiátrico» y, por tanto, rara vez solicitarán ayuda médica o psiquiátrica. De esta forma la lectura de la «locura» está esencialmente ligada a unos rasgos característicos de la religión musulmana y sus raíces preislámicas y a las herencias culturales de las creencias animistas primitivas que todavía conviven con la religión, a pesar de estar clasificadas como prohibidas en la misma.

Comprobamos que hay infinitas formas de explicar, situar y etiquetar los comportamientos humanos. Frente a esta diversidad, la **Psicología Cultural**<sup>34</sup> nos arrojaría otras formas de entender la psicología apuntando a cómo las tradiciones culturales y las prácticas sociales regulan, articulan y transforman la mente humana (Shweder, 1990: 1). Para este tipo de psicología la cultura y la mente son inseparables, los significados forman parte de la cultura y son negociados por todas las personas, es por tanto que deberían formar parte o ser estudiadas en cualquier teoría psicológica (Bruner, 1990).

Estas reflexiones nos ayudan a entender la importancia que le conceden algunos grupos culturales a los **significados mágico-religiosos** en sus estados de salud-enfermedad; la posesión de espíritus, los procesos de embrujamiento, las conexiones con antepasados ancestrales, o el denominado «mal de ojo» característico de nuestra cultura occidental, se consideran elementos o causas etiológicas del desequilibrio o angustia psíquica. Y aunque muchas de estas últimas atribuciones no sean validadas por la comunidad científica occidental, no significa que no sean legítimas y válidas en otras culturas. El hecho de no llegar a comprender esta relación de importancia puede llevar a los profesionales de salud a interpretar muchas manifestaciones de forma errónea desde juicios etnocentristas, lo que supondría una vulneración de los derechos humanos de las personas con orígenes culturales distintos.

Hay cuestiones que no se pueden banalizar en los procesos de atención en el sistema sanitario, pues las creencias propias de las personas pacientes tienen consecuencias importantes para su salud y su bienestar. Para que el personal sanitario pudiera abordar fácilmente estas concepciones que median el entendimiento y la comunicación con la persona paciente de origen cultural diferente, necesitaría la herramienta de la Mediación Intercultural. En este sentido, las enfermedades populares como la posesión de espíritus o los remedios tradicionales como consultar a un maestro coránico (*fqih*) en la comunidad marroquí, pueden ser tratados con mayor facilidad a través de la figura del mediador cultural<sup>35</sup> (Verrept, 2004: 33).

A continuación y para finalizar mostramos dos testimonios de personal sanitario provenientes de dos instituciones de salud diferentes que reflejan una práctica muy recurrente en la asistencia hospitalaria. Estos ejemplos nos sirven para entender y reflexionar cuando una diferencia cultural es interpretada bajo parámetros culturales propios:

33 Los genios son parte de la mitología islámica heredados de la época pre-islámica, son seres invisibles, creados de fuego, que viven en la tierra en un universo paralelo al universo humano, tienen la capacidad de adoptar diferentes formas, y poseicionar e influir espiritual y mentalmente en el ser humano (posesión psíquica). “Hemos creado al hombre de barro, de arcilla moldeable. Antes, del fuego ardiente habíamos creado a los genios” (Corán, 15, 26-27). Por eso se consideran en la religión islámica la tercera clase de seres creados por Dios, en adición a los humanos y los ángeles.

34 Hunde sus raíces en la antropología, la psicología y la lingüística (Miller, 1994: 29).

35 Un tema que abordaremos específicamente en el apartado 7.



Un chico que era camerunés acabó atado a una cama, una práctica que es un desastre pero que seguimos haciendo [...] Pensaban que tenía un brote psicótico, pero no era un brote, simplemente era una vivencia ubicada en su cultura... del proceso de migración que estaba viviendo que era muy traumático. Había contactado con sus ancestros, se había comunicado con ellos y tenía como esa especie de voz con la que hablaba, entonces aquí se interpretó como una crisis psicótica, se le contuvo y acabó muy mal... [...] Bueno ella (la mediadora) hizo que le soltaran, porque se entendió lo que estaba pasando, explicando contextualmente sobre lo que estaba pasando... Pero el chico tuvo una vivencia súper traumática en el hospital a raíz de esto [...] Yo he atendido muchos brotes psicóticos muy entre comillas de gente que va al Welcome, que es un hostal de bienvenida de gente que están en proceso de obtener el asilo, y que acaban de ser expulsados de Alemania o que llegan del mar o cosas así. Y a nuestro parecer ¡brotan! Y es una lectura errónea y yo he atendido muchas personas así, y después de hablar con mi compañera (la mediadora) ya dudo si eso era así... ¿Tenía algún sentido leerlo como un problema de enfermedad psíquico o algo así o si simplemente no les estaba entendiendo por una diferencia cultural?...

#### **ENT-20, médica residente Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospital público Madrid**



[...] Es verdad que todo lo que tiene que ver con la psiquiatría se hace muy mal. Por ejemplo, yo trabajo en urgencias, y veo o estoy observando una tendencia a atar, a hacer contención física a muchos migrantes porque se achaca a brotes psicóticos, contención física y química. Y me da la sensación que se tiende a hacer más con población migrante. Y a veces hay un problema de comprensión simplemente por el idioma por ejemplo. Como las personas que vienen de África Subsahariana, lo interpretamos todo como brotes ¡ha brotado! Y le medicamos, y eso se hace. Yo solo puedo hacer crítica de eso... Y a veces sí que puedo hacer un poco de objeto de conciencia, pero otras... es muy complicado...

#### **ENT-19, enfermera, Servicio de Urgencias Hospital Público de Madrid**

Probablemente abordar esta situación a través de la mediación hubiera proporcionado un análisis alternativo al personal sanitario, rescatando la importancia del sentido de la «vivencia» del proceso migratorio, muy vinculado a la experiencia, la efectividad y a las emociones y hubiera generado otro tipo de soluciones.

Atar a las personas a la cama no es sino una vulneración de la integridad física de muchas personas que son «racializadas» y no son, lamentablemente, hechos aislados o puntuales en los hospitales y otros espacios de salud. Queremos incidir en este sentido, que no se trata de que el personal sanitario tenga conocimientos exhaustivos de las cosmovisiones o de las pautas culturales de todas y cada una de las personas que atiende. Simplemente se trata de tener la sensibilidad necesaria para detectar cuando algo no encaja en sus esquemas culturales y se desborda, solicitar el apoyo y los recursos necesarios para poder brindar a la persona una atención integral que no vulnere sus derechos humanos fundamentales.

Así como mencionábamos una buena práctica en este sentido sería la recurrencia a las figuras de la mediación y la interpretación, pues aquí se presentan fundamentales para facilitar el entendimiento entre el personal sanitario y la persona que accede al servicio de salud, y así entender sus características, tiempos y procesos diferenciales. Una cuestión que será abordada en adelante.

## 5.4. Cis-heteronormativo

### ¿A qué nos referimos cuando nuestro sistema de salud es cis-heteronormativo?

Cuando hablamos de heteronormatividad (Warner, 1993) estamos haciendo referencia a ese régimen social y cultural que impone la heterosexualidad obligatoria como norma social, es decir, como la única sexualidad “normal”, natural y aceptada socialmente.

Vivir en una sociedad binaria y heteronormativa, supone que la sociedad impone dos categorías sociales: hombre (género: masculino) mujer (género: femenino) en base a unos genitales o características sexuales observables, y estableciendo una correspondencia normativa entre ellas. Convierte así el sexo-género-práctica sexual en una triada lógica que mantiene relaciones de coherencia y continuidad (Butler, 2007: 72). De esta forma, si mis genitales coinciden con mi identidad de género seré una persona cisexual, y si además me gustan las personas de género contrario seré heterosexual y estaré dentro de la norma socialmente construida.

Sin embargo, todas aquellas personas que trasciendan o no se identifiquen con la heteronorma y transgreden los roles y expectativas que la sociedad les impone en base a su sexo de nacimiento, serán invisibilizadas, excluidas y/o violentadas dentro del sistema. Esto sucede con aquellas personas con identidades y/o expresiones de género diversas (personas *trans*) que no tienen por qué ajustarse a los estereotipos hegemónicos de lo que se considera una mujer o un hombre, incluso, los quieren transgredir, o aquellas personas con opciones sexuales diferentes como es el caso de las personas lesbianas, bisexuales o gays.

La institucionalización y normalización de la heterosexualidad permea en todas las estructuras y sistemas de la sociedad, por ello nos referimos a ella en términos de régimen social y cultural, porque se nos impone a través de valores, normas, prácticas, ideologías, religiones etc. Así la **cis-heteronormatividad** se hace especialmente notoria y de igual modo se naturaliza en el sistema de salud a través de sus expectativas, lenguajes, pautas médicas, roles y valores. Pensemos en el siguiente ejemplo que sucede con mucha frecuencia en las consultas de ginecología, ¿qué sucede cuando una mujer lesbiana entra a la consulta a una revisión o a realizarse, por ejemplo, una citología?

La persona médica que le recibe en la consulta reproducirá en sus preguntas toda una lógica heterocentrada a través de la «batería para cis-heterosexuales»<sup>36</sup> (Medical Anthropology Research Center, 2017), sin pararse a reflexionar que la persona que tiene delante no tiene por qué ser heterosexual, puede mantener relaciones con otras mujeres, o simplemente no mantener relaciones sexuales.

Sin embargo, las expectativas de género en las que las personas estamos socializadas, llevarán al personal médico casi por la «inerzia» a presuponer (observando que su expresión de género es la de una mujer) que mantiene relaciones sexuales con un hombre<sup>37</sup> y mantiene prácticas orientadas a la reproducción y el coito vaginal.<sup>38</sup>

Y de alguna manera el sistema de salud una vez más, acaba reproduciendo con esta situación ese sesgo sexista tan recurrente, al caracterizar a las mujeres en base a su capacidad biológica reproductiva, una cuestión en la que profundizaremos en adelante.

36 Referida a aquella batería de preguntas realizadas por parte del personal médico, con el objetivo de crear una historia clínica basada en el paradigma de la matriz heterosexual. De esta forma, una persona con útero, vagina y clítoris será identificada como una identidad de mujer, y se deduce, que manifestará atracción sexual por los hombres cis (Medical Anthropology Research Center, 2017: 146).

37 Una cuestión que será bordada con más detalle en el apartado 6.

38 Estas deducciones desde la heteronorma, son muy frecuentes en las dinámicas cotidianas de las personas lesbianas y bisexuales en el servicio de ginecología, que tienen como consecuencia la invisibilización de la sexualidad de estas personas, y la no identificación de sus necesidades de salud específicas.

## 5.5. Androcéntrico

Por otro lado, no podemos obviar como el sistema de salud está atravesado por el sesgo androcéntrico, pues normalmente los ensayos clínicos incluyen mayoritariamente en sus muestras a hombres como sujetos de estudio o «sujetos tipo»<sup>39</sup> y los resultados de esos estudios son extrapolados y generalizados automáticamente a todas las personas. Pensemos por ejemplo lo que ha sucedido históricamente con el infarto agudo de miocardio (IAM) en las mujeres.<sup>40</sup> Así muchas enfermedades se infradiagnostican en mujeres y en personas con otras identidades de género, porque el patrón siempre es el hombre. El sesgo de género en el sistema implica que la investigación sanitaria sea reduccionista y parcial, al no contemplar las diferencias y particularidades entre la diversidad, lo que deriva en inequidades, desigualdades y prácticas discriminatorias en el acceso y atención de los servicios sanitarios.

A continuación, establecemos algunos ejemplos de diferentes tipos de sesgo presentes en nuestro sistema de salud salud recogidos por Ruiz (2009):

- **Sesgos de género en los diagnósticos de enfermedades.** Por ejemplo, en la aplicación de criterios diagnósticos propios de los hombres a las mujeres. Aunque sea una evidencia que determinadas enfermedades pueden ser padecidas en ambos sexos, evolucionan diferente. Es el caso de las enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, las espondiloartropatías, entre otras (Ruiz, 2009: 33). Además, determinadas enfermedades como la pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son más propensas a desarrollarse en mujeres, sin embargo, el diagnóstico continúa siendo emitido con más frecuencia en hombres.
- **Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico del nivel terciario asistencial.** Esto se relaciona con diferentes elementos, desde la accesibilidad a los hospitales de ambos性 para igual necesidad, la comparación de los tiempos de espera desde los primeros síntomas, hasta la atención sanitaria y tipos de estrategias terapéuticas empleadas. El mito de que las mujeres son las mayores usuarias de los servicios sanitarios no se corresponde con la realidad, hay mayor utilización del hospital por varones que por mujeres, es un indicador de sesgo de género significativo (Ruiz y Verdú, 2004, en Ruiz 2009).
- **Sesgos de género en la prescripción de fármacos psicótropos.** La mayor prescripción y consumo de fármacos psicótropos se produce en mujeres, pues son diagnosticadas con una mayor prevalencia de depresión y ansiedad.<sup>41</sup> Además, el “malestar emocional de las mujeres está medicalizado, habitualmente, con estrategias terapéuticas sintomáticas erróneas y ciegas a las causas” (Ruiz, 2009: 48)
- **Sesgos de género en las intervenciones quirúrgicas.** Por ejemplo, algunos estudios concluyen que el personal médico recomienda con mayor frecuencia la artroplastia<sup>42</sup> a los hombres que a las mujeres, sugiriendo que el sesgo de género puede contribuir a la desigualdad de género en las tasas de uso de artroplastia total de rodilla (ibidem, 51).

39 El término «atípico» deriva de la creencia de que los procesos de enfermar son los propios de los hombres, los típicos (Ruiz, 2009: 35)

40 Los síntomas más conocidos y estudiados del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) son los más frecuentes en los hombres, pero las mujeres pueden presentar otros síntomas. Sin embargo, los hombres reciben un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las enfermedades cardiovasculares, a pesar de que este tipo de enfermedades matan al año a más del doble de mujeres de las que mueren por todas las formas de cáncer (Freedman, Maine, 1993 citado en Ruiz, 2017: 56).

41 Así el personal médico atribuye factores psicológicos más fácilmente en mujeres que en hombres. Esto puede explicarse a través de la cultura, los roles históricos relacionados con los cuidados y el mundo de las emociones y los afectos que han sido atribuidas a las mujeres.

42 Es una cirugía para reemplazar una parte de una rodilla dañada.

De esta forma ser hombre, blanco, cisgénero y heterosexual supone seguir encarnando muchos privilegios en nuestra sociedad, pues sigue siendo el modelo de referencia para organizar el sistema social, y concretamente el sistema de salud, sus políticas de atención, prevención e investigación. En este sentido, y debido al sesgo de género reduccionista y a la concepción binaria de nuestro sistema, no hay estudios referentes clínicos que contemplen la diversidad sexual o que al menos, contemplen diferentes posibilidades. Por ejemplo, un hombre con vagina y útero, o una mujer con pene, siguen siendo un desafío para el servicio sanitario. No hay un esfuerzo terapéutico en lo que refiere a la prevención y el seguimiento de determinados tipos de cánceres en personas *trans*, que afecta al seguimiento de la PSA<sup>43</sup> y del cáncer de próstata en mujeres *trans* y a las revisiones mamarias y ginecológicas en caso de hombres *trans* (Medical Anthropology Research Center, 2017: 266).

## 5.6. La importancia de contemplar los determinantes sociales de la salud

Como aludíamos al principio, nuestro sistema sanitario biomédico continúa arraigado a una concepción racionalista cartesiana, la cual divide al ser humano en dos partes: mente y cuerpo. Esta separación dual entre el cuerpo y la mente entiende que cada disfuncionalidad producida en el organismo se entiende mejor cuando se observa desde fuera del cuerpo y su contexto social, y no siempre se tiene como referente la importancia de las causas o determinantes sociales que atraviesan nuestros contextos cotidianos e interfieren en nuestros estados de salud y enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019 b) los determinantes sociales de la salud son el conjunto de circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido en este conjunto, el mismo sistema de salud. Además, incide en que estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, así como su dependencia con las políticas adoptadas. Es por tanto que los determinantes sociales nos ofrecen una explicación de la mayor parte de las inequidades sanitarias, entendidas como diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Así por ejemplo la tuberculosis no sería únicamente la exposición a este microorganismo (Dubbos, 1992 en Martínez, 2007: 27) sino también la conjunción de otros factores sociales como la pobreza, la edad, el estado nutricional, el hacinamiento o la presencia de otras enfermedades previas como la diabetes o el alcoholismo (*ibidem*). Tenemos infinitud de ejemplos sobre cómo interfieren los condicionantes sociales que rodean nuestras vidas en muchas de las enfermedades que padecemos. Un ejemplo claro que afecta a un grupo significativo de personas en todo el mundo, es la denominada *Tripanosomiasis Americana*, popularmente conocida en Latinoamérica como la **Enfermedad de Chagas** o el «**mal de chagas**». Es una de las enfermedades asociadas a la precariedad y pobreza extrema, con una prevalencia significativa en las regiones más empobrecidas de América Latina, y tal y como nos advierte la OMS es uno de los mayores problemas de salud y menos atendidos en la zona. La Enfermedad de Chagas es provocada por un parásito conocido como «vinchuca» o chinche que habita en las grietas de las paredes y los techos de viviendas precarias, construidas de adobe, barro, ramas, caña o incluso paja. Aunque el «mal de chagas» es endémico de Latinoamérica, se ha hecho global en los últimos años, siendo España el país con más casos de Europa, pues se estima que hay entre 75.000 y 80.000 casos en España y entre 8 y 10 millones de personas infectadas en todo el mundo.<sup>44</sup>

43 Antígeno prostático específico (PSA), referido a una proteína producida por la próstata y que participa en la disolución del coágulo seminal.

44 Ver más en: [https://elpais.com/elpais/2014/09/18/planeta\\_futuro/1411037527\\_036394.html](https://elpais.com/elpais/2014/09/18/planeta_futuro/1411037527_036394.html)

Así enfermedades como la Enfermedad de Chagas, pero también otras como la fascioliasis<sup>45</sup>, las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo, la lepra, la leishmaniasis<sup>46</sup>, la filariasis linfática<sup>47</sup>, la peste, la rabia humana transmitida por perros, la sífilis congénita, el téton neonatal, el tracoma<sup>48</sup> entre otras, serían lo que la Organización Panamericana de la Salud denomina **Enfermedades Infecciosas Desatendidas** (EID) y afectan a “los más pobres entre los pobres”, pues se estima que más de 1 000 millones de personas sufren una o más de esas enfermedades y viven en zonas con elevado riesgo de contraerlas (OPS, 2016: 18).

De esta forma, los ejemplos anteriores nos sirven para reflexionar sobre cómo las explicaciones causales que otorgamos a las enfermedades, infecciones o situaciones patológicas que se deriven de éstas, nunca son independientes de los determinantes sociales, culturales e históricos.

- 
- 45 La fascioliasis es una enfermedad provocada por parásitos que afecta principalmente al hígado. La infección se adquiere al consumir plantas acuáticas crudas contaminadas con el parásito, particularmente, berros (Organización Panamericana de la Salud, 2016: 115)
- 46 La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa, causada por 22 especies diferentes de parásitos del género *Leishmania*. En las Américas, existen 15 especies de *Leishmania*. El parásito se transmite a los seres humanos mediante la picadura de insectos conocidos popularmente como “chiclera, asa blanca, palomilla, mosquito palha y torito” (*ibidem*, 124) entre otros. Este insecto es activo por la noche, inyecta el parásito al ser humano a través de su picadura.
- 47 La filariasis linfática popularmente conocida como «piernas de elefante» es una enfermedad infecciosa crónica que causa discapacidad, estigma y discriminación. La infección ocurre cuando la larva filaria entra en el cuerpo del humano por la picadura de un mosquito. Las larvas viajan por la sangre hasta los ganglios linfáticos donde anidan y se reproducen hasta convertirse en gusanos adultos. La infección altera el sistema linfático pudiendo llegar a producir el agrandamiento de algunas partes del cuerpo, principalmente el escroto y las piernas, a causa de la acumulación de líquidos. (*ibidem*, 56)
- 48 El tracoma es una enfermedad ocular infecciosa causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. La infección se transmite normalmente por contacto directo con secreciones oculares o nasales de una persona infectada o por contacto directo con fuentes contaminadas con la bacteria, como toallas o ropa. Provoca complicaciones visuales graves, entre ellas, ceguera. (*ibidem*, 94)

# 6

## Necesidades específicas de salud de la población LGTBA+

En el siguiente apartado se pretenden desarrollar las necesidades y los obstáculos identificados en el transcurso de la investigación que encuentran las personas LGTBA+ migrantes en el acceso al sistema de salud y en la atención recibida, las cuales obedecen a un modelo de centro-periferia (Medical Anthropology Research Center, 2017). Esto se traduce en que frecuentemente, las necesidades de salud de estas personas son abordadas desde el paradigma hegemónico de la cis-heteronormatividad característico del Sistema Biomédico. Así, las estructuras y dinámicas de poder transforman la salud sexual y reproductiva de la población LGTBA+ en un asunto periférico de segundo orden (ibidem, 13).

Además, es significativa y generalizada la falta de formación del personal sanitario en **materia de diversidad sexual y perspectiva intercultural**, pues se presenta como uno de los problemas más significativos a la hora de atender a las personas migrantes LGTBA+:



*No hay formación ni durante el pregrado ni de postgrado. Con lo cual, salvo personas que tienen una sensibilidad y se formen y se interesen, puedes pasar toda tu vida laboral en el sistema sanitario sin ninguna formación en temas de diversidad y sobrevivirás y nadie vendrá a formarte y decirte que para capacitarte en tu trabajo tienes que hacer esto. Es uno más de los muchos déficits. Tampoco hay programas de formación en interculturalidad para entender que la atención a personas de muchas culturas y orígenes tiene diferencias, en cambio estamos trabajando con todo el mundo como si fuera de tu misma cultura sin tener en cuenta las singularidades de cada cultura de origen [...]*

**ENT-23, Médico del equipo de Trànsit en Barcelona**

En las próximas líneas serán abordadas algunas de las situaciones de salud específicas de los colectivos que han formado parte de la muestra en el siguiente orden: el colectivo *Trans*, las personas Lesbianas y Bisexuales, el colectivo de Asexuales, las personas Gays y HSH. Sin embargo, siendo conscientes de la diversidad inagotable que caracteriza a las personas, no serán abordadas todas las necesidades de salud que enfrentan todos los grupos en todas las circunstancias, pues además siempre dependerán de cómo interactúen en cada escenario específico esos marcadores de la diferencia (identidad de género, sexo, raza, estatus migratorio, edad, etc.) que generan esas realidades situadas de las que venimos incidiendo. Así, serán puestas de manifiesto algunas de las cuestiones que han sido referentes en la presente investigación, sin descartar el que pudieran ser abordados en profundidad en investigaciones posteriores.

En otro sentido, por su especificidad y por la vulnerabilidad que encarnan, vamos a dedicar una parte al colectivo de mayores LGTBA+, el cual ha sido históricamente criminalizado, estigmatizado y objeto de múltiples discriminaciones, y enfrenta situaciones específicas de salud.

Antes de comenzar vamos a introducir algunas cuestiones comunes que están presentes en las situaciones generales de las personas LGTBA+ migrantes y refieren al proceso de acceso a los sistemas de salud en las ciudades de Madrid y Barcelona.

## 6.1. Requisitos de acceso al sistema de salud en la ciudad de Madrid y Barcelona

El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona, según el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Este Decreto-Ley se estableció posteriormente al Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, el cual había supuesto una vulneración de este derecho, pues dejaba fuera de la atención sanitaria a personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España. Así, la prestación sanitaria quedó limitada a la asistencia en caso de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica y a la asistencia durante el embarazo, parto y posparto.

Sin embargo, el RDL 7/2018, supuso ciertos retrocesos importantes. Y aunque pareciera que pretendía la recuperación de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, establecía una serie de requisitos relacionados con la nacionalidad y la residencia. Así se establece una estancia mínima de 90 días, excluyendo sanitariamente a las personas que llevaran menos de este tiempo, incluyendo las embarazadas o menores. Esto ha significado que aquellas personas extranjeras sin permiso de residencia quedaran excluidas.

Actualmente en la Comunidad de Madrid se establecen dos procesos diferentes para que la persona (que no tiene tarjeta sanitaria<sup>49</sup>) pueda acceder al Sistema Nacional de Salud (SNS), en función del tiempo de la persona en territorio nacional:

- Si la persona lleva menos de 90 días de estancia acreditada en España (en situación irregular; sin recursos económicos, ni seguro médico) solo podría acceder a la asistencia sanitaria en situación de emergencia, a través del **código TIR** (transeúnte sin permiso de residencia). Y para otro tipo de servicios debería realizar el pago correspondiente.
- Si la persona lleva más de 3 meses de estancia acreditada en España, sin recursos económicos: sí tendría derecho a la asistencia de enfermedades infecto-contagiosas como el VIH y otras ITS, entre otras. A través de **código DAR** (extranjero no asegurado) en su centro de Atención Primaria. Para este trámite se requiere el pasaporte, el padrón (que acredite más de 3 meses de estancia) y firmar una declaración jurada de no poseer ingresos económicos suficientes.

De esta forma el alta en el sistema través de estos procesos, genera automáticamente varios derechos: asignación de consulta de medicina y enfermería, la derivación a consulta de especialidades médicas y a las recetas. Sin embargo, en la práctica esto no siempre sucede, y depende del acceso a la información, así como de la iniciativa de las personas o centros específicos de salud donde la persona quisiera acceder. En este sentido, es significativa la labor de incidencia y seguimiento que llevan a cabo las organizaciones y entidades sociales para que las personas migrantes LGTBA+ accedan a los servicios de salud.

<sup>49</sup> Para ello, necesitaría estar afiliada a la Seguridad Social, independientemente de cualquiera que fuera su situación laboral (en activo, en desempleo, situaciones asimiladas al alta, etc.). Además de tener el Permiso de Residencia (TIE) en vigor y el volante de empadronamiento, emitido por su ayuntamiento de residencia en los últimos noventa días previos a su presentación.

Son distintas las estrategias que desarrollan para agilizar y/o solventar las diferentes situaciones específicas de las personas, como por ejemplo el empadronamiento en la sede social, o el establecer pequeños convenios y/o acuerdos con profesionales y/o centros específicos:



*El derecho a sanidad es universal, pero especialmente en casos en los que el tratamiento es como quien dice, de obligatorio cumplimiento. Se empezó a contactar con diferentes hospitales para ver de qué manera las personas que no podían acceder por ejemplo al código DAR, o bien porque no habían cumplido tres meses y no se encontraban en situación irregular, o bien porque no tenían el empadronamiento, que limita el derecho a todo, empezamos a contactar y bueno [...] tuvimos la suerte de encontrar diferentes médicos que nos permitían el acceso... Otras entidades también lo están haciendo simplemente con el pasaporte... A partir de ahí empezamos a hacer contactos, establecimos pequeños convenios con diferentes hospitales...*

#### **ENT-1, experta salud sexual, igualdad y diversidad sexual**

Sin embargo, son soluciones y estrategias que en muchas circunstancias dependen de iniciativas y/o sensibilidades particulares, lejos de representar una solución estructural para todas las personas y en todas las circunstancias, independientemente de quien te atienda. Además, contemplemos que las realidades de salud son diversas y especialmente delicadas cuando las personas tienen que acceder a tratamientos específicos como es el caso de los antirretrovirales frente al VIH. La ambigüedad y la falta de protocolos específicos en este sentido se hacen más evidentes en sistemas de gestión privada que pueden derivar en prácticas discriminatorias y/o en racismo institucional:



*En España para acceder al tratamiento antirretroviral hay que acceder al sistema de salud porque los antirretrovirales se entregan en farmacia hospitalaria y se prescriben después de un seguimiento médico [...] También nos hemos encontrado situaciones que con el alta en el código DAR les han negado la medicación, que son los hospitales de gestión privada. La Jiménez Díaz (Fundación) es uno... y les amenazan para que se vayan. Nosotros cuando nos entran con doble nacionalidad para acceder al sistema de salud jugamos, a veces es más fácil si es latinoamericano, es que nos resulta más fácil. Luego para la regularización no, se utiliza la parte europea, pero para acceder no. Depende de quien dirige el hospital, por la sensibilidad de quien dirige [...]*

#### **ENT-48, Organización experta en VIH e ITS, tratamiento y prevención**

En el caso de Barcelona cualquier persona, independiente de su situación administrativa y del padrón, tiene derecho a ser atendida en urgencias y por enfermedad o accidentes graves. Las mujeres embarazadas (incluyendo el parto y postparto), y los/as menores de edad tienen acceso a todos los servicios sanitarios, independientemente de su situación administrativa.

La tarjeta sanitaria es necesaria para acceder al servicio catalán de la salud (CatSalut) y para la prestación farmacéutica. En caso de las personas extranjeras que son beneficiarias de la seguridad social tienen derecho a todas las prestaciones y coberturas públicas que ofrece el CatSalut. Las personas que están en situación administrativa irregular o que no están aseguradas o beneficiarias de la seguridad social, tienen acceso durante el primer año a la atención sanitaria urgente y a la Atención Primaria (los CAPs) pero no tienen acceso a la atención especializada, salvo algunos casos muy excepcionales. A partir del segundo año de asistencia sanitaria, estas personas podrán tener acceso a la atención especializada. Estas personas han de reunir ciertos requisitos para poder acceder al CatSalut:

- Están empadronadas en Cataluña por un periodo mínimo de 3 meses.
- Acreditar que tienen unos ingresos inferiores a la renta mínima, a través de firmar una declaración jurada (se excluyen de este requisito las mujeres embarazadas, las/os menores de edad, personas VIH-seropositivas, solicitantes de protección internacional, víctimas de trata y tráfico de seres humanos, y otros casos y situaciones especiales).

De igual modo que sucede en la ciudad de Madrid, en relación con el acceso del colectivo LGTBA+ migrante al ámbito de la salud, se destaca el papel de las ONG en los procesos de acompañamiento. Y específicamente el acceso de las personas VIH-seropositivas, o las personas trabajadoras del sexo se establece a través de un circuito establecido con los centros de salud y con la Generalitat de Catalunya:



*Aquí viene la persona migrante sin nada, en caso que fuera trabajador sexual hacemos la tarjeta sanitaria y el padrón, en caso que fuera VIH positivo también, y en caso si se detecta algún VIH positivo también la hacemos. El convenio que tenemos o el circuito primero es que la Generalitat, es importante recordar que nosotras hacemos las tarjetas sanitarias que las enviamos a la Generalitat de Catalunya (el departamento de salud) aquí nos lo gestionan, nos dan de alta. Luego ya hacemos el circuito con el hospital, gracias a esto todo es muy rápido, porque tardan dos días en hacernos la tarjeta, y es importante destacar que no nos lo está haciendo Catsalud que es el departamento encargado, sino la Generalitat, porque no nos dan subvenciones para hacer este trabajo [...] Nadie se preocupa de las tarjetas sanitarias. Hacemos 350 tarjetas al año y hay 365 días al año, estamos haciendo una tarjeta por día. Me parece relevante este dato [...]*

#### **ENT-9, experto, asociación comunitaria salud sexual LGTBI**

En este sentido destacar que uno de los problemas que obstaculizan y dificultan el acceso a la salud en ambas ciudades es el requerimiento del padrón, y unido a éste, el problema de la vivienda. Durante los últimos años, los precios de alquiler han subido drásticamente, además se añaden el conjunto de requisitos solicitados por las agencias y las personas propietarias, una cuestión difícil de conseguir para cualquier persona nacional, más aún para una persona migrante con recursos limitados, no siempre con acceso al mercado laboral o en situaciones precarias, y con escasas redes de apoyo, que frecuentemente ha de combatir el racismo y la discriminación en su cotidianidad.

De esta forma, la dificultad de acceder a una vivienda hace que muchas personas LGTBA+ se vean en la necesidad de compartir o alquilar habitaciones sin contrato, y como consecuencia no tengan acceso al padrón:



*Yo no puedo vivir solo gano 450 euros solo al mes. Por esto comparto piso con un matrimonio boliviano, el hombre bebe mucho y le da por pegar a la mujer, [...] yo en este piso no puedo empadronarme [...] Antes el problema más grande que tuve fue: ¡conseguir habitación! Porque por teléfono mi voz era de una manera y en persona yo era otra, entonces claro por teléfono me decían ¡sí sí! y cuando me abrían la puerta de pronto me decían que no.*

#### **ENT-53, Hombre trans, Colombia, 56 años**

## **6.2. Necesidades y situación específica de salud de las personas Trans**

Como incidíamos al principio, utilizamos el término «trans» como término paraguas para designar a aquellas identidades que desafían los límites de género (Feinberg, 2006: 205-206). Por tanto, en el presente estudio nos referimos a aquellas personas cuya identidad y/o expresión de género no corresponde a las expectativas culturales basadas en el sexo, lo que incluiría a personas transexuales, transexuales pre-operados, post-operados, trans, transgéneros, personas no binarias, queers, personas con expresión de género fluido, etc.

Podemos decir que el colectivo *trans* es uno de los colectivos más expuestos a discriminaciones reiteradas y a unas elevadas tasas de violencia interpersonal y suicidio (Gil-Borrelli, 2017: 175). Además en uno de los más vulnerables en los procesos de acceso y atención al sistema sanitario, hasta el punto que el 50% de las personas *trans* retrasa o anula sus citas médicas para evitar ser discriminada, de las cuales un 16% dice haberlo sentido siempre o casi siempre.<sup>50</sup>

Entre las dificultades y obstáculos que encuentran estas personas en los procesos de acceso y atención estarían:

- **Dificultad de acceso al derecho de la libre identidad de género en el circuito de acceso-atención.**
- **Reiterada patologización y medicalización de las identidades *trans*: De las UIG al modelo de Trànsit.**
- **Déficits del sistema, vacíos de atención e infradiagnósticos frente a problemas de salud específicos:**
  - La salud reproductiva del colectivo *trans*.
  - La inyección de aceites y siliconas.
- **La salud sexual: El VIH y la población *trans*.**

### **6.2.1. Dificultad de acceso al derecho de la libre identidad de género en el circuito de acceso-atención**

La dificultad de acceso al derecho a la libre identidad de género, supone para muchas personas *trans* una continua exposición y vulneración en todos y cada uno de los procesos de acceso y atención sanitaria. El no respeto a la autodeterminación de género se refleja, por ejemplo, en la negación reiterada del nombre escogido por parte del personal sanitario y/o administrativo, que inciden consciente, y/o inconscientemente, en llamarles con el nombre registrado en el documento de identidad. Esta práctica comienza en los procesos de registro y admisión, pero continúa en las salas de espera, en la atención directa en las consultas de Atención Primaria y en los servicios especializados.

En las salas de espera, ese intervalo de tiempo a ser nombradas cuando se pasa consulta supone una exposición aún mayor, pues sucede bajo la mirada de los Otros:

50 Según la encuesta recientemente realizada por la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, *Trans* y Bisexuales (Felgb) en colaboración con Médicos del Mundo en el marco de la campaña “Manual de instrucciones”. Una iniciativa que ofrece pautas al personal sanitario para solventar las distintas situaciones a las que las personas *trans* se enfrentan habitualmente en los centros de salud, a través de una serie de vídeos específicos. Ver más aquí: <http://www.felgb.org/trans>



*¡Encima te gritan el nombre! [...] Es un momento realmente incómodo porque la gente está esperando a que se pare Victoria y se para Víctor ... Entonces desde ahí ya te sientes violentada porque la gente empieza a cuchichear... Hasta esas cosas tan elementales no las quieren hacer [...] Al final nos niegan ese derecho a tener un trato sanitario con dignidad y respeto a nuestras identidades.*

#### **ENT-59, mujer trans, hondureña, 35 años**

La narrativa “la gente está esperando a que se pare (levante) Victoria y se para Víctor” supone una quiebra en ese proceso de atribución de género que realizamos casi de forma «automática», en función de los *genitales culturales* (Garfinkel 2006; Keesler y MacKenna 1978) que inferimos socialmente, y a partir de nuestros aprendizajes previos sobre el género. Así, cuando observamos un cuerpo *trans* en una sala de espera, a través de las áreas observables de representación como pudieran ser: la forma de hablar o la apreciación que hacemos de su vestimenta o del uso que hace de ésta, o de cómo articula el cuerpo, inferimos un conocimiento «naturalizado» del género (Butler, 2007: 28). Esta deducción nos llevará a reproducir esa lógica cis-heteronormativa en la que estamos socializadas las personas en nuestra sociedad. Es muy probable que, creamos que tenemos delante a una mujer *trans* y hagamos una lectura de ella en femenino, sin embargo, esto no tiene por qué corresponderse, y ella no tiene porque auto-enunciarse como mujer; tampoco como hombre, pensemos que a lo mejor es una persona de género fluido, o una persona que no se encierra en las categorías binarias.

A pesar de que las legislaciones autonómicas son explícitas, y en lo que refiere a la documentación administrativa se insta a las administraciones públicas a evitar situaciones de sufrimiento por exposición pública o discriminación, y a adoptar todas las medidas administrativas y de cualquier otra índole que sean necesarias a fin de asegurar un trato coherente con la identidad de género expresada de la persona.

Es conveniente señalar en este sentido que aunque no hayan cambiado el nombre en sus documentos oficiales,<sup>51</sup> las personas *trans* puedan cambiar el nombre en la tarjeta sanitaria. Sin embargo, a efectos prácticos no tiene ninguna trascendencia o impacto en el ámbito sanitario, pues en los registros, en el historial o expediente médico, en las listas de citas y en las recetas electrónicas sigue figurando el nombre registral de la persona.

Una de las medidas recomendadas por las administraciones, consiste en utilizar las iniciales del nombre legal, los apellidos completos y solicitar a la persona el nombre elegido por razones de identidad de género. Sin embargo, en la práctica sigue habiendo mucha reticencia al respecto, incluso aunque se incida una y otra vez:



*Entonces yo le dije a la persona, porque cuando tengo a alguien delante intento sensibilizar: cuando te toque llamarme me llamas por mis apellidos [...] No me llamó por los apellidos y me llamó por mi nombre completo, y le dije a la de las extracciones: ¡este es igual que el otro que se acaba de ir! Antes de mí había un chico trans... ¡O sea que ganas de quererte joder la existencia o faltar al respeto a tu identidad, hablándote en masculino o hablando con una tercera persona en masculino! Y pues ahí tú sientes la mirada... la gente... la risita maliciosa...*

#### **ENT-38, mujer trans, mexicana, 42 años**

51 El cambio registral en el documento de identidad solo estaría disponible para las personas nacionales, y si la persona migrante (con permiso de residencia en España) quisiera hacerlo, tendría que primeramente modificar la filiación en el registro civil de su país de origen, obtener un nuevo pasaporte con el nombre sentido y con éste solicitar el cambio en su permiso de residencia en España. Una posibilidad que no siempre está disponible para muchas personas *trans* migrantes y más cuando la persecución por motivos de género en sus países de origen es una evidencia.

De esta forma, en muchas circunstancias comprobamos que la exposición y/o vulnerabilización de la persona *trans* depende de la iniciativa y voluntad del personal profesional, a pesar de las pautas y/o instrucciones recogidas en la legislación. Así la falta de sensibilización de género, unido al desconocimiento de la realidad de estas personas facilita que se produzcan estas vulneraciones reiteradas.

Frete a esta situación se han recogido estrategias alternativas o «resistencias» por parte de las personas profesionales sanitarias, encaminadas a paliar estas situaciones transfóbicas y de desconocimiento por parte de personal sanitario:



*Y que tú estés en una sala de espera y que te llamen Paco López y que seas Lucia López. Es algo súper agresivo. Y una cosa que dijimos que se podía hacer [...] es que en urgencias te dan un papel lo rellenas y va a los diferentes cajetines. Lo que dijimos que podíamos hacer es recomendar a las personas poner su nombre ahí, en vez de paco poner Lucia [...] También lo ponemos hasta en la parte de "alergias" para que salte en vez de que es alérgico a... Yo puse una vez una alerta, el sistema tiene esa aplicación para que no mates a alguien... y se puede poner ahí. Y lo del papel parece una tontería, pero antes de que llegue a las manos del Médico lo tienes en tus manos, ¡jaquéalo no pasa nada!*

**ENT-20, médica residente Atención Primaria / Servicio de Urgencias hospital público Madrid**

“Jaquear un papel” o volante, o utilizar la casilla de “alergias” para dejar constancia del deseo de la persona a no ser llamada por su nombre legal o administrativo, son estrategias disidentes realizadas desde dentro del sistema de salud. Se presentan como soluciones espontáneas desde la inmediatez, y generan un impacto a corto plazo, pues sirven de solución en una situación concreta, como pudiera ser que en ese circuito de atención en Urgencias la persona no sea vulnerada y se respete su identidad de género. Sin embargo, el respeto a la identidad y autodeterminación de género es un derecho que no puede recaer en la iniciativa y/o, voluntad o sensibilidad de la persona profesional, y “la falta de protocolos hace que el respeto a la identidad dependa de la existencia de esos «circuitos de la sensibilidad»: aquellos profesionales que, por creencias personales, incorporan en su práctica profesional valores como el respeto a la diversidad de género” (Medical Anthropology Research Center, 2017: 79).

La práctica de referenciar a todas las personas por el apellido resolvería varias cuestiones fundamentales en estos procesos que incluyen:

- No exponer/violentar a la persona *trans* y respetar su derecho al acceso a la libre identidad de género (fundamentalmente en espacios públicos como las salas de espera).
- No retroalimentar y reproducir el modelo cis-heteronormativo y reforzar los estereotipos hegemónicos y binarios del género.
- Promocionar un sistema basado en los derechos humanos que parta del libre reconocimiento y del derecho a la identidad de todas las personas.

### **6.2.2. Reiterada patologización y medicalización de las identidades *Trans*: de las UIG al modelo de Trànsit**

Cuando hacíamos alusión a cómo el Sistema Biomédico tiende a la patologización de las identidades *trans*, nos referíamos a todos esos procesos que buscan medicalizar y convertir en

patologías esas identidades que transgreden la norma binaria, y se abordan desde la categoría médica de la transexualidad.<sup>52</sup>

Así para el abordaje de la transexualidad y con la aprobación de la Ley 3/2007 conocida como la Ley de Identidad de Género, nacieron las Unidades de Trastornos de Identidad de Género (UTIG),<sup>53</sup> como unidades multidisciplinares de atención médica, formadas por un equipo interdisciplinar de profesionales (endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, ginecólogos, urólogos, cirujanos plásticos y otorrinolaringólogos, entre otros) de los hospitales La Paz, La Princesa y Ramón y Cajal en Madrid. En Barcelona fue en el 2008 cuando CatSalut reconoce oficialmente a la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Clínic, como unidad de referencia y derivación para la atención de las personas *trans* residentes en Cataluña.

La primera UTIG de España fue sin embargo en el Hospital Carlos Haya de Málaga, y en la comunidad de Madrid, comenzaron a funcionar el 16 de mayo de 2007. Anteriormente la atención sanitaria a personas *trans* en Madrid recaía en Médicos del Mundo que inició con la atención sanitaria a personas *trans* en el año 1992 (Medical Anthropology Research Center, 2017: 63)

De esta forma y con el desarrollo de las UTIG, el diagnóstico psiquiátrico pasa a ser una condición indispensable. Pues se requería que la persona fuera diagnosticada con disforia de género y llevar al menos dos años bajo tratamiento hormonal demostrable para poder acceder a un proceso de transformación corporal, pero también para el cambio de sexo en los documentos y registros oficiales como el DNI<sup>54</sup>. Además debía tener la nacionalidad española y ser mayor de edad, por lo que las personas migrantes no podían acceder.

La lucha por la despatologización *trans*, impulsada desde el activismo supuso modificaciones legislativas importantes. Así con la Ley 2/2016 de 29 (Ley Trans) en la ciudad de Madrid y la Ley 11/2014, (Ley de No discriminación o Ley contra LGTBIfobia) en la ciudad de Barcelona, se produjo un cambio de paradigma en el abordaje de la transexualidad desde el sistema de salud.

De esta forma, se retira el requisito del diagnóstico de "disforia de género" y la condición de llevar al menos dos años bajo tratamiento médico hormonal. De igual modo, se produjo un cambio del nombre de la Unidad, pasando a denominarse Unidad de Identidad de Género (UIG). Progresivamente, fue asumiendo una demanda mayor, por ejemplo en Madrid, según los datos proporcionados en el marco de la investigación por la UIG del Ramón y Cajal<sup>55</sup> "en el año 2017, 183 demandas nuevas. En el año 2018, 239 y en el año 2016 que la ley empezaba y parecía que la proximidad marcada por la ley iba a permitir un descenso, de 113 a 183. Y en lo que llevamos de año son 119 en el año 2019, tenemos cada vez más demanda..."

Sin embargo, según los testimonios encontrados de personas *trans* que han pasado por la UIG en la ciudad de Madrid, en la práctica este criterio médico y requerimiento diagnóstico permanece igual ante la presión de las represalias jurídicas (Medical Anthropology Research Center, 2017: 68), pues la ley nacional del 2007 prevalece. Por tanto, para el cambio registral en los documentos se sigue requiriendo la categoría médica de "disforia de género". Como nos indica un integrante del equipo de la UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid:

52 En 1978 el diagnóstico del «transexualismo» fue incluido por primera vez en una clasificación internacional, agrupadas todas ellas bajo la categoría de Desviaciones y Trastornos Sexuales. A partir de la década de los 80 se incluiría por primera vez como un trastorno mental en el DSM-III, y en la nomenclatura oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), caracterizado como un trastorno en la dimensión sexual consistente en un malestar con el sexo asignado y el deseo de modificar los atributos sexuales primarios y secundarios por los del otro sexo, a través de terapias hormonales y quirúrgicas. Así los cambios fueron continuos hasta que en 1994 se reemplaza el término «transexualismo» por el «Trastorno de la Identidad de Género» y finalmente, «disforia de género» es la que la APA refleja en la última versión del DSM-V. De esta forma es como las instituciones médicas, recursos y herramientas clínicas del sistema históricamente han regulado ese control de género, de la identidad y la sexualidad.

53 Influido por el modelo existente de la Universidad Libre de Ámsterdam.

54 Según la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

55 Durante la entrevista mantenida con un miembro del equipo en el marco de la presente investigación.



[...] Para el cambio de sexo sí hay que aplicar la ley nacional, y esta ley dice lo que dice, un diagnóstico de disforia de género. Hay ahí una contradicción, es la única ley que existe en España y figúrese que para muchos países muy avanzada [...] También tiene otro inconveniente, la decisión de retroceder no existe en la ley, es decir, si hay un cambio de nombre y de sexo, esa ley no registra el arrepentimiento... curioso ¿no? Es decir, probablemente se necesite otra ley de más amplitud y más diversa, en la que todos estamos abiertos...

#### **ENT-22, médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid**

La narrativa del «arrepentimiento» se sigue reproduciendo en el discurso biomédico, unido a la importancia de esa prueba de fuego que encarnaría la «experiencia de la vida real» o «test de la vida real», es decir, ese periodo que se establece como necesario para que la persona asuma en su vida cotidiana el rol del género con el que se identifica. El discurso sobre el arrepentimiento se asienta en una concepción rígida de la identidad de género que sanciona los itinerarios identitarios que no son lineales (Medical Anthropology Research Center, 2017: 85), y genera implícitamente una concepción biologicista de la identidad. Es decir, se alude indirectamente a la existencia de una «identidad nuclear de género»<sup>56</sup> (Stoller, 1968). Este concepto fue el que facilitó la utilización la noción de «disforia de género» en la década de los 70 de y como comprobamos sigue arraigado en nuestros días:



Para acceder a la cirugía son dos años, habitualmente es lo que se establece para evitar problemas no de vida real, que eso ya no se contempla. Vida real quiere decir que se adapte o que se conforme o se asegure, no. La persona que vienen que lo tiene muy claro y si nosotros si lo tenemos también claro y no hay ningún problema de ninguna índole...

#### **ENT-22, médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid**

Sin embargo, el discurso de la UIG proyectado hacia afuera de la institución no pretende identificar o reforzar esos binarismos y estereotipos de género y aluden a un acompañamiento «neutro»:



Desde el punto de vista profesional todas las personas tienen derecho a su diversidad sea la que sea. Sí tienen una diversidad binaria les atendemos y si es no binaria le acompañamos en la ruta que decida y nada más. Es decir, nosotros somos totalmente neutros y no proponemos ni propiciamos ni un camino u otro...

#### **ENT-22, médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid**

Sin embargo, muchos de los testimonios de las personas trans usuarias de las UIG que hemos encontrado se contraponen a lo anterior. De esta forma, las UIG seguirían ancladas en la lógica patologizante anterior de cuando arrancó en el 2016:



¡Sí, me hicieron un test horrible, heteropatriarcal! Tienes que ser mujer cisgénero y de autoconvencimiento, ¡que si no tienes pareja, que si no tienes novio! Te derivan desde el centro ambulatorio, el doctor de medicina general... Antes de que te vea el doctor Becerra primero te ven los psicólogos [...] Te pone el test, todo machista porque es copia yo creo del que aplicaban en 1960 en EEUU antes

56 Ésta sería la convicción interior de pertenencia a un género que concuerda con el sexo.

*de hacerle la reasignación de sexo.... ¡Que si vives como mujer, que si te pones vestido! ¡Ese tipo de cosas machistas y normativas patriarcales! Te dan ganas de ya no volver. Fue en 2016. Ya decidí no volver y me fui a Médicos del Mundo y me encuentro mejor ...*

#### **ENT-38, mujer trans, mexicana, 42 años**

La coherencia normativa que estipula la **matriz sexo-género-deseo** (Butler, 2007), se sigue buscando y requiriendo a muchas de las personas trans que acceden a las UIG, sostenidas en estereotipos hetero-cis-normativos que hagan inteligibles sus vidas:



*Porque la experiencia de la vida real y todo el proceso patologizante se basa mucho en estereotipos de género absolutamente, entonces ser mujer implica: maquillaje, pelo largo, tacones, vestido y tal, lo que no exigiríamos nunca a una mujer Cis para demostrar qué es una mujer le exigimos a una mujer trans que encima tiene un cuerpo qué va a ser mucho más juzgado por su entorno. Por ejemplo, hemos hablado con la UIG y para ellos el tema de orientación sexual es muy importante, para ellos la persona tiene qué ser heterosexual, si eres una mujer trans te tienen que gustar los hombres y si eres un hombre trans te tienen que gustar las mujeres.*

#### **ENT-23, médico del equipo de Trànsit en Barcelona**

En otro sentido, en la actualidad para acceder a las UIG formalmente se requiere estar dentro del sistema de salud; por tanto, se requiere estar empadronado y disponer de Tarjeta Sanitaria, además de solicitar el volante de derivación en los Centros de Atención Primaria. Aunque desde las UIG nos confirman que pueden acceder individualmente sin derivación y concertar cita directamente:



*Si es mayor de edad no necesita más, y si no quiere psicólogo no es obligatorio, con lo cual le vemos los endocrinólogos le ponemos el tratamiento y le vamos siguiendo cada tres meses con análisis clínicos etc [...] de hecho nosotros estamos viendo a cualquier tipo de persona que quiera acceder a la unidad, independientemente de si es refugiado o no. Nosotros funcionamos por la agenda si está en la agenda le atendemos [...] Puede venir de Atención Primaria o derivado de cualquier profesional del sistema sanitario público, y también podría acceder de manera individual siempre que esté en regla toda la documentación...*

#### **ENT-22, médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid**

Así las personas que no tuvieran “en regla toda la documentación”, o no dispongan de la tarjeta de salud o alguno de los requisitos solicitados “no estarían en la agenda” y no podrían acceder.

La cuestión del tratamiento hormonal permanece siendo un requisito, que además ha de ser comprobado y verificado. De esta forma, si una persona accediera a las UIG habiendo sido tratada hormonalmente con anterioridad por una institución diferente no tendría validez, o al menos, si no es avalado por un médico desde una dependencia clínica o de salud. Por tanto, la persona tendría que volver a la «casilla cero»<sup>57</sup>, es decir, volver a empezar de nuevo. Como nos

57 Se entiende a la práctica de negar el reconocimiento de los procesos iniciados con servicios o profesionales diferentes, que provoca que la persona usuaria tenga que volver a empezar desde el principio para poder recibir atención en dicho servicio; es decir: regresar a la casilla cero de salida (Medical Anthropology Research Center, 2017: 72)

indica un miembro del equipo integrante de la UIG de Madrid en referencia a esto último, las ONGs "no son el sistema sanitario público", por lo que no tomaría por válido el seguimiento hormonal de una persona que haya estado por ejemplo, en Médicos del Mundo<sup>58</sup> y viniera con un informe del doctor de esta entidad, al estar fuera de la legalidad y al estar sometidos al "vigor y a la vigilancia" que les exige el sistema:



*Si viene de Médicos del Mundo... es que no es el sistema sanitario público, eso ya no depende de mí, si viene de otra organización habrá que establecer qué tipo de pasos hay que dar, porque si usted no es sanitario público y luego... Para la fiscalía por ejemplo el sistema privado es diferente. Te quiero decir que cualquier cosa que usted diga, que supongo que sabría ya la respuesta, pero de todas maneras yo se la confirmo. Una ONG no es un sistema sanitario público, por lo tanto, yo no puedo, [...] me exigen que cumple la normativa, y estamos sometidos al vigor y a la vigilancia.*

#### **ENT-22, médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid**

Cualquier cirugía que una persona *trans* demande a las UIG en su proceso de transición de género, supone un intervalo mínimo de dos años, pues las UIG son las únicas autorizadas para realizar las cirugías desde el sistema sanitario público<sup>59</sup>. Ésta entre otras cuestiones, es lo que han denominado el «efecto embudo de las cirugías» (Medical Anthropology Research Center, 2017). La falta de alternativas y los medios disponibles generan que en la práctica la demanda aumenta progresivamente y la lista de espera se alargue cada vez más:



*No lo sé, pero si le digo que es estándar, se hace un número fijo y le digo, que, si se está triplicando, es imposible que, con el mismo número de cirujanos, ¡por cierto, han incrementado en dos desde enero! Pues antes había que compaginar la cirugía de transexuales con otro tipo de cirugía... plástica, pero ahora hay personas exclusivamente encargadas de este tipo de operaciones. Le aseguro que es normalizado, le número de intervenciones que se hacen en la comunidad de Madrid es superior a cualquier otra comunidad, como no puede ser de otra manera. Aun así, será insuficiente probablemente porque la demanda es impresionante. Y la lista de espera no debería de pasar de un número de años, pero eso ya no depende de mí...*

#### **ENT-22, médico del equipo UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid**

Sin embargo, los testimonios encontrados confirman que el intervalo de espera supera los dos años.

Además, en algunas circunstancias muchas personas son discriminadas por edad, hasta el punto de quedar excluidas de las intervenciones quirúrgicas. El siguiente testimonio nos da muestra de ello. La persona llevaba 6 años en lista de espera para realizar la vaginoplastia<sup>60</sup>, en ese mismo año fue consciente de que el sistema operó a una persona que llevaba mucho menos tiempo en la lista. Cuando indagó y pidió explicaciones, los profesionales admitieron no haberle

58 La organización Médicos del mundo lleva proporcionando atención socio-sanitaria a personas *trans* en Madrid desde el año 1992, incluida años más tarde la administración de hormonas.

59 En Barcelona no se realiza la faloplastia por la vía pública por "falta de resultados satisfactorios". Ésta fue la respuesta que le dieron los médicos a un hombre *trans* colombiano de 56 años, que participó en la presente investigación. Sin embargo, la faloplastia se está realizando con éxito en clínicas privadas de España. Se trata de una operación en la cual se extrae un trozo de piel del brazo o del muslo para construir un pene de unos 12 a 13 cm de longitud con capacidad de penetración gracias a una prótesis.

60 Intervención quirúrgica consistente en realizar una neovagina cutánea mediante la piel invertida del pene y del escroto.

realizado la operación por el hecho de no tener familia en Catalunya pues «no puede tener el soporte social y/o familiar para los cuidados del postoperatorio»<sup>61</sup> (Informe emitido en febrero del 2015 por la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic):



*Yo llevaba 6 años con la vida paralizada en la lista de espera, durante estos años no me podía mover ni buscar trabajo en otros lugares. Me hormonaba y vivía la experiencia de vida real durante años. Primero no les convencía que soy trans porque soy lesbiana, luego me discriminaron por edad, tenía unos 50 años y para ellos era muy mayor para ser operada, y preferían operar a chicas más jóvenes, también me descaminaron por no tener familia aquí, que no me operaran porque no tengo a quien me cuide después de la operación...*

#### **ENT-55, activista trans, España/Colombia, 56 años**

Las UIG, aunque pausadamente, van avanzando a medida que los paradigmas sobre el género van mutando o transformándose. Pues como nos afirma un médico integrante de la UIG de Madrid “la diversidad es una gama de colores, no es tan sencillo [...] puede cambiar... Probablemente la identidad vaya cambiando, nosotros estamos abiertos a todo eso...”

No obstante, y según los testimonios recogidos, las UIG siguen asentados en un paradigma muy esencialista de la identidad, que es el que el sistema y la legislación nacional les permite. En este sentido, cada vez son más significativas los sistemas alternativos que están poniendo entre las cuerdas al sistema tradicional de género y con él a las UIG, desde entendimientos no-normativos, des-patologizantes y desde otras formas de entender el acompañamiento y los procesos e itinerarios de atención como es el caso del Servicio de Atención a Personas Trans en Catalunya (Trànsit), donde la persona y sus necesidades se ponen en el centro:



*[...] Nuestro trabajo no es evaluar, sino coger el relato de la persona y preguntar sus necesidades. Con lo cual no hacemos ninguna tipo de evaluación crítica, ni juicios sobre la realidad que nos explica la persona que viene a Trànsit, sino justo lo contrario, ¿qué puedo hacer yo por ti? ¿Qué necesidades tienes? Y a partir de estas necesidades vamos a construir un camino conjunto, pero en todo momento es la persona quien se identifica y nos dice qué necesita hacer en su vida y en que le podemos ayudar...*

#### **ENT-23, médico Servicio de TRÀNSIT en Barcelona**

Trànsit<sup>62</sup> nace en el 2016 tras varias denuncias a la UIG de Barcelona. Anteriormente se había formado la plataforma “Trans\*forma la Salut” (Transforma la salud) formada por diferentes colectivos, asociaciones y personas que reivindicaban un nuevo modelo de salud para las personas trans en Cataluña. Sin embargo, no ha sido fácil y ha habido muchas complicaciones y resistencias por parte del sistema tradicional:



*Desde el hospital clínico, la unidad de Trastorno de Identidad de Género, como se llamaba en este momento, denunció a Trànsit por intrusismo e intentó frenar el avance de una nueva manera de trabajar, y ha costado como 6 años tener un protocolo reconocido por el sistema público de salud [...]*

#### **ENT-23, médico Servicio de Trànsit en Barcelona**

61 Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/transexual-discriminacion-Departamento\\_catalan\\_de\\_Salud-defensor\\_del\\_pueblo-transfobia\\_0\\_465454186.html](https://www.eldiario.es/sociedad/transexual-discriminacion-Departamento_catalan_de_Salud-defensor_del_pueblo-transfobia_0_465454186.html)

62 Ver más en: <https://transformalasalut.wordpress.com/>

El modelo de Trànsit además de revolucionar los entendimientos sobre el género y proporcionar itinerarios de intervención y acompañamiento diferentes, incide en la importancia de contemplar cómo los determinantes sociales de la salud median en las situaciones y los procesos de vida de las personas, una cuestión que referenciamos al inicio.

Así, en relación a los procesos de hormonación de las personas *trans*, lejos de hacer lecturas centradas en la biología y en los procesos orgánicos de manera exclusiva alude a la importancia de contemplar el contexto y sus condiciones:



[...] Claro que muchas mujeres trans vienen aquí con muchos problemas de salud, pero no por la hormonización, vienen por haber vivido en una marginalidad con violencia, drogas, exposición al HIV, con pobreza, sin ningún control médico, entonces claro, muchas llegan aquí con la salud muy tocada. Pero no por la auto-hormonación porque son mujeres jóvenes. Cuando tú eres joven, aunque hagas muchas barbaridades con las hormonas el cuerpo las compensa bastante bien. Muchas mujeres lo que hacen en sus países de origen tampoco está muy lejos de lo que hay aquí en la consulta médica, algunas han hecho locuras, pero la mayoría no hacen ninguna locura, y muchas cuando vienen aquí me dicen ¡cuando te cuente lo que he hecho me vas a matar! Y yo les digo, primero, yo no mato a nadie, y segundo cuéntame porque quizás no estés muy lejos de un protocolo correcto [...] Así que muchas veces las mujeres tienen problemas de salud, pero no por las hormonas, sino por ser VIH positivas o por consumo de drogas, alcohol, trabajado, inyecciones de silicona industrial para modelar su cuerpo qué dan muchos problemas después en sus países de origen es una manera barata de cambiar tu cuerpo rápido y nadie les advierte de lo que puede pasar después, prótesis de mama de baja calidad, muchos problemas de salud no tienen nada qué ver con las hormonas, son de las condiciones...

**ENT-23, médico Servicio de Trànsit en Barcelona**

### 6.2.3. Déficits del sistema, vacíos de atención e infradiagnósticos frente a problemas de salud específicos

Los déficits y vacíos de atención en los procesos de salud de las personas *trans* en las instituciones médicas son las consecuencias de los anclajes en los que se sustenta el Sistema Biomédico occidental que advertíamos al principio: la cis-heteronormatividad y el androcentrismo, que, unidos a la falta de formación del personal sanitario conducen a las personas *trans* a la vulneración de sus derechos fundamentales.

De esta forma, el derecho de acceso a una salud de calidad se convierte en una lotería para muchas personas *trans*, pues dependiendo de la persona profesional con la que se encuentren y su grado de sensibilización y formación previa, serán abordadas o no sus necesidades de salud de manera adecuada:



Solicité una cita en ginecología porque tenía un grano en la vagina. Y entonces me la dieron para dos meses. Yo fui a la cita, no sabía quién me iba a tender si era un hombre o una mujer. Me atendió una chica de unos 35-40 años, entonces me preguntó el problema, y la conté la verdad. Le dije que yo no tengo ningún grano, pero soy transexual y quiero que me revisen. La respuesta de ella fue: ¿tú me escogiste o fue por el azar? Y me dijo que era la primera vez que atendía a una persona transexual, una mujer trans. Pero me iba a revisar [...] y me mandaron a exámenes y tal para ver cómo estaba. El resultado fue muy bueno y la atención fue muy cercana conmigo diciéndome todo esto.

*Pero esto muestra que los ginecólogos en este país y en muchos no saben del tema para nada.*

#### **ENT-55, activista trans, España/Colombia, 56 años**

Cuando una persona *trans* lleva a cabo algún tipo de tratamiento hormonal o algún tipo de cirugía y/o transformación corporal, debe seguir siendo objeto de revisiones diagnósticas y análisis clínicos. Sin embargo, los circuitos de acceso y atención a determinadas problemáticas están atravesados por lógicas binarias. Es decir, para brindar una atención integral acorde con las necesidades de la persona *trans*, es importante que se tengan en cuenta sus características anatómicas, independientemente de cual sea su identidad o expresión de género, así como el tipo de transformaciones que han ocurrido en su cuerpo.

En este sentido no debe disminuir la atención sanitaria en torno a la detección de los tipos de cáncer, y contemplar las pruebas diagnósticas o las pautas de rastreo para su comprobación en función de si la persona se ha hormonizado o ha realizado algún tipo de cirugía de modificación genital. Es fundamental entonces, que el personal profesional de salud explore todas estas cuestiones, sin olvidar otras fundamentales como la historia personal, familiar y los determinantes sociales de salud que se presentan también como factores de riesgo.

Normalmente para las personas *trans* que no han utilizado hormonas y cirugías se utilizan los mismos criterios y parámetros de riesgo que para las personas de su sexo o anatomía de nacimiento, pero ¿qué sucede con aquellas personas *trans* que se han sometido a procesos hormonales y/o quirúrgicos? Con frecuencia, el desconocimiento y la falta de iniciativa e investigación arrojan a estas personas a dinámicas de exclusión sanitaria.

En este sentido y debido a este desconocimiento sobre los procesos de salud y las morfologías *trans*, podemos decir que existe una disminución del esfuerzo orientado a la prevención y el seguimiento de determinados tipos de cánceres en personas *trans*, que se retroalimenta por las expectativas de la clínica ginecológica a recibir mujeres y de la clínica urológica a recibir hombres (Medical Anthropology Research Center, 2017: 94). El problema radica en que el modelo biomédico posee un sesgo en la prevención y en la detección, pues inclina los esfuerzos de prevención bajo el presupuesto de que todas las personas de un mismo género tendrán una misma anatomía (unos mismos tejidos potencialmente cancerígenos) y excluye a todas las personas que, teniendo tejidos que pueden desarrollar potencialmente el tipo de cáncer que se pretende prevenir, viven, sin embargo, en un género diferente (*Ibidem*, 93).

Reflexionemos por ejemplo en la prevención de cáncer en las mujeres *trans*. El cáncer de próstata es un problema de salud muy arraigado a los hombres, que se agudiza en un intervalo de edad determinado donde puede aumentar el nivel de riesgo. Sin embargo, las mujeres *trans* quedan fuera de los controles de seguimiento del antígeno prostático específico (PSA) aunque sigan conservando la próstata y puedan ser susceptibles a este tipo de cáncer:



*Es verdad que muchas mujeres trans tenemos que hacernos exámenes del cáncer de próstata, o los genitales siendo correspondientes al género masculino en esta sociedad binaria. Entonces también tenemos el problema de que a los hombres trans los ginecólogos o ginecólogas no lo quieren atender, pero ellos necesitan revisiones constantes por distintas razones, ¡porque siguen teniendo vagina y útero!*

#### **ENT-38, mujer trans, mexicana, 42 años**

## — La salud reproductiva del colectivo trans

Otro ejemplo para visualizar los déficits de atención impulsados por la cis-heteronormatividad nos lo recuerda Rosa Almirall (una de las ginecólogas que impulsó en 2012 la creación de Trànsit)<sup>63</sup>, quien alude a la falta de protocolos en los servicios de ginecología que contemplen a aquellas mujeres *trans* que tienen mamas y toman hormonas. De igual forma tampoco se contemplan a aquellas que se hayan realizado una vaginoplastia y necesiten un acompañamiento para reaprender su nueva sexualidad, entre otras cuestiones fundamentales.

Lo mismo sucede con los hombres *trans* y las expectativas en los servicios especializados de ginecología que no forman parte de los protocolos utilizados con las mujeres cis:



[...] Es decir, si hay útero –una parte importante de hombres trans lo mantiene–, se incorpora la vagina a los juegos sexuales y, si tienen más de 25 años, es necesario que esas personas estén en un programa en el que se hagan citologías. Entiendo que para los hombres trans su parte genital o vaginal puede despertar un pudor comprensible, por eso es muy bueno encontrarse con profesionales sensibles [...]

Uno de los grandes temas y más desconocidos es la orientación en cuestiones reproductivas y de anticoncepción. La gente *trans* puede decidir si quiere o no reproducirse en función de la situación que estén viviendo. Es importante que los chicos *trans* sepan que, si tienen relación con chicos cis o con mujeres *trans* y están en baja dosis de testosterona, pueden quedarse embarazados si incorporan la vagina en sus juegos. Igual hay que pensar en buscar un método anticonceptivo no hormonal, como el diafragma o los dispositivos intrauterinos<sup>64</sup>.

Las experiencias situadas en el acceso a los servicios de ginecología por parte de los chicos *trans*, nos advierten de las vulneraciones a las que se ven expuestas estas personas. Esto se debe al desconocimiento del personal sanitario y a las lógicas normativas que envuelven los procesos de atención y generan situaciones de violencia institucional. Otro ejemplo en este sentido nos lo arroja el siguiente testimonio:



[...] Fue difícil porque era la primera vez que yo expresé que era un hombre *transsexual* ¡y claro! para hacer el examen ... El médico, que era bastante bruto utilizó el «pato» el espéculo, el grande que se utiliza para una mujer que ha tenido relaciones sexuales, e intentaba meterlo hasta un punto que vino enfermera y le dijo ¡que es virgen no ha tenido relaciones sexuales, tiene que usar otra cosa! Pero ya me había herido y me había hecho mucho daño. Y te preguntan si has tenido relaciones sexuales y yo siempre digo no. Entonces en este aspecto, ellos tienen que saber qué herramientas usar, pero a mí, varias veces han sido las enfermeras que me han salvado de que los médicos me hagan cualquier barbaridad. Aquí en Barcelona cuando recién llegué [...] me mandaron al psiquiatra para la estereotomía. Y me han dicho que no es necesario una cirugía sino simplemente ponerme un DIU. Entonces cuando me mandaron la cita para el DIU me atendieron unos chicos que eran estudiantes, afortunadamente había una enfermera, y como yo había dicho que yo no tenía relaciones sexuales, ellos decidieron para introducirme el DIU cortarme el himen, entonces me citaron para esto. En ese momento les explique que yo tenía un tampón, cuando la enfermera les dijo: ¡si usa tampón no

63 Directora de área de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Barcelona, un servicio que forma parte del Institut Català de la Salut de la Generalitat.

64 En la entrevista a Rosa Almirall, ginecóloga de Trànsit (Catalunya). Ver más en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/28118-necesitamos-protocolos-ginecologicos-para-personas-trans.html>

*hace falta que le corten nada! Entonces ella lo explicó y luego me dijeron que no hay necesidad, ¡vístase! A mí las enfermeras me salvaron de varias cosas.... Los médicos no tienen información, no saben ...*

### **ENT-53, hombre trans, Colombia, 56 años**

Las cuestiones referidas a la promoción de la salud reproductiva del colectivo *trans* no siempre son abordadas adecuadamente desde el paradigma biomédico, pues el desconocimiento y la falta de formación al respecto por parte del personal médico está latente.



*Pero evidentemente el profesional se tiene que informar [...] son realidades que van saliendo nuevas y nos puede pillar a todos en "volandas". Es decir, yo he tenido una consulta que me dejó un poco "descolocao"... Me viene una chica y un chico ambos dos morfológicamente muy guapos, y me dicen ¡Vamos a ver! nos estamos hormonando los dos, y yo quiero dejar embarazada a mi marido, porque yo soy una chica trans pero tengo pene y testículo y mi pareja es un chico trans y tiene una vagina y dos ovarios y queremos tener un hijo, somos una pareja heterosexual. Entonces queremos preguntarle si la hormonación que estamos teniendo le va a impedir tener una gestación normal. ¡Claro a mí me descolocaron! [...] Y a mí me pilló sin conocimiento, digo mira ¡me alegro de vuestra vida, de vuestra relación, pero no soy competente para esto! no tengo ni idea... Ahora mismo estás tomando unas hormonas que son testosterona y no sé cómo te va a afectar en la gestación si tienes un ovario ovulante o no ovulante o sea... en esta consulta no te podemos solucionar esto. Tendrías que ir a una consulta de ginecología obstétrica especializada que te mire si el ovario ovula o no ovula, tus niveles de gestación de estrógenos [...] Al final los derivé a la unidad especializada del Ramón y Cajal, el fenómeno trans y la gestación trans es un tema muy especializado no todos los ginecólogos tienen que estar formados en eso...*

### **ENT-16, médico Programa de salud sexual y reproductiva Madrid Salud**

Existe un desconocimiento para abordar muchas de las realidades referidas a la salud reproductiva del colectivo *trans*, incluso entre el personal profesional más concienciado con la diversidad sexual, como es el caso del testimonio anterior. En este sentido el derecho sobre la posibilidad de congelar gametos y el acceso a los bancos de óvulos sigue siendo un reto pendiente de protocolizar.

Por todo lo anterior seguimos resaltando la necesidad de promocionar la formación y la investigación dirigida a expandir el conocimiento acerca de las poblaciones *trans*, sus problemáticas específicas, y su relación con los determinantes sociales de salud, pues cada necesidad siempre es situada y dependerá de los contextos de las personas.

## **— La inyección de aceites y siliconas**

A continuación, vamos a abordar algunas prácticas características en las realidades de muchas personas *trans*, referidas a las modificaciones corporales que llevan a cabo a través de dispositivos biotecnológicos específicos, que implican procedimientos hormonales y quirúrgicos fundamentalmente, y que están muy presentes en algunas de las *transiciones de género*<sup>65</sup> de estas personas.

<sup>65</sup> La idea de *transición de género* se inspira en el trabajo elaborado por Ekins y King (1999) y su forma de interpretar el concepto de *transgénero* (*transgendering*) refiriendo a la idea de moverse, transitar de una categoría de género a otra y a la idea de trascender o vivir más allá del género (Ekins y King 1999: 581-582).

Desde el sistema público de salud biomédico solo las Unidades de Identidad de Género (UIG) gestionan las cirugías en aquellas personas que quieran transitar el género. Otra opción estaría en acudir al sistema privado a alguna de las clínicas especialistas que desarrollan este tipo de intervenciones quirúrgicas, pero no siempre son accesibles por su elevado coste económico. Y, por último, habría una opción más muy presente entre la población *trans* migrante, las modificaciones corporales desde circuitos diferentes a los proporcionados por el sistema institucional u oficial; las prácticas clandestinas realizadas desde la precariedad.

En este último modo no existe un seguimiento encabezado por personas profesionales acreditadas y/o pertenecientes al marco biomédico. En muchas circunstancias son las mismas personas *trans* las que encabezan y lideran estos procesos (como la auto-hormonación), o se llevan a cabo por parte de otros actores sociales frecuentemente imbricados en el contexto social de la comunidad *trans*. Su uso frecuentemente se debe a la búsqueda de la inmediatez de estos métodos utilizados, así como los bajos costes económicos, entre otros.

Pensemos entre otros ejemplos en la autoadministración de hormonas diversas, a la inyección de aceites caseros y/o industriales, siliconas quirúrgicas y/o industriales, cuyos resultados hacen incrementar o dotar de mayor volumen a las partes del cuerpo deseadas, o la implantación de prótesis mamarias. Por ejemplo, la **infiltración de biopolímeros** es muy frecuente en las personas migrantes procedentes de Latinoamérica, pues su bajo coste y su relativa facilidad de acceso en el mercado negro las hace muy accesibles. En los últimos años esta sustancia utilizada de forma modelante (en las nalgas, piernas, labios, mamas o mejillas fundamentalmente) se ha incrementado significativamente en América Latina, por ejemplo, en México se emplea de manera frecuente en **pseudo-clínicas** de estética o salones de belleza (Duarte y Sánchez, 2016: 389).

Los biopolímeros son siliconas inyectadas líquidas de carácter sintético, combinadas con diferentes sustancias. Son bastante nocivas para el organismo, su reacción puede ser inmediata o manifestarse a lo largo de los años, existiendo la posibilidad de que estas sustancias migren y afecten a los órganos vitales y al cabo del tiempo, el mismo cuerpo las rechaza, causando efectos perjudiciales para la salud que pueden llegar a ser mortales. Específicamente las complicaciones de salud pueden suponer úlceras, celulitis, la migración de productos, cicatrices, abscesos e infecciones, pero también embolia pulmonar, hepatitis granulomatosa e insuficiencia renal aguda (Organización Panamericana de la Salud, 2011: 36).

Son varias las opciones y los métodos que encuentran las personas *trans*, socializadas en marcos culturales en las que estas prácticas de inyección de siliconas y/o aceites están muy arraigadas. Pueden desarrollarse en los países de origen, pero también en el país de destino, como en España en este caso. El siguiente testimonio nos da muestra de ello:



*Hay gente que usa también aceites caseros, aceite Johnson, aceite de oliva [...] Yo la infiltración de silicón me lo puse cuando llegué en el 96, llevo 23 años [...] Me he hecho la lipo, la infiltración de silicón, que ¡no lo llamo ni operación! porque es algo que te inyectas... [...]*

*Yo no soy la única somos muchas trans que tenemos el problema del silicón infiltrado... En la época que yo me puse, a ver... yo en mi país nunca me puse, fue aquí, yo me vine aquí sabiendo lo que hacía [...] Yo llevaba 3 años como chica trans, pero yo me hormonizaba a escondidas desde los 11 años [...] Cuando acabé la universidad me vine aquí. Entonces me puse el silicón, no me lo puse porque yo quise, me lo puse coaccionada, porque en esa época yo no tenía documentos, la policía molestaba muchísimo, te hablo en el año 96, cuando era una corredera la casa de campo, entonces y conocí a una brasileña que era la que se trabajaba en la Castellana, un día la conocí ella vendía ropa, y me dijo ¡si no te pones silicón no te dejo parar nunca más en la castellana! [...] Me lo puse*

*ella en su casa [...] era brasileña, supuestamente era la que tenía el poder ahí en la Castellana, a las españolas no las votaban porque eran españolas, pero cuando llegaba una sudamericana ahí ellas se imponían...*

#### **ENT-39, mujer Trans, ecuatoriana, 44 años**

La inyección de silicona y/o aceites es una práctica muy extendida en mujeres *trans* que ejercen el trabajo sexual, las cuales frecuentemente intervienen y modifican el cuerpo generando procesos de «feminización». En el caso del testimonio anterior, comprobamos que además fue una práctica coaccionada; ejercida bajo presión y producto de la jerarquía implícita dentro del sistema que rige «la calle»<sup>66</sup> y su dinámica, muy enraizada a prácticas de «racialización y sexualización».<sup>67</sup>

Las complicaciones derivadas de este tipo de prácticas se hacen notorias a lo largo de los años; tiempo después de la infiltración, cuando la sustancia progresivamente se diluye en el organismo y provoca rechazo, causando graves alteraciones en la salud de las personas:



*Me dijeron que me tenía que poner, y dije bueno, me pongo. Nunca me dio molestias, me puse solo en lo que es la cadera [...] pero yo no sabía que eso con el paso de los años se va bajando, rodando y rodando y menos mal que fue nada más ahí, pero eso me repercute en la cadera en la pierna, en la entrepierna, porque nada más es un lado, tu imagínate que me molestara en los dos...*

#### **ENT-39, mujer Trans, ecuatoriana, 44 años**

La falta de investigación frente a problemáticas de salud específicas como ésta que involucran a una parte muy reducida de la población, incluso «marginalizada», como es el caso de las personas *trans*, desencadena en déficits de atención e infradiagnósticos. Todo esto unido al desconocimiento del personal sanitario, provoca serias consecuencias en las situaciones de vida y en la salud física, psicológica y emocional de muchas personas *trans*, quienes lejos de encontrar respuestas reciben juicios moralistas en muchas circunstancias:



*Me dieron la discapacidad por la pierna, pero me la acabaron dando por la lumbalgia [...] Me dijeron los médicos que es algo que no tiene solución, pero luego tú vas a otros países y sí hay soluciones pagando [...] A mí me llevo el médico prácticamente, si yo hubiera sido un poquito más débil de mente, a suicidarme, porque si te opero te quedas en silla de ruedas. Me entró una depresión horrible, mira lo que me hice (señala cicatrices de cortes en las muñecas) tuve que estar en tratamiento psiquiátrico [...] Mi problema de depresión es por la pierna, cuando se me inflama, me pregunto ¿hasta dónde llegaré?! Porque esto es como una bomba de tiempo [...] Cuando tú te pinchas y eres joven tu cuerpo aguanta, porque tienes las defensas altas, por lo que sea, pero ya a cierta edad, pienso yo que el cansancio ya todo pasa factura [...]*

*[...] Yo en el Jiménez Díaz he estado ingresada tres veces, y por problema de la pierna ya me tienen más que fichada, y el motivo que ellos me dan... no ponen que es por silicon, ellos ponen que es celulitis, ese es el diagnóstico que tengo, la evaluación. Me parece que es un diagnóstico ¡tan erróneo! Ellos no profundizan, les daba igual lo que yo les dijera... Tú me estás viendo aquí bien conversando,*

66 Referido en este sentido al contexto donde se ejerce el trabajo sexual.

67 Referido a esos procesos de significar el cuerpo a través de las marcas raciales y sexuales. De esta forma se atribuyen a los rasgos fenotípicos y sexualizados a una posición jerárquicamente inferior en las relaciones sociales entre grupos que enfrenta ese «nosotros y ellos», justificando distintas formas de violencia y explotación.

*sonriente, pero tú no sabes el dolor que yo llevo por dentro, pero ¿qué hago? ponérme a llorar, no puedo hacer nada ... Luego [...] he ido al 12 de Octubre, he ido a varios lados, pero nunca he tenido respuesta incluso a hasta algunos no saben qué es, lo único que me dicen es que por qué me he puesto eso... Yo sé que la culpa es mía, pero no necesito que nadie me juzgue sino buscar soluciones... En otros países hacen el intento, aquí no sé por qué no hacen el intento, no soy la única, en el hospital hemos sido muchas... [...] cada una llevamos como una cruz...*

*[...] Es como una bomba de tiempo, eso que tengo querrá salir por algún lado, que mi cuerpo lo rechaza [...] Te puede llegar hasta necrosar la piel y cortarte ese pedazo. Hasta que me pase, si es que me pasa, y que Dios me ayude...*

**ENT-39, mujer Trans, ecuatoriana, 44 años**

#### **6.2.4. La salud sexual. El VIH y la población Trans**

El colectivo *trans*, y especialmente las mujeres *trans*, son consideradas como una «población clave» en la infección por el VIH y otras ITS.<sup>68</sup>

Una de las razones de la falta de información sobre las problemáticas y realidades de mujeres *trans* migrantes, es que durante muchos años han sido incluidas en la categoría estadística de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), lo que invisibiliza y vulnerabiliza aún más a esta población (Organización Panamericana de la Salud, 2011: 32).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que las mujeres *trans* tienen una probabilidad de infección por el VIH 49 veces mayor que la de la población general. Esta prevalencia se ve aumentada en mujeres *trans* trabajadoras sexuales, las cuales tienen una prevalencia de un 27%, en comparación con el 15% existente en las mujeres *trans* que no eran trabajadoras sexuales<sup>69</sup> (Organización Panamericana de la Salud, 2018: 7), lo que confirma el trabajo sexual como un factor de riesgo significativo para las mujeres *trans*. Lo mismo sucede en España, diferentes organizaciones y colectivos ponen sobre la mesa la escasez de estudios y datos sobre las características de esta población, lo que dificulta abordar las tasas de VIH en personas *trans*.

Además, el VIH sigue siendo un estigma significativo para la población *trans*. La intersección de los marcadores de la diferencia como el género, la edad, la raza, la condición social o económica y, en muchas circunstancias, la situación de VIH entre otros, agrava los efectos de la violencia y generan múltiples formas de discriminación (ACNUR, 2014: 10).

### **6.3. Necesidades y situación específica de salud de las personas Lesbianas y Bisexuales**

La múltiple discriminación a la que se ven sujetas las mujeres lesbianas y bisexuales migrantes, por el hecho de ser mujeres y a causa de sus preferencias sexuales, se articula con el racismo

68 ONUSIDA considera que los gais y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), los trabajadores sexuales, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y las personas en prisión o bajo reclusión de otra clase son los cinco grupos de población clave especialmente vulnerables al VIH, y con frecuencia los que carecen de un acceso adecuado a los servicios. Ver más en: <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations>

69 Cabe señalar que ningún país de Europa oriental ni del continente africano había publicado datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH en las mujeres transgénero cuando se realizaron estos estudios.

al que se ven sometidas cuando son leídas en clave de raza o «racializadas». De esta forma, muchas de las mujeres que son «subalternizadas»<sup>70</sup> y provienen de minorías sociales, culturales, religiosas o étnicas, enfrentan en muchas circunstancias, como también lo hacen las personas *trans*, situaciones de «infraciudadanía» (Osborne et al., 2012). Frecuentemente están expuestas a trabajos de cuidados que les sobreexponen y explotan mediante abusos físicos, psicológicos y sexuales.

Podríamos decir que en España hay una mayor visibilidad de mujeres lesbianas y bisexuales migrantes de origen latinoamericano que de otras nacionalidades. Pues a grandes rasgos, las presiones de las comunidades y de las religiones de las mujeres árabes, asiáticas o africanas hacen que no se visibilicen en la misma medida que el resto de mujeres migrantes lesbianas (ALDARTE, 2011: 7). Incluso, los recursos de apoyo comunitario y familiar, les pueden ser negados si comunican su lesbianismo y/o persisten en llevarlo a la práctica, y en su mayoría viven en solitario los problemas derivados de su orientación sexual (Ibíd, 8). Además, pueden ser blanco de infinitud de abusos y violencias si la hacen visibles en sus contextos más inmediatos. Por ejemplo, en algunas comunidades de Sudáfrica la violencia a la que se enfrentan muchas mujeres se refleja en prácticas como la «violación curativa», utilizada como método de control de las mujeres y especialmente de las lesbianas (ILGA, 2007: 13). Una práctica muy arraigada a la idea de que todas las lesbianas tienen que volverse heterosexuales gracias a las relaciones heterosexuales (ídem.)

Así, la discriminación y la violencia hacia estas personas no se agota en sus territorios de origen y se manifiesta de otros modos en los contextos de destino como en España, y concretamente en el sistema de salud. Pues a menudo tienen que lidiar con infinitud de prácticas, expectativas, lenguajes y actitudes racistas y heterosexistas muy arraigadas a esa «presunción de la heterosexualidad» de la que ya advertímos al inicio. Esta presunción refiere a esa expectativa social que asume y da por hecho que todas las personas son heterosexuales hasta que se demuestre lo contrario. Implícita en cada conducta social y reflejada constantemente en el lenguaje, que fuerza al colectivo lésbico-gay a una continua y forzosa «salida del armario» en todas y cada una de las situaciones de la vida social.

A continuación, vamos a referir a aquellos problemas específicos que enfrentan las mujeres lesbianas y bisexuales en los circuitos de atención sanitaria, encontrados durante el proyecto de investigación, que hemos recogido bajo el epígrafe siguiente:

— **Invisibilización, déficits de atención y sesgos de intervención en el sistema sanitario desde la «presunción de la heterosexualidad».**

Se pretende hacer referencia a esos obstáculos especialmente notorios en los servicios de ginecología fundamentalmente. Y aunque presentan muchas similitudes con las problemáticas de las mujeres lesbianas nacionales, sus dificultades de acceso al sistema de salud debido a su situación migratoria; los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria, o incluso la falta de información en muchas circunstancias les envuelven en situaciones de vulnerabilidad mayor.

En otro sentido y debido a la carencia de una muestra representativa de personas bisexuales migrantes en la investigación, queremos dejar constancia que las necesidades de salud de estas personas no van a ser abordadas particularmente. No obstante, desde aquí queremos poner de manifiesto e incidir sobre la bifobia y la invisibilidad que enfrentan estas personas incluso dentro del mismo colectivo LGTBA+. Esto se hace notorio en que representan niveles significativamente más altos de angustia y problemas de salud mental que los equivalentes a la población heterosexual o lesbiana/gay (Barker et al., 2012: 9). Y se debe en gran medida a la discriminación, los

70 Aquí se utiliza el término para referir a aquellas mujeres que son «subalternizadas» como las mujeres empobrecidas, *trans*, migrantes, negras, indígenas etc. Con realidades situadas derivadas de las múltiples opresiones que enfrentan diariamente producto del sistema sexista, racial y clasista que, al mismo tiempo, genera ciertas posibilidades de resistencia.

juicios reiterados y estereotipos<sup>71</sup> que han de enfrentar cotidianamente a cerca de su sexualidad dentro de este rígido sistema de género que nos socializa. Cuestiones que serían interesantes de abordar en próximas investigaciones.

### **6.3.1. Invisibilización, déficits de atención y sesgos de intervención en el sistema sanitario desde la «presunción de la heterosexualidad»**

La continua mirada normativa que envuelve al sistema de salud entre otras instituciones sociales fundamentales, genera reiteradas vulneraciones de los derechos de las personas lesbianas y bisexuales migrantes. Las expectativas que deposita el sistema en todas las mujeres que componen el sistema sanitario se fundamentan en la creencia de que todas ellas son heterosexuales. De hecho, “cuando acuden las mujeres lesbianas al centro de salud no se quieren exponer al estigma, a esas valoraciones... y prefieren que se dé por hecho su heterosexualidad”.<sup>72</sup> De este modo, cuando una mujer lesbiana asiste a los servicios de ginecología con motivo de algún control y/o revisión, el lenguaje empleado<sup>73</sup> por el personal sanitario siempre se inclinará a buscar esa lógica heteronormativa anclada en cada expectativa y proceso de atención:



*La heteronorma es una cosa que es que está ahí y no hay manera [...] En el caso de mujeres lesbianas, tengas pareja o no, ¡que te sigan poniendo en el informe que no utilizas preservativo como diciendo si tienes algún tipo de ITS es tu responsabilidad ¿no?! O como que no tengo sexo porque no tengo penetración eh... con un pene físico, ¿me entiendes? [...] O alguien antes de que te diga abiertamente que es lesbiana, ya le plantas en el informe que tiene sexo heterosexual y lo das por hecho, o al revés... Y eso creo que no ha cambiado nada a nivel institucional. Vuelo a lo mismo, ¿todos los ginecólogos son...? Pues seguramente no, pero a nivel institucional no ha cambiado nada...*

#### **ENT-1, experta en salud, organización salud sexual, igualdad y diversidad sexual**



*[...] Por supuesto que hay ginecólogos que son maravillosos en cuanto a tolerancia, en cuanto a aceptación, en cuanto a visibilización, en cuanto a equidad en el trato... Pero a veces tienen unos resquicios muy heteroimperativos ¿eh? Dan por hecho que la mujer tiene relaciones sexuales siempre con hombres, y siempre ¡y tu marido, y tu marido y tu marido! Yo creo que hay que ir cambiando lenguajes, el tema de “tu marido y tu esposa” yo no lo uso. Yo empleo tu pareja o la persona con la que mantienes relaciones sexuales ... que puede ser tu pareja o tu vecino [...] Pero ya en ningún caso se habla asignando género a la pareja.*

#### **ENT-16, médico Programa de salud sexual y reproductiva Madrid Salud**

Las sexualidades no normativas continúan siendo tema tabú entre una gran parte del personal sanitario. El Sistema Biomédico y específicamente el servicio de ginecología, continúa reproduciendo la asunción implícita de que la salud de las mujeres equivale exclusivamente a la salud reproductiva, y frecuentemente, a través de lecturas hormonalistas<sup>74</sup> de sus vidas. Así, a

71 Referidos a en el imaginario social como promiscuos, espardidores de la enfermedad, incapaces de la monogamia o una amenaza a las relaciones y las familias heterosexuales (Ibidem, 4).

72 Expertas, organización social mayores LGTBA+.

73 Recordemos la “batería para cis-heterosexuales” que mencionábamos con anterioridad.

74 La lectura “hormonal” del cuerpo femenino refiere a esa tendencia de nuestro Sistema Biomédico a interpretar y explicar todo lo que les pasa a las mujeres (esté relacionado directamente o no con lo reproductivo) desde el ciclo hormonal (Esteban, 2007: 82).

menudo la expectativa profesional (implícita o explícita) será el fortalecimiento de su capacidad gestante, la prevención de embarazos no deseados desde el control y la regulación de sus cuerpos y/o la prevención de ITS, pero siempre partiendo del esquema heterosexual.

A continuación vamos a reflejar un ejemplo concreto del momento de acceso a la consulta de ginecología y esa expectativa heterosexual proyectada en el lenguaje:



*Yo tenía mi citología y cuando entré por la puerta vi que quien me hacía la citología era una mujer, cosa que ya me choca porque yo vengo del sur donde todos son hombres, y empieza a llenar lo típico... ¿última regla? ¡Y claro estaba yo quisquillosa ese día! Y me dice ¿últimas relaciones sexuales? Y le digo yo ¿a qué te refieres? Y me dice que ¿cuándo mantuviste la última relación sexual? Y le digo ¿pero a qué te refieres? Y me dice ella -la chica era "guasona"- ¿eres virgen? Le digo ¿qué entiendes por virgen? Vamos a empezar por ahí... ¿Qué hayas tenido relaciones sexuales? Y ya entremos en un bucle... Y me dice ¡vamos a ver! ¡qué hayas sido penetrada por un pene! ¡La primera en la frente! digo ¡ves! [...] Entonces mi papel de la citología eran cuatro líneas que acabaron siendo borrones, tachones, arriba abajo...*

#### **ENT-5, experta organización social lucha contra la LGTBfobia**

¿Cuál es el significado que adquiere en el sistema de salud la narrativa ser virgen?<sup>75</sup> La penetración para considerarse sustancialmente penetración, ¿deber ser producida por un pene físico en el entendimiento biomédico? Los dildos, arneses, puños, entre otros artefactos posibles utilizados por muchas mujeres en sus prácticas sexuales no-normativas no son tenidos en cuenta en los diagnósticos médicos, al no suponer (según el imaginario) un “riesgo significativo”. En este sentido, el riesgo equivaldría a un embarazo no deseado o a la transmisión de una ITS (y en este sentido, comprobamos que hay un gran desconocimiento sobre los mecanismos de transmisión de muchas ITS).

Así los procesos de acceso-atención de las mujeres lesbianas están mediados por falsos mitos a cerca de su sexualidad compartidos por una parte significativa del personal profesional de salud, como por ejemplo, la teoría del bajo riesgo<sup>76</sup> de las relaciones sexuales entre mujeres (Medical Anthropology Research Center, 2017: 132). Esa creencia de que las mujeres lesbianas no practican «verdadero sexo» por tanto, no están expuestas del mismo modo. Un imaginario cultural tan arraigado que trasciende las instituciones de salud y puede permear hasta en las políticas de prevención, condicionadas por muchos estereotipos y expectativas de género, e influenciadas por otros marcadores de la diferencia como la raza, así sus situaciones y realidades están invisibilizadas:



*[...] Es como que una mujer no tiene sexo. O sea, una mujer heterosexual blanca y con dinero no disfruta libremente de su sexualidad ¡que vamos a pretender de una lesbiana negra! Es que no existe, les interesa a las entidades sociales [...] Las campañas de prevención no van para nada dirigidas, ¿cuántas campañas conoces de prevención de ITS? [...] Las ITS existen también para las mujeres...*

#### **ENT-1, experta en salud, organización salud sexual, igualdad y diversidad sexual**

75 La virginidad es asociada en Occidente a la ruptura del himen. La cual tiene implicaciones culturales en los roles y expectativas de género de las mujeres, asociados a la pureza y la castidad.

76 Esta teoría presupone además tres concepciones sobre los cuerpos, la identidad y la sexualidad. Por ejemplo, que mujeres lesbianas tienen menor número de parejas sexuales, por tanto, no son “promiscuas”, en comparación con el referente de los hombres cis-gais quienes, suelen asimilarse a un grupo homogéneo con un nivel de promiscuidad (Medical Anthropology Research Center, 2017: 132).

Esta lógica normativa heterocentrada supone un sesgo automáticamente en la detección, atención y, por tanto, en acceso a los recursos ginecológicos de muchas mujeres (como las pruebas diagnósticas para la detección de determinadas problemáticas de salud o ITS) lo que supone una vulneración reiterada de sus derechos fundamentales, por ejemplo:



*A una chica lesbiana le negaban la citología porque era lesbiana, a otra chica la mamografía jesto ya no es que sea homofobia es que es absoluta ignorancia! ¡¿qué tendrá que ver ser lesbiana con la mama?!... ¿Se tiene que hacer una citología una chica lesbiana? Por supuesto que sí [...] las mujeres tienen un coito instrumental, es un coito con un dildo, y podríamos haber compartido el dildo y el papiloma de mi pareja me lo podría haber pasado yo con el dildo... ¡y eso de repente el médico como que no ha caído!*

#### **ENT-16, médico Programa de salud sexual y reproductiva Madrid Salud**



*[...] La atención ginecológica pues funciona muy mal, los médicos tienen creencias muy erróneas sobre la salud sexual de las mujeres que no se acuestan con hombres hasta el punto que les niegan las citologías, eso es un tema...*

#### **ENT-20, médica residente Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospital público Madrid**

La negación de la prueba diagnóstica de la citología cervical ha salido en los discursos en reiteras ocasiones, unida a la creencia de que el Virus del papiloma humano (VPH) no se transmite por relaciones sexuales entre mujeres, por tanto, el rastreo de cáncer de cuello de útero o de cérvix no sería necesario. Como resultado de esta creencia, este tipo de pruebas se realizan con menos frecuencia en mujeres lesbianas y bisexuales, lo que puede desencadenar en infra-diagnósticos, déficits y/o vacíos de atención. Esta situación es tan común en los servicios de ginecología que incluso tienen que hacerse «pasar por»<sup>77</sup> heterosexuales para que les realicen la prueba diagnóstica y puedan ser abordadas sus necesidades de salud, como el siguiente testimonio nos refleja:



*La última vez que fue al ginecólogo [...] a mi pareja le preguntaron una vez cual fue la última relación sexual o algo así... la cuestión es que ella dijo que era lesbiana, entonces no la quisieron hacer (una prueba). Entonces yo como ya sé que tenía esto, nunca digo que soy lesbiana, porque sé que no me la van a hacer. Entonces a mí no me conviene que no me la hagan por el problema de hipotiroidismo y por la ausencia de regla que tengo, entonces si me pregunta ¿cuándo era tu ultima relación sexual? Digo mira hace un mes, la semana pasada, hace dos días. O si tomo anticonceptivos y tal... Entonces una chica hetero seguramente las toma, pero por problemas hormonales y tal también te las recetan. Yo nunca las tomé, pero también yo prefiero mentir porque sé que no me la van a hacer...*

#### **ENT-34, mujer cis lesbiana, Argentina, 35 años**

77 Un concepto muy influenciado por los movimientos feministas negros. Su origen se remonta décadas atrás a las prácticas del passing racial en EEUU, y consistía en aquellas personas que formaban parte de un grupo racial estigmatizado e intentaban ser aceptadas en otro grupo racial diferente con ciertos privilegios reconocidos socialmente. Actualmente el passing o «pasar por» es un concepto abordado desde diferentes ámbitos y refiere a esa práctica desarrollada por aquellas personas que están en lugares fronterizos con respecto a etnia, género, sexualidad, diversidad funcional, clase social, etc., y que tratan de asimilarse adoptando ciertas estrategias (Platero et al. 2012: 140). En otras palabras, las prácticas del passing o «pasar por» a menudo se utilizan como estrategias de protección o de resistencia.

De esta forma, a la carencia de formación del personal sanitario junto con las creencias erróneas sobre sus sexualidades y realidades de salud, se les une la escasez de información sobre la salud sexual y reproductiva para mujeres que mantienen relaciones sexuales con otras mujeres. Estos siguen siendo algunos de los retos más inmediatos que necesitan ser abordados desde un sistema sanitario público inclusivo. No olvidemos que la salud sexual es un derecho y el acceso y disfrute de ese derecho implica que el sistema brinde toda la información y los recursos disponibles para así decidir de una forma libre y autónoma sobre la sexualidad, sin ninguna forma de discriminación, exclusión o violencia.

## 6.4. Necesidades y situación específica de salud de las personas Asexuales

La asexualidad es una orientación o identidad sexual definida por la falta de atracción sexual hacia otras personas, independiente de su género. Se calcula que el 1% de la población es asexual (Instituto Superior de Estudios Psicológicos, 2018).

Una de las suposiciones sociales más generalizadas y arraigadas es que todas las personas poseen deseo sexual (Cole, 1993 en Scherrer 2008). Como resultado de esta suposición, la asexualidad ha sido invisibilizada e infraestudiada durante muchos años, no reconocida como una orientación sexual única y no incluida en la lucha por los derechos LGTBIQ+. En una encuesta realizada por Asexual Visibility and Education Network (AVEN)<sup>78</sup> solo el 52,1% de las personas participantes expresaban sentirse parte de la comunidad LGTBIQ+, el 15,4% quieren serlo, mientras solamente el 11,5% de las personas participantes sentían que se sienten bienvenidas incondicionalmente en la comunidad LGTBIQ+ (AVEN, 2014).

A diferencia del celibato que normalmente se elige, la asexualidad forma parte de la identidad sexual de una persona o de su deseo o comportamiento sexual. Al contrario de lo que encierra el imaginario social, las personas asexuales pueden desarrollar una atracción o vínculos románticos, afectivos, intelectuales o íntimos con otras personas. Las personas asexuales ejercen o no la autosexualidad (masturbación), y pueden llegar a disfrutar teniendo sexo, pudiendo llegar a un acuerdo con la pareja.

Hay un espectro amplio dentro de la asexualidad, pues no todas las personas la viven de la misma manera. Esto provoca una dificultad para intentar definirla, encerrarla en una etiqueta o comprenderla por parte de la sociedad. Dentro de esta variedad encontramos a las personas gris-asexuales que sienten que están en un área gris entre la sexualidad y la asexualidad, y los demi-sexuales que necesitan desarrollar un vínculo y una conexión emocional muy fuerte para poder tener atracción sexual y relaciones sexuales con la otra persona:



*[...] Me considero una mujer, en términos de sexualidad me identifico como gris-asexual, solía ser más asexual en mis veintes, pero en mis treintas soy un poco más flexible. Con la asexualidad, hay más personas que no la entienden o la desconocen, más que estar en contra de ella. Pero también es algo de lo que no tienes que hablar en voz alta. Tuve un problema anterior con personas en Siria que negaban la existencia de la asexualidad, me decían: simplemente no lo has intentado con la persona adecuada o no sabes lo que es tener sexo...*

**ENT-35, mujer cis gris-asexual, Siria, 35 años**

78 La comunidad asexual virtual más grande a nivel internacional en español: Red de la Visibilidad y Educación sobre la Sexualidad.

Como todas las personas LGTBA+ migrantes en España, la intersección del conjunto de factores como el origen, la religión, la edad, el conocimiento del idioma, la cultura, etc. interferirán en sus experiencias dentro del ámbito sanitario.

En las siguientes páginas analizamos algunas cuestiones importantes relacionadas con la salud de las personas asexuales migrantes:

- La patologización de la identidad/orientación asexual.
- La invisibilidad e infradiagnósticos médicos.
- Salud mental y emocional de personas asexuales.

#### 6.4.1. La patologización de la identidad/orientación asexual

Igual que la homosexualidad o la transexualidad, la asexualidad en Occidente fue históricamente incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM según las siglas en inglés). Fue asociada y/o confundida (entre otros, como la disfunción sexual o la parafilia) con el Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH), que se define como la deficiencia o ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías eróticas y de deseo para la actividad sexual.

En el 2013 el TDSH fue separado en el DSM-V en el Trastorno de interés/excitación sexual femenino y el Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. En la misma edición, el DSM-V excluye explícitamente la asexualidad de los diagnósticos de ambos trastornos<sup>79</sup> (Asexuality.org, 2017).<sup>80</sup>

Estudios recientes como el de Lori A. Brotto y Morag Yule de la Universidad de British Columbia (2016), estudiaron la asexualidad y reflexionaron sobre si se trataba de una orientación, una parafilia, una disfunción sexual o nada de lo anterior. El estudio concluyó que existe un apoyo modesto para situar la asexualidad como una orientación sexual única. Sin embargo, es probable que haya tanta variabilidad entre la falta de atracción sexual de las personas asexuales (y también si se extiende a la falta de atracción romántica) como entre la presencia de atracción sexual de las personas sexuales (A. Brotto, Yule, 2016: 7, traducción propia).

No fue hasta la última década de los 2000 que el tema de la asexualidad ha venido al “spotlight” y en gran parte gracias a internet que permitió visibilizar y hablar del tema, a través de la formación de blogs y redes virtuales<sup>81</sup>. Estas redes sirvieron sobre todo para arrojar luz a la asexualidad, considerarla parte del colectivo LGTBQ+ y construir una comunidad virtual que lucha para los derechos y la visibilidad de estas personas.

#### 6.4.2. La invisibilidad e infradiagnósticos médicos

La asexualidad es una orientación poco conocida. La invisibilidad y falta de información sobre la asexualidad hace que estas personas se sientan incomprendidas por el personal sanitario, percibiendo algunas prácticas como “violentas”, sobre todo considerando que nuestro modelo

79 “Si una ausencia de deseo sexual de por vida se explica mejor por una identificación como “asexual” que la propia mujer hace de sí misma, no se diagnosticaría un trastorno del interés/excitación sexual femenino.” (DSM-V, 2014: 434). Para el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en el varón, se incluye en la sección “Diagnóstico diferencial”, en el punto “Otras disfunciones sexuales” (ibidem, 443). “Si el deseo reducido en un varón se explica por la identificación como “asexual” que el propio hombre hace de sí mismo, no se diagnosticaría el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón” (DSM-V, 2014: 443).

80 Recuperado de <http://es.alexandria.org/comunidad/foro/trabajos-academicos-sobre-asexualidad/1262-asexualidad-y-trastorno-de-deseo-sexual-hipoactivo>

81 Como asexuality.org o la Red de la visibilidad y Educación sobre la Asexualidad (AVEN por sus siglas en inglés).

sanitario sigue siendo etnocéntrico y hetero-normativo. De esta forma, en los servicios de ginecología en España, siempre se asume que las mujeres de cierta edad deben haber tenido o experimentado una experiencia sexual "penetrativa", no siendo el caso de muchas mujeres. En algunas ocasiones pensemos que puede deberse a motivos culturales o religiosos, y en otras por opción sexual como en el caso de las personas asexuales.

Como consecuencia de este supuesto etnocéntrico europeo, siempre utilizan para el examen médico de ginecología unos protocolos y herramientas diseñados para mujeres heterosexuals que hayan tenido sexo penetrativo con hombres. Estos exámenes pueden resultar muy incómodos para ciertas mujeres (y a veces son experiencias traumáticas), sobre todo en las primeras visitas al ginecólogo, donde se da por hecho que la paciente conoce de antemano cómo se va a desarrollar la visita médica.

Un ejemplo de esta experiencia:



*Ser asexual fue un poco incómodo para la ginecóloga, porque está acostumbrada a las mujeres que son más activas sexualmente y eso hace que el chequeo sea más fácil para ella. Así que fue un poco gracioso y un poco más complicado, ella no me preguntó, pero el chequeo requirió una cierta flexibilidad en el cuerpo que es más fácil para las mujeres sexualmente activas. Ella estaba un poco confundida porque obviamente yo soy una mujer madura, así que para ella fue un poco confuso, y en realidad tuvo que preguntarme si era sexualmente activa o no, y cuando le dije que no estaba activa ella dijo: ¡ok! Podemos usar diferentes herramientas la próxima vez, pero ella no hizo comentarios ni me hizo ninguna pregunta, así que no tuve que decirle nada sobre mi orientación.*

#### **ENT-35, mujer cis gris-asexual, Siria, 35 años**

Por otro lado, igual que en el caso de mujeres lesbianas, la ausencia de actividad sexual penetrativa puede resultar en déficits de atención o en la dificultad de acceso a algunas pruebas diagnósticas, como el caso de las citologías cervicales. Ya que se supone que la falta de penetración significa la ausencia de riesgo de ciertos tipos de cáncer o enfermedades.

### **6.4.3. Salud mental y emocional de personas asexuales**

La cisheteronormatividad y cishomonormatividad de la actividad sexual en el imaginario social hacen que las personas asexuales tengan reticencias ante el temor de ser juzgadas y se cohíban en contar su situación. Los hombres asexuales tienen especialmente mucha presión por los estereotipos machistas que relacionan la masculinidad con la actividad sexual o la libido elevada. A menudo se escuchan frases que normalizan este discurso, como por ejemplo "los hombres tienen más libido que las mujeres" o "los hombres no pueden controlar su deseo sexual", "los hombres no se controlan". Estas suposiciones, estereotipos y prejuicios afectan de forma muy negativa la autoestima y la salud mental y emocional de los hombres asexuales o cualquier hombre que no se identifique con esa masculinidad hegemónica tal y como está definida en la sociedad occidental de hoy.

En su libro *The Invisible Orientation*, uno de las relativamente pocas obras académicas sobre la asexualidad, la autora Sondra Decker argumenta muchas situaciones discriminatorias, incomodas, e inapropiadas hacia las personas asexuales. Entre los ejemplos: cuestionar a las personas asexuales si sus genitales funcionan, si se hormonan, asumir que todas las personas asexuales son víctimas de violación o abuso sexual infantil, o considerar que las personas asexuales son personas homosexuales que niegan a salir del armario, como si la única alternativa a la heterosexualidad fuera la homosexualidad (Decker, 2016).

Todas estas presunciones afectan de manera muy negativa a la salud mental y emocional de muchas personas asexuales, las cuales son muy recurrentes en el mundo sanitario, así la asexualidad no es algo que necesite ser diagnosticado, y mucho menos arreglado.

## 6.5. Necesidades y situación específica de salud de Los Hombres qué tienen Sexo con Hombres (HSH)

En este apartado, analizamos la situación y las necesidades específicas de salud de los hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).<sup>82</sup> El término de HSH (MSM en inglés) se empezó a utilizar en la literatura médica y en la investigación a partir de los años 90, para referir a los hombres gays, los hombres bisexuales, y los hombres heterosexuales que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

En la historia del movimiento LGTBA+ occidental, el colectivo gay es el que ha sido más visible y ha acaparado muchas de las luchas y reivindicaciones del colectivo.<sup>83</sup>

En Barcelona y en Madrid podemos encontrar zonas específicas lgbtfriendly, tal es el caso de Gaixample en Barcelona o el barrio de Chueca en Madrid, zonas que se caracterizan por albergar un gran número de locales y servicios (saunas, bares, discotecas, hoteles) dirigidos a este colectivo. Sin embargo, son zonas que no están disponibles para todo el mundo, pues están fuertemente significadas por los marcadores de la diferencia (clase social, raza, estatus socioeconómico) que hacen que no puedan ser habitados para muchas de las personas «racializadas» del colectivo. Incluso algunos casos, estos establecimientos son exclusivos para hombres gays y se niega la entrada a otras personas del colectivo LGTBA+, como mujeres lesbianas, personas transexuales, bisexuales, o no binarias.



*Una vez, fui con un amigo paquistaní, y una amiga trans a una fiesta en la terraza de un hotel gay en el Gayxample, y no nos dejaron entrar. Porque no somos el tipo de gay que quieren.*

### **ENT-43, hombre cis gay, Kenia, 35 años**

A través de esta visibilidad hegemónica del colectivo gay, se ha construido un imaginario social sobre lo que representa «ser gay» en Occidente.

La construcción social del sujeto gay en la cultura occidental se basa en un imaginario que vincula el «estilo de vida gay» con la promiscuidad, las drogas, el consumismo, un alto nivel adquisitivo, una cierta imagen corporal, y una obsesión por el aspecto físico, la moda y la belleza. Esta construcción social, frecuentemente se combina con el concepto de homonacionalismo<sup>84</sup> (Puar, 2007) que hace visibles las posiciones racistas y xenófobas entre la comunidad LGTBA+ nutridas de prejuicios y de la criminalización hacia las personas migrantes, las cuales

82 El término "hombres que tienen sexo con hombres", frecuentemente abreviado como HSH, describe un comportamiento en lugar de un grupo específico de personas. Incluye hombres homosexuales, bisexuales o heterosexuales auto identificados, muchos de los cuales pueden no considerarse homosexuales o bisexuales. (ONUSIDA, 2008).

83 De hecho, durante mucho tiempo, y sobre todo en los países anglosajones, se refería al movimiento de lucha por los derechos LGTBA+ como el *Gay Rights Movement* (el movimiento de derechos de los gays). Hasta día de hoy, la manifestación anual de los derechos LGTBA+ es conocido como *Gay Pride* o Día del Orgullo Gay.

84 Acuñado por Jasbir Puar (2007) refiere a los procesos por los que ciertos poderes se alinean con las reivindicaciones del colectivo LGTBA+ con el fin de justificar posiciones racistas y xenófobas, respaldándolas sobre los prejuicios de que las personas migrantes han de ser forzosamente homófobas y de que la sociedad occidental es completamente igualitaria.

son concebidas como homófobas y poco igualitarias. Brigitte Vasallo(2017)<sup>85</sup> lo explica de la siguiente manera:



Este movimiento se aprovecha para construir la alteridad. "Nosotros" (que somos blancos, ricos, con funcionalidades normativas, consumidores, nacionales) somos gayfriendly y "nuestro" opuesto (que está racializado, que es pobre, que es inhábil, que ni consume ni produce, y que es extranjero/extraño) es homófobo. Y no solo homófobo, sino claramente heterosexual. Porque el imaginario de la persona queer racializada, musulmana, extranjera, crip, pobre (empobrecida), migrada desaparece, sencillamente, del mapa.

Como consecuencia de esta alteridad, las personas migrantes que llegan a las ciudades de Madrid y Barcelona y quieren vivir su sexualidad abiertamente, pueden encontrarse con rechazo social incluso dentro de la misma comunidad gay:



[...] Creciendo en Madrid, llegué a plantearme mi sexualidad porque sentía que no pertenecía a la comunidad homosexual. Cuando andaba por Chueca o me metía en los chats veía que la representación era la de un hombre cis, blanco, gay y con un cuerpo muy normativo que buscaba la aprobación del sistema heterosexual. De hecho –esto es muy de los años 2000– cuando chateaba por webcam y al otro lado veían a una persona china, la apagaban porque no lo entendían. La cerraban hasta con miedo. Luego fui creciendo y descubriendo más apps y ahí sí que sufrió racismo de forma mucho más directa dentro de los deseos. Racismo sexoafectivo lo llaman.

#### **Chenta Tsai Tseng, activista y artista gay de Taiwan<sup>86</sup>**

Sumado a su historia de discriminación y persecución en sus países de origen, esta alteridad puede formar un factor estresante más, y aumentar los riesgos de desarrollar problemas relacionados con la salud mental y emocional de los HSH como depresión, ansiedad, fobia social o el abuso de sustancias, etc. Incluso estos problemas pueden llevar a conductas autodestructivas, o dificultades en las relaciones íntimas, de dolores físicos en respuesta a trastornos psicológicos, y búsqueda continua de relaciones amorosas (Shidlo, Ahola, 2012).

En relación a las situaciones y problemáticas específicas de salud que enfrentan los HSH encontradas a lo largo de la investigación, vamos a desarrollar los siguientes temas:

- La importancia de un abordaje cultural.
- Falta de información y formación del personal médico.
- VIH prevención y tratamiento.
- El VIH en HSH migrantes.
- El estigma y el VIH.
- Prácticas de riesgo en HSH/Chemsex.
- Chemsex y VIH.

85 Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2017/04/homonacionalismo/>

86 Disponible en: [https://www.eldiario.es/cultura/libros/Putochinomaricon-racismo-gay-cuerpos-asiaticos\\_0\\_914809147.html](https://www.eldiario.es/cultura/libros/Putochinomaricon-racismo-gay-cuerpos-asiaticos_0_914809147.html)

### 6.5.1. La importancia de un abordaje cultural

El sexo entre hombres ha existido en muchas culturas y civilizaciones a lo largo de la historia. Sin embargo, hay que distinguir entre el comportamiento sexual y la identidad, la autodefinición o la orientación.

En la cultura árabe, por ejemplo, la homosexualidad y sobre todo el sexo entre hombres ha estado presente en historias, novelas, poemas y canciones y existía entre todos los grupos de edad, clases sociales, antecedentes educativos, estados matrimoniales, razas, nacionalidades y etnias (El-Rouayheb, 2009, en International HIV/AIDS Alliance y UNAIDS, 2016, traducción propia).

Así las personas viven su sexualidad y se relacionan de distintas formas. En algunas culturas, los hombres gays se casan, tienen hijos e incluso practican sexo con sus esposas. De nuevo el peso de la cultura se hace notable en este sentido; la religión o la tradición pueden ser un mecanismo de inclusión para sentirse partícipes de la sociedad normativa donde viven, ser parte de lo «normal» y aceptados por el Otro, sorteando así el rechazo y la persecución.



*[...] Yo estaba casado cuando vivía en Kenia, tenía hijos, es parte de mi cultura, la familia ha arreglado el matrimonio. Cuando llegué la primera vez a Europa, me negaron el asilo porque no creyeron mi relato, ¿cómo puedes ser gay y estar casado y tener hijos?!*

**Hombre cis gay, África, 35 años<sup>87</sup>**

Las experiencias y expectativas culturales afectan de maneras distintas a los hombres gays y HSH migrantes. Algunas personas consiguen vivir su sexualidad abiertamente e integrarse en el “ambiente gay” al llegar a una gran ciudad (como pueden ser Barcelona o Madrid), a otros les cuesta desprenderse de toda la carga del estigma, discriminación y homofobia que han sufrido durante muchos años en sus países de origen. Como resultado, algunas personas se encuentran incapaces de expresar su orientación o identidad sexual y compartirla con otras personas, incluso con el personal médico. Esto en gran parte es el resultado del auto-estigma o la homofobia interiorizada<sup>88</sup> o ese “odio a ti mismo”:



*Hubo un tiempo en que quería cambiarme a mí mismo cuando la gente te rechaza, sientes que estás «equivocado» y comienzas a odiarte a ti mismo y quieres cambiarlo. Hasta que llegas a un momento en que quieres abrazarte. Para mí fue aquí en Barcelona donde comencé a ser más abierto sobre mi sexualidad. Aquí todos lo saben.*

**ENT-44, hombre cis gay, Siria, 27 años**



*Teníamos un caso VIH positivo de Afganistán [...] No nos revelan su sexualidad, su identidad o con quién tienen sexo. Pasa mucho por la cultura; la cultura árabe o musulmana. Ellos no te lo dicen, porque en tu país te matan, te piedrean, te meten en la cárcel, te asesinan [...] Con lo cual otro hándicap más, que no me estás diciendo la verdad [...] Luego a veces no acuden. Cogen cita y no vienen, les llamas y no te cogen el teléfono...*

**ENT-25, enfermero especializado VIH e ITSS/ CAP de Barcelona**

<sup>87</sup> Al considerarse un dato sensible no se desvelará el país de origen.

<sup>88</sup> Actitud hostil y el rechazo hacia otras personas homosexuales, la denigración de la propia homosexualidad como estilo de vida y la falta de voluntad para revelar a los demás la propia homosexualidad (Herek et al., 1997, traducción propia).

En sus países de origen, muchos hombres gays tienen dificultad en acceder a una atención sanitaria adecuada (pruebas médicas, información sobre VIH, tratamientos médicos de ETSs, antirretrovirales, terapias psicológicas, etc.) Incluso, en algunos países, es muy difícil llevar a cabo una práctica sexual segura o con protección, debido a las concepciones culturalmente asociadas a los condones y la dificultad de conseguirlos (al no ser empleados como métodos de prevención). Residir en un país donde la homosexualidad está prohibida y/o criminalizada, obstaculiza el acceso a la información sobre salud sexual en hombres que tienen sexo con hombres, sobre todo en lugares con escaso acceso a internet.



*En Siria, el condón está relacionado con algo malo, con el pecado, el sexo fuera del matrimonio. Y por esto, fue imposible conseguirlo. La primera vez que probé un condón fue aquí en Barcelona, porque estaba disponible. No tenía mucha conciencia. Cuando llegué aquí descubrí que el problema está muy presente. Desde mis círculos sociales y mis relaciones la gente comenzó a preguntarme acerca de mi estado serológico, y dije que no sabía... y el tipo me dijo que tenía que saber... Aquí hay mucha conciencia, campañas, carteles, ONG ¡pruebas gratis!*

#### **ENT-44, hombre cis gay, Siria, 27 años**

El desconocimiento de las distintas maneras en las que se vive la homosexualidad en otras culturas, puede derivar en vacíos de atención o en infradiagnósticos. En muchos casos el interrogatorio médico juega un papel importante, su lenguaje y la búsqueda de esa lógica cis-heterosexual en muchas circunstancias impide acceder a la información y a la realidad de la salud y situación de los pacientes:



*Un día nos comentan que ha llegado un chico de Paquistán con un fluido que le salía del ano. Entonces en su interrogatorio preguntó que si tenía pareja, a lo cual él contestó que sí, que estaba casado con una mujer en su país; pareja estable. Una vez después de preguntar esto, le pregunta si ha tenido relaciones sexuales, a lo cual él le dice qué últimamente no. Y sigue el interrogatorio... Lo que ha hecho la médica es poner la barrera sobre el tema pareja. Porque ha presentado su vínculo con una persona que no está en el país, y con lo cual tiene un compromiso hace más que cinco años y que tiene compromiso con ella, no ha tenido sexo con ella, con lo cual...*

#### **ENT-6, experto organización social migración y refugio LGTBI**

En el testimonio anterior la situación de salud que atravesaba la persona era el resultado de una ITS, sin embargo, el orden y la lógica normativa con la que abordó la profesional de salud las preguntas supusieron un bloqueo en las respuestas de la persona paciente, el cual no llegó a comunicar que había mantenido relaciones sexuales anales.

El abordaje intercultural y el conocimiento de los códigos culturales de las personas migrantes es un elemento clave en el éxito de campañas de prevención, o acercamiento a las personas gays o a los HSH migrantes. A menudo, los HSH inmigrantes no suelen contar con el apoyo de su comunidad étnica o de origen. Cuando mantienen el contacto con miembros de su comunidad, a menudo no desvelan ni su orientación sexual ni su identidad de género (Shidlo, Ahola, 2012).

Si no tomamos la cultura como referencia a la hora de abordar, por ejemplo, campañas de salud sexual para el colectivo gay o HSH en espacios públicos o visibles, lo más probable es que nuestra estrategia no tenga impacto en determinadas poblaciones culturales, por miedo a ser vistos y juzgados por sus comunidades de origen:



*En este barrio también hay mucha interculturalidad, yo he atendido a gente de Siria, Egipto eh... bueno los marroquíes no vienen a hacer las pruebas de VIH, incluso cuando salimos a la calle con mesas informativas. Y una vez vino una persona marroquí y nos dijo jes que tenéis que hacer esto, pero tenéis que ir a la casa!... Mi gente no va a venir a hacerse las pruebas, tenéis que ir a las casas... porque no quieren ser visibles...*

#### **ENT-2, experta LGTBA+ mayores**

### **6.5.2. Falta de información y formación del personal médico**



*¡No es que te rechazo porque sé quién eres, sino justo te rechazo y no te incluyo porque desconozco tu realidad, y por tanto no soy sensible a ella!*

#### **ENT-23, médico del servicio Trànsit en Barcelona**

El modelo cisheteronormativo de la atención sanitaria en España, afecta de manera negativa a las experiencias de los hombres gays y HSH, como también sucedía con las personas trans, lesbianas y bisexuales. En más del 50 % de los casos, los médicos de Atención Primaria asumen de la heterosexualidad de la persona paciente. Una tendencia que genera disconformidad dentro de la comunidad LGTBA+ en el acceso al sistema sanitario (Puglisi, García, 2015).<sup>89</sup>

Un estudio realizado por FELGBT en 2015 concluyó que solo el 48% de los hombres homosexuales revelaron su identidad/orientación sexual a su médico de familia y solo el 29% a su médico especialista. En el caso de los HSH, la razón más mencionada fue «no creo que sea relevante» (66%); seguido de «no he tenido la oportunidad de decírselo» (57%) y «tengo miedo de que me discriminen si se enteran» (9%). Un pequeño 3% temía que los médicos lo dijeran a sus familiares si se enteraban” (FELGTB, 2015).

La falta de formación en materia de diversidad sexual e interculturalidad del personal sanitario se presenta como uno de los problemas más significativos a la hora de atender a los HSH. A menudo, esta falta de formación está acompañada por el estigma de lo que representa y supone ser gay. Referimos al estigma como “la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo” (Goffman, 1968).

El estigma sobre el colectivo gay se construye sobre juicios relacionados con la promiscuidad, el consumo de drogas, las prácticas sexuales de riesgo, la fiesta, el abandono, la negligencia, la dejadez etc. Este estigma y juicio moral hace que algunas personas sean discriminadas durante los procesos de atención, llegando incluso a vulnerarse su derecho a recibir ciertos tratamientos como los antirretrovirales, por ejemplo, sobre todo cuando se repiten ciertas prácticas de riesgo, o accidentes durante la práctica sexual.

Durante el grupo de discusión (GD) específico de profesionales pertenecientes al ámbito de la salud en un centro de atención primaria en Barcelona, eran reiteradas las quejas del personal médico sobre la frecuencia con la que solicitaban la Profilaxis Post Exposición (PPE)<sup>90</sup> muchos

89 Recuperado de <http://www.rmedica.es/edicion/244/orgullo-sanitario-gay>

90 Un método excepcional y de urgencia que puede reducir la posibilidad de infectarnos por VIH utilizando antirretrovirales durante 28 días (los medicamentos que se usan para tratar la infección por VIH).

hombres gays, sin tener en cuenta las recomendaciones del médico, ni tomar precauciones preventivas.<sup>91</sup>



*Viene un hombre gay a buscar los antirretrovirales por un accidente y al mes vuelve a venir otra vez por lo mismo. ¡Ahora quieren que la sanidad pública pague la PrEP, y ellos siguen con las prácticas de riesgo.¡Yo soy la primera que voy a mirar mal a una práctica de riesgo que me están contando! ¡Esto es un gasto enorme para la sanidad pública! En una consulta de 7 minutos los médicos no podemos tener el papel de educarles. Hay un problema de educación social, y este trabajo no lo podemos hacer nosotros.*

#### **GD-2, perfil sanitario**

Pensar que todos los gays no toman precauciones y son apáticos cuando se trata de la transmisión de ITS, está muy ligado a este estigma. Esto genera una actitud negativa hacia el colectivo gay, y la generalización de este estigma puede derivar en unas discriminaciones sistemáticas y a la negación de muchos de sus derechos fundamentales:



*[...] A veces aquí cuando les han dado los resultados de "positivo" también hay juicios de moral, como el caso de uno hace tiempo que me dijo: ¡¿el doctor me dijo "qué no te lo esperabas?!"- me dices esto ahora que me acabas de dar un VIH positivo. Esto no se tiene qué decir.*

#### **ENT-9, experto, asociación comunitaria salud sexual LGTBI**



*[...] Considero que el estigma y discriminación de las personas LGTB que hay en el mundo sanitario es al mismo nivel que hay en la sociedad.*

#### **ENT-24, médico de familia CUAP en Barcelona**

Además, el hecho de que estas prácticas resulten "extrañas, peligrosas, o anormales" para el personal médico, el cual está socializado en marcos normativos, genera un rechazo hacia la persona que está contando su experiencia. Así el personal sanitario no siempre interactúa o responde de forma asertiva, y lejos de sensibilizar o reducir riesgos genera incomodidad a la persona. Según muchos de los relatos de las personas gays que participaron en el estudio, el personal médico responde frecuentemente en forma de "regañinas" y/o juicios morales o recomendaciones tipo: ¡tienes que dejar de hacer esto! Esa reacción del personal médico intimida a la persona paciente, y hace que oculte información a los profesionales de salud por miedo de ser juzgado. Esto conduce a que se produzcan muchos infradiagnósticos y/o déficits de atención en los diagnósticos.

Muchos hombres del colectivo gay prefieren acudir a las ONGs especializadas en la salud de HSH para hacerse las analíticas o pedir consejo médico.<sup>92</sup> Fuera de estas organizaciones, los hombres gays que participaron en la muestra no mostraban sentirse cómodos para hablar de sus temas de salud sexual y prácticas sexuales con su médico de familia o el especialista. Las

91 De igual modo aludían a la necesidad de educación y sensibilización en temas de salud sexual, una cuestión que no es posible en una consulta de 7 minutos. También se discutió el gasto que supone a la sanidad pública la falta de esta educación y estas prácticas de riesgo.

92 En las ciudades de Barcelona y Madrid existe un gran número de asociaciones que tienen proyectos de promoción de la salud sexual (y ofrecen por ejemplo la prueba de VIH y otras ITS). En Barcelona algunas son: Checkpoint BCN, Gaispositius, Stop sida, entre otras. En Madrid: Imagina Mas, Kif-Kif, 26 de Diciembre entre muchas otras).

organizaciones y asociaciones que trabajan específicamente el ámbito de salud en el colectivo HSH en las ciudades de Barcelona y Madrid son normalmente organizaciones y centros comunitarios donde el trabajo está basado en el trato entre iguales. Se trata de construir un espacio seguro, donde la persona se sienta comprendida y donde no existan prejuicios morales, ni miedos a explicarse libremente, compartiendo un mismo lenguaje:



*Con mi médico de familia no me encuentro a gusto. Porque le digo soy gay, no tengo pareja y me gusta hacerme regularmente chequeos, aunque practique el sexo seguro. Entonces me dice ¡no, si te proteges no hay necesidad! Y yo creo que no es una respuesta adecuada de mi médico de cabecera, entonces voy a otro tipo centros como drassanes o checkpoint y aquí no te preguntan ni qué ni cómo ni cuándo. Directamente hay una respuesta positiva porque es algo para prevenir. Ahí te informan de todo, hay flayers hay todo tipo de enfermedades y el servicio lo prestan a cualquier tipo de persona, migrante, con documento, sin ... No hay ningún tipo de discriminación.*

#### **ENT-50, hombre cis gay, España/Colombia, 34 años**



*Muchas personas no querían ir al médico porque se siente discriminada, no se sentía cómoda en el ambiente médico, entonces empezaron a salir muchas ONG que eran entre iguales, que tus sabías que ahí no te iban a juzgar. ¡¿Entonces si has tenido una práctica de riesgo o una práctica sexual, nadie te iba a decir ah y esto que es?! Imagínate una persona que va a un médico o una doctora y le dice: ¡es que el otro día me hicieron un FIST, o me hicieron una lluvia dorada! ¡los médicos no están preparados! Nosotros utilizamos este lenguaje, sabemos de qué estamos hablando, había esta empatía entre iguales que facilita que la gente se acercará e hiciera la prueba, no tenía miedo.*

#### **ENT-7, experto en salud HSH organización social salud HSH y mujeres trans**

### **6.5.3. El VIH, prevención y tratamiento**

Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) constituyen uno de los grupos de población más afectados por la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología, 2011), por tanto, abordaremos el tema en profundidad.

El último informe (2018) de Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España, elaborado por el Instituto de Salud Carlos III, ofrece información sobre nuevos diagnósticos de VIH. En el registro nacional de casos de SIDA se constata que la transmisión entre HSH es la mayoritaria y que, en 2017, los hombres suponen el 84,6 % de los nuevos diagnósticos de VIH, y la transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) fue la más frecuente, 54,3%. El 36,1% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras los españoles, el origen más frecuente fue el latinoamericano (19,0%). Al comparar las distintas regiones de origen, se observa que, en los casos procedentes de Latinoamérica, Europa Occidental y al igual que en españoles, la transmisión entre HSH es la predominante (67,2%, 60,5% y 58,8% respectivamente). El 47,8% de los nuevos diagnósticos, con información sobre el valor de CD4, presentaron diagnóstico tardío<sup>93</sup> (Área de vigilancia de VIH y Comportamientos de riesgo 2018).

93 Se define diagnóstico tardío como la presencia de cifras de CD4 inferiores a 350 células/ $\mu$ l y se habla de enfermedad avanzada cuando la cifra de CD4 es inferior a 200 células/ $\mu$ l al diagnóstico o el diagnóstico de VIH coincide con el de sida

Según el mismo informe, entre 140.000 y 170.000 personas viven en España infectadas por el VIH, de las que aproximadamente una de cada cinco (18 %) no está diagnosticada. Así en España la infección por el VIH e ITS, continúa siendo un problema de salud pública, tanto por su carga de morbimortalidad como por su repercusión económica y social (Plan Nacional Sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

España tiene como objetivo llegar al indicador establecido por ONUSIDA conocido como «90-90-90» en el 2020. El objetivo consiste en que el 90% de las personas con VIH estén diagnosticadas, el 90% de las personas diagnosticadas ya reciban tratamiento y el 90% de éstas tengan carga viral indetectable.<sup>94</sup> En este sentido, las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual. Por tanto, indetectable equivaldría a intrasmisible.

Toda persona que convive con VIH en España tiene derecho a acceder al sistema sanitario y recibir el tratamiento adecuado, incluso las personas en situación administrativa irregular (sin embargo, como exponíamos con anterioridad los requisitos a veces dificultan la inmediatez de los procesos y los tiempos). En este sentido es fundamental la incidencia, el acompañamiento y la presión que ejercen las organizaciones y entidades que trabajan en la promoción de la salud de las personas migrantes LGTBA+.

Desde el momento de la detección del virus, se activa un protocolo donde se organizan visitas y análisis periódicos al médico especialista, para seguir la evolución del virus en el paciente.



*Ahora voy cada 5 meses. Antes tenía las analíticas cada 3 meses, hasta que llegué a ser indetectable y luego estoy yendo cada 5 meses y me preongan allí el medicamento, que ahora solo tomo una pastilla al día y me dan una dosis cada dos meses [...] Yo estoy muy agradecido al sistema sanitario en España, siempre he recibido muy buen trato .*

#### **hombre cis gay, Latinoamérica<sup>95</sup>**

El sistema proporciona también la Profilaxis Post Exposición al VIH (PPE) de forma gratuita, que se puede solicitar en los centros de urgencias y en los hospitales. La PPE debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas (los primeros 3 días) después de una posible exposición al VIH. En ocasiones, los HSH migrantes se pueden encontrar en situaciones en que se dificulta el acceso a este recurso, sea por desconocimiento, falta de información, problemas idiomáticos, o el desconocimiento y las resistencias por parte del personal sanitario derivados en muchas situaciones de la falta de formación al respecto, lo que provoca una vulneración de sus derechos fundamentales:



*Por ejemplo, el Clínico, nosotros derivamos siempre al Clínico, porque tenemos claro que en urgencias tienen claro el protocolo de post, pero... ¿por qué tengo que ir al Clínico si vivo en la otra punta de Madrid? ¿o se me ha roto el condón en la otra punta de Madrid? ¿De verdad con todos los nervios y con tal me tengo que ir al Clínico? Otra vez el derecho de proximidad te lo pasas por donde... pos eso, por ahí...*

#### **ENT-1, experta salud sexual, igualdad y diversidad sexual**

<sup>94</sup> Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90\\_90\\_90\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf)

<sup>95</sup> Al considerarse un dato sensible no se desvelará el país de origen.



*Tuve una relación de alto riesgo, entonces acudí rápido a Drassanes y me decían que para tomar la pastilla esta de emergencia tenía que ir a hospital Clínico. Entonces fui a Hospital Clínico, ahí me dieron el tratamiento rápido. Me dijeron tienes que dirigirte al hospital de Bellvitge que es tu centro para el tratamiento. Me dirigí a Bellvitge y entonces me dieron las pastillas contadas, y tenía que ir un día antes de que se acaben por miedo a romper el tratamiento [...] Estaba ahí esperando hasta las 2 de la noche, y venía una chica y me decía que no tenía esa pastilla y que tenía que ir al centro. La información ella no la tenía clara, el médico de emergencias tampoco sabía mucho y no me dio nada [...] Al principio cuando fui al clínico me sentí avergonzado por decir que había tenido un encuentro sexual de alto riesgo [...] luego pues nervioso por faltarme un día o romper el ciclo porque tampoco me digieran que, si te saltas un día el tratamiento día, entonces eso, nervioso... ansioso y preocupado.*

### **ENT-33, hombre cis gay, Venezuela, 37 años**

El 10 de octubre del 2019 se anunció durante el XI Congreso de la Coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA)<sup>96</sup> la aprobación del PrEP en España, tras la lucha de varios años por parte de las organizaciones sociales de lucha contra el sida y de salud sexual en HSH. Se declaró que “es una medida de salud pública y hay sobrada evidencia científica de que la PrEP previene la adquisición del VIH”.<sup>97</sup> Así la PrEP (por las siglas en inglés de profilaxis pre-exposición) es un medicamento antirretroviral que se utiliza de forma preventiva en personas VIH negativas, para reducir el riesgo de infectarse.<sup>98</sup> La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó la PrEP para grupos de alto riesgo el 16 de julio de 2012.<sup>99</sup>

Hay una evidencia científica tras numerosos estudios y ensayos clínicos sobre la eficacia y la seguridad de la PrEP. (Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), 2016). Sin embargo, en España durante los últimos años hubo gran debate sobre su uso y si la sanidad pública tiene que asumir este coste. El discurso en contra defiende su postura con que el uso de la PrEP supone un gasto enorme para la sanidad pública y aumenta el riesgo de otras infecciones de transmisión sexual, ya que la PrEP solo protege del VIH.

La PrEP se puede conseguir vía online en otros países del mundo. No obstante, el coste varía de un país a otro, también la calidad. La compra online del PrEP ha facilitado su uso entre la comunidad gay en España, ya sea para mayor protección del VIH en parejas sero-discordantes, para evitar el uso del condón o para protegerse más durante el trabajo sexual. La no disponibilidad de la PrEP de forma gratuita en el sistema sanitario y su compra online, han creado una brecha de acceso y un elevado riesgo de infección por VIH, ya que muchas personas dejaron de utilizar preservativos al tomar la PreP.

Las personas de limitados ingresos económicos, entre ellas HSH migrantes y refugiados y los hombres y mujeres trans migrantes trabajadores del sexo han quedado en mayor vulnerabilidad frente al VIH. También algunas personas se encuentran con el riesgo de consumir medicamentos no certificados o de muy mala calidad por buscar un precio más económico.

96 Recuperado de: <https://www.cesida.org/julia-del-amo-anuncia-la-aprobacion-de-la-prep-en-la-apertura-del-xi-congreso-de-cesida/>

97 Disponible en <https://www.cesida.org/julia-del-amo-anuncia-la-aprobacion-de-la-prep-en-la-apertura-del-xi-congreso-de-cesida/>

98 La Organización mundial de salud (OMS) publicó en el 2012 una guía sobre la PrEP para parejas sero-discordantes, hombres y mujeres transgénero que tienen sexo con hombres en alto riesgo de VIH (OMS, 2012).

99 Disponible en <https://aidsinfo.nih.gov/news/1254/fda-approves-first-drug-for-reducing-the-risk-of-sexually-acquired-hiv-infection>



*Algunas veces compras el PrEP online del reino unido, pero te llega desde Tailandia o no sé dónde, ¿cómo voy a confiar yo en este producto?*

**ENT-24, médico de familia CUAP en Barcelona**

#### **6.5.4. El VIH en HSH migrantes**

Como vemos en el informe (2018) de Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España, alrededor de un tercio de los nuevos diagnósticos en el 2017 son de personas migrantes, con un porcentaje significativo de transmisión entre HSH. "La población migrante no solo se destaca por la frecuencia mayor de infecciones, sino por el contexto sociocultural, económico, laboral, administrativo y legal, que determina una mayor vulnerabilidad a sus consecuencias negativas" (Monge, Pérez-Molina, 2016).

Un estudio nos muestra cual es la proporción de personas inmigrantes que, de forma probable o definitiva, adquirieron la infección post-migración, la cual sería del 72% entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Álvarez del Arco et al. 2013 en Monge, Pérez-Molina, 2016: 432). Este dato se presenta significativo para luchar contra el estigma y con el imaginario social en las sociedades occidentales, que refleja a los inmigrantes como portadores de las epidemias (entre ellas el VIH) a Europa.

Aquí vemos la importancia de incrementar las políticas de prevención, por ejemplo, las campañas de salud sexual y prevención de VIH y otras ITS dirigidas a HSH desde una perspectiva de diversidad cultural. Es importante buscar las maneras para poder llegar al colectivo gay migrante en su totalidad, atravesando las barreras de idioma, religión, cultura o etnia. Así, el abordaje intercultural y el conocimiento de los códigos culturales de las personas migrantes se presentan como elementos clave a incluir en las campañas de prevención, o acercamiento a las personas gays o a los HSH migrantes.

En este sentido, a nivel estatal, las campañas de sensibilización sobre la prevención del VIH y otras ETS, rara vez llevan a cabo un abordaje interseccional, tampoco toman la diversidad cultural/étnica en consideración. Y reproduce o refuerza ese estereotipo hegemónico de hombre gay, además de estigmatizarlo frente al VIH, una cuestión que abordaremos en el siguiente apartado.

#### **6.5.5. El estigma y el VIH**



*El VIH, antes era moda de maricas, ahora es moda de venezolanos y de colombianos que lo traen de fuera...*

**ENT-6, experto organización social migración y refugio LGTBI**

Recordemos que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha sido históricamente vinculado a los HSH. En España el primer caso detectado en el año 1981 fue a un hombre gay de 35 años. Así nuestra sociedad, muy marcada por la religión y la moral cristiana, ha ido construyendo socialmente el VIH como una enfermedad moral vinculada a prácticas ilícitas (consumo de drogas por vía intravenosa) y comportamientos sexuales "desviados" como podrían ser la homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, prostitución o promiscuidad (CESIDA y gTt-VIH, 2015: 4). Como resultado, la discriminación, la homofobia y serofobia<sup>100</sup> hacia las personas

<sup>100</sup> El conjunto de sentimientos, actitudes y comportamientos negativos hacia las personas VIH-positivas

portadoras se anclaron en la sociedad española desde la década de los 80. Hoy en día el estigma del VIH persiste y sigue asociado a esos comportamientos interpretados socialmente como desviados. De esta forma:



*Todo lo que tiene que ver con VIH con el SIDA, la gente lo llama sida y no sabe distinguir. El sida es como algo oscuro, es como que alguien que tiene sida o VIH se lo ha buscado, ¡será yonqui o maricón o será puta! Algo malo habrá hecho. Luego también porque la vía de transmisión es la sexual, todo lo que tiene que ver con la sexualidad es algo que genera mucho morbo, mucha moral, mucho desconocimiento y no hablamos de esto.*

#### **ENT-7, experto en salud HSH organización social salud HSH y mujeres trans**

Un artículo publicado en 2011 identifica 3 niveles de estigma que afectan a las personas que conviven con el VIH. El nivel personal (micro) donde el estigma dificulta que las personas se realicen pruebas de VIH. A nivel social/comunitario (meso), donde las personas VIH positivas están excluidas de sus comunidades y marginalizadas y el nivel organizacional/político (macro), donde los profesionales de salud tratan a las personas VIH positivas de manera diferente, y los gobiernos no toman medidas rápidas y efectivas contra la epidemia del VIH (Logie, James, Tharao y Loutfy, 2011).

El alto nivel de infección por VIH entre la población migrante, multiplica el estigma e incrementa la discriminación múltiple a la que se ven sometidas estas personas, donde el estado serológico se convierte en una parte de la identidad de la persona. Y aunque hoy en día en España existe un tratamiento que normaliza la vida de las personas que conviven con el virus, el estigma social es el verdadero desafío que encuentran estas personas. Además, el miedo, el rechazo y la ignorancia favorecen su expansión y fomentan falsas creencias. "El estigma hace que la población no sea tratada con dignidad y respeto y que se vulneren sus derechos" (CESIDA y gTt-VIH, 2015: 6).



*La lucha a día de hoy frente al VIH es contra el estigma, esto ya no nos mata, entonces la lucha que tenemos es contra ese estigma.*

#### **ENT-6, experto organización social migración y refugio LGTBI**

Además, la estigmatización de VIH en personas HSH migrantes, dificulta muchas veces encontrar redes de apoyo dentro de sus comunidades étnicas, ya que estas personas tienden a ocultar esta situación, aislarse, o incluso no tener un cumplimiento terapéutico.

El acompañamiento psicosocial y las redes de apoyo se presentan como elementos clave al dar un diagnóstico de VIH y proporcionar un acompañamiento emocional. En muchos casos, las personas con un nuevo diagnóstico VIH-seropositivo se expresan la necesidad de tener un apoyo emocional inmediato, incluso antes de las explicaciones diagnósticas, clínicas o los pasos a seguir para controlar la enfermedad al nivel biomédico e inmunológico.



*Sentí mucha frialdad y desamparo cuando me dieron el positivo, en el sentido que yo creo que yo quería un apoyo psicológico instantáneo, yo tenía necesidad urgentemente de que alguien me sostuviera emocionalmente ¡porque era una revelación muy científica, con algunas ayudas al nivel de salud, pero al nivel emocional y psicológico, nada! Hablando del sistema de salud, claro, entiendo que no es su función...*

#### **Hombre cis gay, Latinoamérica<sup>101</sup>**

101 Al considerarse un dato sensible no se desvelará el país de origen.

En este sentido, este acompañamiento es proporcionado por organizaciones como Gaispositius, Checkpoint, y Stop Sida en Barcelona. O Imagina Más, Kif-Kif, y Apoyo Positivo entre otros, son algunos ejemplos en Madrid. Los cuales tienen varios proyectos de acompañamiento emocional entre iguales y se presentan así como grupos de apoyo para personas con VIH que ofrecen atención psicológica personalizada en ese proceso de adaptación: "Counselling", "Mentores", "Iguales en Positivo", "Programa de Pares" son algunos ejemplos de estos proyectos.



*Aquí utilizamos el Counselling, o sea, es importante entender la filosofía qué tenemos aquí qué no es te vienes te doy un resultado y te digo lo qué tienes qué hacer, sino, estoy aquí para escucharte, te acompaña en el proceso de tomar tus decisiones y luego ya vemos. Utilizamos la prueba como una herramienta no cómo un fin. A través de la excusa de la prueba, tener un espacio para hablar de sexualidad.*

#### **ENT-9, experto, asociación comunitaria salud sexual LGTBI**

### **6.5.6. Prácticas de riesgo en HSH/Chemsex**

El Chemsex es un fenómeno en auge en nuestra sociedad actual. Alude a la conjunción de las palabras en inglés "chemical" y "sex" (químico y sexo) y se refiere al "consumo intencional de drogas (sustancias) para tener sexo durante un largo periodo de tiempo (desde varias horas hasta varios días) entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)<sup>102</sup> (Stop Sida, 2019).

Las sustancias que se pueden llegar a consumir durante una sesión de Chemsex son variadas, y en la mayoría de casos se mezcla con el consumo de bebidas alcohólicas y hasta viagra, en ciertos casos. Las nuevas sustancias cada vez son más populares como la mefedrona, GHB y cristal metanfetaminas y, en menor medida, cocaína, ketamina, speed, éxtasis o MDMA4. Estas drogas, además de producir una desinhibición aumentan el placer (Imagina MÁS, Apoyo positivo, 2016). Las sesiones de Chemsex pueden incluir otras prácticas como el *Slamming*, que es la inyección de sustancia, específicamente y en la mayoría de los casos la metanfetamina (tina), por vía sanguínea.

Estas sesiones de Chemex, aunque se celebran en casas privadas, saunas, clubs de sexo gay, también se pueden practicar de manera virtual (chateando o con cámaras en vivo). En este sentido, internet y el uso de las redes sociales (Facebook, Instagram, etc.) y las aplicaciones geo-sociales de contactos para HSH (Grinder, Scruff, Gay Romeo, Tinder, etc.,) han facilitado e incrementado el fenómeno de Chemsex.

Podríamos referir a un perfil específico de los HSH que participan en estas sesiones: hombre gay entre 30 - 45 años, con alto nivel formativo, activos profesionalmente, y con alto nivel adquisitivo (Imagina MÁS, Apoyo positivo, 2016). La práctica de Chemsex es frecuente en personas con problemas de autoestima, experiencias negativas en el pasado, que han sufrido o sufren bullying, tienen problemas al establecer relaciones íntimas o se sienten rechazadas socialmente. El uso de las drogas puede ayudar a estas personas a superar o enmascarar estas cuestiones, y no sentirse juzgadas durante la práctica sexual o el consumo. Según un estudio de Stop Sida y Centro de estudios Epidemiológicos sobre les ITS y Sida de Catalunya la práctica de Chemsex es frecuente en personas que están lidiando con momentos complicados de vida o situación psicológica personal, conflictos internos sin resolver, soledad, escasez de redes sociales, etc. (Stop Sida, CEEISCAT, 2017).

102 Disponible en: [chemsex.info](http://chemsex.info)

El duelo migratorio, la soledad, el rechazo social y la exclusión por aspecto físico, las prácticas de «racialización» o discriminación por razones relacionados con el origen o la etnia, pueden llevar a los HSH migrantes a ser un colectivo muy vulnerable en relación de la práctica de Chemsex. Además de interferir en su salud emocional, sexual, física y social. Muchas de las personas practicantes de Chemsex desarrollan una adicción a las sustancias, o a la práctica sexual exclusivamente con droga. Algunos de estos problemas pueden ser relacionados con la sobredosis, la alteración de la vida cotidiana y laboral, problemas de salud mental, accidentes, sufrir agresiones físicas y sexuales, perder el control sobre el uso del condón, infección de VIH y otras ITS, infecciones varias por compartir jeringas, etc. (ídem.).

### 6.5.7. Chemsex y VIH

El 85% de las personas entrevistadas en el estudio mencionado con anterioridad, indicó no utilizar el condón nunca o usarlo inconsistentemente durante las sesiones de Chemsex (Stop sida, CEEISCAT, 2017). No usar el condón y consumir drogas inyectadas aumenta el riesgo de transmisión de VIH. Y aunque la sanidad pública española proporciona la PPE de forma gratuita, las sesiones prolongadas de Chemsex hacen que la persona pueda llegar al centro de salud pasadas las 72 horas en cuales se tiene que tomar la dosis del antiretroviral.

La criminalización y la condena firme del personal médico hacia esta práctica, impide a los HSH expresar libremente las situaciones que viven y los detalles de las prácticas de riesgo que experimentan en las sesiones de Chemsex. Además en muchas culturas revelar esta información puede resultar aún más complejo y vergonzoso. De esta forma, es muy difícil conseguir un diagnóstico preciso y solucionar el problema de salud de la persona si el personal sanitario no cuenta con toda la información.

La intervención de las ONGs y las asociaciones comunitarias de HSH se tornan fundamentales en estos casos. El trato entre iguales y las estrategias de reducción de daños adaptadas en estas entidades, tienen un gran impacto en la prevención y promoción de la salud en estas personas.

## 6.6. Salud de las personas mayores LGTBA+

A continuación, dedicamos las siguientes páginas a poner de manifiesto la importancia de contemplar la salud de las personas LGTBA+ mayores, así como los condicionantes sociales que la rodean. Estas personas poseen unas características y necesidades específicas que no van a ser abordadas en profundidad, sin embargo, se desarrollarán de manera breve los siguientes apartados:

- Salud de las personas mayores LGTBA+.
- La sexualidad y la promoción de la salud en mayores LGTBA+.

### 6.6.1. Salud de las personas mayores LGTBA+

La gran mayoría de las personas mayores LGTBA+ en España, como también sucede en otras geografías, han vivido una persecución y discriminación histórica, pues han sido concebidas como criminales y enfermas mentales. Marginalizadas y excluidas socialmente a lo largo de los años, han teniendo que ocultarse para así poder sortear el rechazo y la violencia<sup>103</sup>.

103 Así, no fue hasta el año 1978 cuando se puso fin a la ilegalidad de la homosexualidad en España, al reformar la Ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 y eliminar de su articulado el delito de homosexualidad. Antes denominada ley de Peligrosidad social fue aprobada en 1954 y sustituía a la Ley de Vagos y Maleantes.

Una vida condicionada por el estigma, la discriminación, la burla y el rechazo pueden suponer una mayor prevalencia de enfermedades físicas y psicológicas como la depresión y ansiedad, algunas enfermedades crónicas, además de otras situaciones como: el aislamiento social, la pobreza, el retraso en la búsqueda de la atención médica, la nutrición deficiente y la mortalidad prematura (National Resource Center on LGBT Aging, 2014). Si además pensamos en las articulaciones de género, algunas mujeres lesbianas mayores tienen más problemas de alcoholismo, a veces, derivadas de sus situaciones de vida no-normativas; la carencia de vínculos familiares, o el no haber seguido las normas sociales y haber tenido hijos/as<sup>104</sup>.

Según la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (FELGTB) el 52% de la población LGTBI mayor de 65 años vive sola, frente al 24% del total de la sociedad española de esa edad<sup>105</sup>. Las rupturas familiares a causa del rechazo y la discriminación sufrida en muchas circunstancias, o la no consolidación de una familia nuclear normativa heterosexual les lleva a vivir situaciones de aislamiento y exclusión social.

De esta forma, las redes de apoyo son escasas para estas personas y las situaciones se vuelven más complejas cuando referimos a personas migrantes que han sido socializadas en otros países, las cuales no siempre disponen de redes sociales o apoyos emocionales sólidos construidos en el país de acogida. Así, las personas mayores LGTBA+ que forman parte de una minoría racial y étnica, a menudo enfrentan mayores niveles de disparidad debido al racismo, entre otros factores (National Resource Center on LGTBA+ Aging, 2014: 6).

En España muchas de las personas mayores LGTBA+ con orígenes culturales diferentes las situaciones de salud específicas (por ejemplo, las enfermedades prolongadas o crónicas) se presentan determinantes en la decisión de migrar. Un ejemplo significativo sería el acceso a la terapia antirretroviral del VIH en poblaciones con situaciones complicadas en origen como el caso de Venezuela entre otros. Así el acceso al tratamiento es referencial en los proyectos de vida de las personas:



*Ahora que me separé de mi pareja no sé qué hacer, yo quiero volver a mi país, donde tendré mejor jubilación y donde tengo a mi familia y amigos, pero el VIH me controla. ¿Y si no encuentro el tratamiento ahí? ¿O si me dan la pastilla que me daban antes que me sentía muy mal y me provocaba muchos efectos secundarios? Yo aquí solo tomo una pastilla al día y estoy bien. Si me quedo aquí por mi situación laboral que estoy a media jornada no tendré buena jubilación, pero en mi país sí, tendré mejor calidad de vida.*

#### **Hombre gay, Latinoamérica<sup>106</sup>**

Estas circunstancias se agravan cuando la persona se encuentra en una situación de dependencia, o en situaciones de salud específicas que requieran de cuidados o asistencia. En este sentido, es referencial la labor que desarrollan de nuevo las organizaciones sociales en los procesos de salud/enfermedad y en la recuperación de estas personas:



*Lo cierto es que aquí hay muy poca gente que tenga red de apoyo sea nacional o sea de fuera, por las rupturas familiares en cierta edad LGBT entonces... Nosotros nos encontramos mucho con esas situaciones [...] aquí facilitamos la información sobre el testamento vital. Nuestras opciones previas; este documen-*

104 Según los datos obtenidos durante la entrevista realizada a personal experto en organización LGTBA+.

105 Ver más en: <http://www.felgbt.org/temas/mayores/noticias/i/15742/375/dia-de-las-personas-mayores-mas-de-la-mitad-de-la-poblacion-lgtbi-mayor-de-65-anos-vive-sola>

106 Al considerarse un dato sensible no se desvelará el país de origen.

*to que puedes presentar en los centros de salud para decidir cómo quieres que se haga en el caso de que estés hospitalizado, o tengas que depender de una máquina [...] Si quieres ser reanimado o no, si quieres cuidados paliativos... Y muchas veces para las instrucciones previas tienes que ir con alguien que sea tu representante, que en caso de que pase algo se le pueda llamar, o pueda estar informado en el hospital. Muchas veces la gente no tiene a nadie para que pueda ejercer como representante y al final acabamos siendo gente del equipo [...] Y de hecho estamos anclados a un modelo muy clásico, si eres el marido si eres la mujer, el hijo o el padre... De hecho, nos pasa que, si va otra persona porque el representante no puede ir, no te dan la información [...] Pero al final toda esta diversidad familiar no está nada contemplada, la ausencia de vínculos no está contemplada ... y claro así la gente está sola por ahí... Es que claro venimos de un modelo que a la mitad de la población no les sirve...*

#### **ENT-2, experta LGTBA+ mayores**

La invisibilidad del colectivo produce que en muchas circunstancias sus especificidades y problemáticas de salud no puedan ser abordadas de manera integral. Además, y en relación al acceso a la salud de estas personas, es menos probable que accedan a los servicios de salud y cuidados por el miedo a ser discriminadas por su orientación sexual y/o identidad de género, incluso que se resistan por completo y solo soliciten ayuda médica en caso de emergencia (Ibidem, 4):



*Estaba pensando en una persona transexual que tuvo una situación de exclusión social muy severa mucho tiempo... [...] Bueno venía con una serie de heridas en el pie... ella es una mujer letona y es muy alta, cerca de los dos metros [...] Era muy difícil acercarse a ella, había sido tan agredida, tenía reflejos de situaciones de alerta que había sido aprendidos [...] Tuvo que llegar al límite con el dolor para aceptar ir a un hospital de tal manera que le tuvieron que amputar algunos dedos de los pies... ¡Pero se sentía tan fuera del sistema que no quería bajo ningún motivo ser atendida!*

#### **Experta, organización LGTBA+**

La resistencia a acudir a instituciones sanitarias y ser atendidas debido a esas vivencias de discriminación y a toda una vida de rechazo, se acentúa cuando la atención dispensada no se proporciona desde una perspectiva de género y diversidad sexual. La heteronormatividad del sistema permea en todas las esferas y a diferentes niveles, que van desde la distribución del espacio, la gestión del cuidado, la distribución de los recursos, el acceso a la información etc. Siguiendo con el testimonio anterior:



*Tuvimos que estar muy presente en el hospital y hacer un trabajo de sensibilización con las necesidades de esta persona. Le salía vello en la cara, entonces quería cuchillas de afeitar, cosa que no se lo daban a ella, se lo dan a los hombres ¡Chorradas! Que quería cosas para cuidarse el pelo [...] son detalles íntimos pero que condicionan totalmente la vida de una persona... Es que en el hospital estaban mirándolo todo desde una mirada heteronormativa [...] Y claro le salía vello en la cara y si necesitaba... Entonces nos llamaba para que le lleváramos ciertas cosas que el hospital si podía proporcionárselas. Mucha sensibilización con el hospital de que era una mujer, y una mujer así... El sistema excluye a mucha gente, es muy frío muy agresivo... A lo mejor que están casados, pero ¿y si no lo están? ¿Cómo no van a dejar entrar a su compañero de toda la vida, su referente, su amigo, su todo?...*

#### **ENT-2, experta LGTBA+ mayores**

La autodeterminación de género de una persona puede ser vulnerada por parte de la institución sanitaria en el momento en el que no reconozca sus necesidades prácticas de género, como puede ser en un momento dado, proporcionar un adecuado suministro de alimentos o de utensilios acordes con sus expresiones e identidades de género, o, por ejemplo, restringir la entrada de la una persona al baño o sanitario coherente con su identidad de género.

La formación y la sensibilización en perspectiva de género es un elemento estructural que sigue faltando en la atención proporcionada por las administraciones públicas, y que las organizaciones sociales siguen supliendo a día de hoy.

### **6.6.2. La sexualidad y la promoción de la salud en mayores LGTBA+**

La sexualidad en las personas mayores permanece siendo un tema tabú en muchas culturas como la nuestra, arraigadas a muchos imaginarios, prejuicios y estereotipos sociales que dibujan a estas personas de manera errónea, infantilizando sus comportamientos, "dando por hecho" sus necesidades e inventando sus realidades. Esto puede desembocar de igual forma en vulnerabilidades mayores que repercuten en la salud de estas personas, como nos arroja el siguiente ejemplo:



*Hay una cuestión de las personas mayores LGTBI que me cabe decir más general, y es la no infantilización, preguntar a las personas lo que necesitan, cuál es su vida sexual ¡no dar por hecho! que no la tienen hombres mujeres, personas trans, identidades no binarias, en fin... Nosotros nos encontramos permanentemente con esta situación. Por eso a una persona de 65 años no le hacen una prueba de VIH, porque dan por hecho que relaciones sexuales no tienen. Esto es un problema del sistema no de la persona, se infantiliza se estigmatiza, la sexualidad no existe... ¿por qué? ¿En qué momento deja de existir? ¿Por qué tenemos una sociedad tan excluyente con las personas mayores?*

#### **ENT-2, experta LGTBA+ mayores**

De esta forma, la sexualidad sigue siendo una "asignatura pendiente" que provoca que la sexualidad de las personas LGTBA+ mayores siga sin abordarse, o si se hace, con muchas reticencias. Además, la cultura de género y la moral cristiana continúan mediando los discursos e imaginarios sociales. Lo vemos muy claro, por ejemplo, en el tema del VIH y su estigma, el cual sigue arraigado a la promiscuidad y criminalizando muchas prácticas sexuales y a las personas que las realizan.



*La sexualidad en España es una asignatura pendiente ¿no? Si se transmitiera por otra vía no habría el problema del estigma, porque significa que si tú tienes VIH has follado, y ¡has tenido que follar mucho!*

#### **ENT-2, experta LGTBA+ mayores**

Es fundamental en este sentido desbarcar muchas de los imaginarios y estereotipos que rodean la sexualidad de estas personas para poder contribuir a la promoción y al cuidado de su salud sexual.

# 7

## Construir un modelo desde las diversidade(s) en los espacios socio-sanitarios

### 7.1. Un modelo desde la Mediación Intercultural

Todas las personas que componen esa «cultura de la salud» que referenciamos al principio, compartimos creencias, valores, hábitos y comportamientos muy asentados en nuestra cultura, que reproducen una manera concreta de entender la salud y el sistema sanitario, de combatir la enfermedad y de gestionar los cuidados desde una lógica biomédica que ya describíamos al inicio. Esta lógica cultural que envuelve al ámbito sanitario supone en muchas circunstancias, que muchas personas con bagajes culturales diferentes o identidades y/o expresiones no-normativas no se sientan identificadas o queden excluidas del sistema.

En este sentido, proponemos en el siguiente apartado la Mediación Intercultural como una herramienta que facilite la convivencia en los espacios sanitarios y nos ofrezca puentes de entendimiento a favor de la diversidad en sociedades cada vez más globalizadas y plurales como la nuestra, producto de movimientos de población cada vez más frecuentes y masivos.

Entendemos la Mediación Intercultural como una modalidad de intervención, “un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos procedentes de un territorio y pertenecientes a una o varias culturas” (Bermúdez et al., 2002: 101). Así, necesariamente la mediación ha de estar orientada hacia el reconocimiento del Otro y al acercamiento de las partes, a la comunicación y comprensión mutua, y al aprendizaje y desarrollo de la convivencia entre actores sociales o institucionales etniculturalmente diferenciados (Giménez (1997: 142). De esta manera, la mediación supone un recurso para la creación de nuevas formas de abordar la realidad, sin atentar contra los fundamentos de las respectivas identidades y evitando la violencia simbólica (Cohen-Emerique, 1997: 250-251).

Son diferentes los términos usados para referir a la persona mediadora y salvar la barrera lingüística y cultural (Verrpt, 2004: 32), que varían en función del contexto histórico y cultural. Aunque como veremos no siempre se refieren a las mismas funciones. Así en Inglaterra por ejemplo se utilizan términos como, «abogado sanitario» (health advocate), «intérprete de atención sanitaria» (health care interpreter), o «intermediario cultural» (cultural broker). Mientras que en el modelo belga se utiliza el término «mediadora intercultural» las cuales actúan como un tipo específico de «intérpretes comunitarias», ya que la mayoría son mujeres (*ídem*). De cualquier forma, la figura de la persona mediadora puede facilitar los procesos de atención sanitaria (Verrpt y Louckx, 1997), pues hace uso tanto de la traducción lingüística, como de los aspectos culturales que inciden sobre la concepción de la salud.

En nuestro país y específicamente en el ámbito de la salud, ha habido intentos de integrar la mediación en el ámbito sanitario a través de diversas figuras de conciliación, a las que se le han atribuido labores similares a la mediación, por ejemplo, dentro de los Servicios de Atención al

Usuario o Defensor del Paciente (Alventosa del Río, 2016: 3). Sin embargo, en la práctica, comprobamos que no se trataría tanto de mediación, sino del acompañamiento a personas extranjeras en aquellas situaciones en las que el idioma se convierte en una barrera, lo que podríamos entender como un ejercicio más cercano a la interpretación y/o traducción, una figura diferente que abordaremos en delante.

En algunas comunidades autónomas se ha producido un importante avance en la regulación de la mediación ampliada al ámbito sanitario, sin embargo, no podemos decir que exista una legislación general que regule la mediación en el ámbito concreto de la salud. También ha habido iniciativas pertenecientes al tercer sector, iniciativas privadas, o proyectos subvencionados por instituciones públicas. En este sentido, desde Accem tenemos algo de recorrido en base a experiencias anteriores, cuando se consolidó en el año 2008 la "Red de Mediadores Interculturales" de la Obra Social La Caixa. A raíz de la cual se desarrollaron diferentes proyectos relacionados con la Mediación Intercultural en diferentes ámbitos y territorios, y específicamente en la Comunidad de Madrid se creó un servicio de mediación socio-sanitaria en 36 hospitales y centros sanitarios.

Otras referentes y experiencias positivas, son las que tenemos en geografías cercanas como en Europa (Hungría, Bélgica<sup>107</sup>), pero también en América del Sur (por ejemplo en Chile), las cuales llevan años utilizando la mediación como herramienta de gestión.

## 7.2. La Mediación Intercultural y la Traducción Lingüística como herramientas en los espacios de salud

Las narrativas<sup>108</sup> que se muestran a continuación nos sitúan ejemplos sobre la importancia de incluir la figura de la mediación en los contextos sanitarios, al abordar aspectos determinantes de la cultura que median en los procesos de salud-enfermedad de personas con bagajes culturales distintos, como pueden ser las personas migrantes. Estas concepciones culturales pueden ser decisivas a la hora de acudir o no al sistema de salud, o dar continuidad a los tratamientos prescritos por parte del personal médico, así como también, influyen en las formas en las que vivenciamos los cuidados sanitarios.

Por ejemplo, son significativas las explicaciones culturales que envuelven al virus del VIH en ciertas culturas africanas, hasta el punto que pueden llegar a suponer un obstáculo y dificultar su prevención y tratamiento. Así, el siguiente ejemplo nos muestra muchos de los imaginarios que lo envuelven:



*Sobre el VIH [...] primero ¡esto no existe! o... en mi comunidad hay un curandero que lo cura. La mezcla entre medicina tradicional [...] O también... es un invento de del hombre blanco para matar negros... El origen del VIH es una pregunta que siempre nos hacen [...] Y la cartografía del VIH por el río Congo se intenta explicar sin caer en la culpabilidad, adaptarlo a un nivel educativo bajo [...] y darle la vuelta e incidir en la prevención.*

### ENT-49, org. experta en mediación intercultural, ámbito sanitario

107 Una experiencia relativamente reciente que queremos poner como ejemplo es aquella desarrollada en Bruselas por el Programa de Mediación Intercultural que inició en 1991 a través del Centro de Salud y Minorías Étnicas (CEMG). Este último es un grupo interdisciplinario de personal investigador y profesional con experiencia en grupos étnicos y salud. Así el programa de mediación tenía como objetivo mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las personas pacientes de grupos étnicos diversos y paliar las situaciones desfavorables a las que se pueden ver expuestas.

108 Proporcionadas por una organización experta, a raíz de su experiencia basada en las intervenciones en el ámbito de la mediación e interpretación con población migrante.

El uso que hace de la sangre el sistema sanitario, o la diferencia entre extracción y donación de sangre, son otras cuestiones que desatan muchas dudas entre determinados grupos culturales, muy asociadas, además, a expectativas y arquetipos de género:



*El análisis de sangre nos ha causado mucho conflicto aquí en el hospital [...] El mayor componente cultural que tenemos es qué uso y manejo hacemos de la sangre, ¿la vendemos, la regalamos...? Si pierdo mi virilidad como hombre, me estoy quedando flojo... sin sangre. Todo esto lo trabajamos muchísimo con los mediadores culturales. Yo le puedo decir esto a un grupo de 40 chavales, pero no dejo de ser un hombre blanco, heterosexual, occidental... Pues eso dicho a través de la figura del mediador sí que lo hemos conseguido reducir bastante...*

#### **ENT-49, org. experta en mediación intercultural, ámbito sanitario**

Adoptar una perspectiva intercultural para trabajar los temas anteriores, y centrarla a través del discurso «situado» de la figura del mediador, traducido aquí como un igual, se presenta referencial.

A la hora de trabajar la salud sexual y la prevención de ITS por ejemplo, la cultura también se torna significativa, pues nos marca los tiempos y las formas de relacionarlos afectivo-sexualmente en nuestro entorno, así como también condiciona nuestras intervenciones profesionales con las personas:



*[...] Hay que tener en cuenta las dinámicas culturales como el Ramadán. Hoy por ejemplo (en la charla) no sacan el preservativo, ¡eso lo hemos aprendido en la práctica! [...] El tema de los preservativos... dicen: ¡Ya he dejado de utilizarlo porque siempre se rompe, o desconocen que hay tallas [...] Metáforas para concienciar las tallas de los preservativos ¡son como los zapatos...!*

#### **ENT-49, org. experta en mediación intercultural, ámbito sanitario**

Después de los ejemplos anteriores podríamos decir que la figura de la mediación en el ámbito sanitario podría fortalecer el entendimiento y la comunicación entre las partes, además de proporcionar una atención integral basada en las necesidades de las personas migrantes. Verrpt<sup>109</sup> (2004: 33-34) nos identifica algunas de las fortalezas de la mediación en el ámbito de la salud:

- Facilita el intercambio de información correcta y detallada, pues las personas pacientes se sienten menos inhibidos a la hora de relatar sus problemas y la comunicación es más eficiente y adaptada. Además, las personas mediadoras tienen menos dificultades para evaluar el clima emocional que rodea una intervención, y advierten con mayor facilidad cuando la persona paciente no comprende lo que le están explicando o se resiste aceptar una recomendación determinada.
- Mejora la comunicación. En algunos casos, además, la Mediación Intercultural nos puede proporcionar obtener por primera vez un historial clínico detallado (como el que se obtiene de las personas pacientes autóctonas).
- Facilita la atención, pues la comunicación es más adecuada y acaba resultando más fácil hablar de ciertos temas con la mediadora intercultural con la que se comparte un bagaje cultural previo, que con una persona profesional sanitaria nacional.

<sup>109</sup> Médico Jefe de la Unidad de Mediación Intercultural, Ministerio de Asuntos Sociales, Salud Pública y Medio Ambiente (RAC) que se creó dentro del programa de mediación belga en la década de los 90.

— Puede suponer una mayor adhesión a los tratamientos y mayor impacto clínico. Las personas mediadoras emplean estilos de comunicación específicos adaptados a las características propias de las personas pacientes, con el objetivo de trabajar sus percepciones erróneas y contribuir al cumplimiento de determinados regímenes terapéuticos, por ejemplo, que tomen la medicación regularmente.

Sin embargo, queremos incidir aquí sobre una cuestión fundamental que tiende a crear confusiones; la figura del mediador no es lo mismo que la figura del intérprete o traductor lingüístico, aunque en la práctica frecuentemente se solapen y/o asuman competencias indistintamente. Esto implica que en muchas circunstancias la calidad de la interpretación realizada por las mediadoras pueda ser deficiente; pues no traducen de manera exhaustiva los mensajes del personal sanitario o de las personas pacientes, así, los mensajes de todas las partes siempre son objeto de una importante adaptación (*ibidem*, 37). Evidentemente, el personal que ejerce la mediación intercultural, no presenta conocimientos de todos y cada uno de los idiomas de las personas con las que pude llegar a intervenir.

La organización Salud Entre Culturas<sup>110</sup> reitera que la persona mediadora es necesariamente algo más que un traductor/a y/o intérprete, pues la traducción e interpretación es solo un aspecto de la mediación, y esta última se concibe como una modalidad de intervención social. Es por tanto que el bilingüismo o el conocimiento variado de idiomas, no son suficientes para realizar trabajos de traducción e interpretación, para éstos se requieren unas competencias y una formación específicas que resultan de una acreditación profesional.

Sin embargo, es poco frecuente que las instituciones de salud proporcionen un servicio lingüístico de manera sistemática, y se tenga que recurrir espontáneamente a los mediadores ad hoc.<sup>111</sup> Un ejemplo de estos últimos, podría ser cualquier persona que se encuentre en ese momento en la sala de espera, conozca el idioma que se requiere y se pueda prestar a traducir. También es frecuente que las personas migrantes pidan estos servicios de traducción a una persona cercana de la familia con manejo suficiente del idioma, sin embargo, esto puede suponer consecuencias indeseables. Así, la inexistencia de esta figura en el sistema público sanitario puede desembocar en reiteradas vulneraciones de los derechos fundamentales de las personas:



*[...] No hay nada en España... Se utiliza mucho el intérprete «ad hoc» es decir, el vecino del cuarto que acompaña al vecino del primero o el niño que acompaña a la madre al médico. Esto pasa mucho con la comunidad china, un niño que ha nacido en España, hable muy bien español y tenga que acompañar a su madre al médico, ¿está preparado el niño para escuchar esto? Pues seguramente no. ¡Y ojalá no pase nada!, pero cuando sea un caso grave... dile que tu madre se va a morir. O en el caso de mujeres maltratadas, que el maltratador entra a consulta con la maltratada porque él es el intérprete, el que sabe el idioma. O salir de la consulta y decir: ¡Oye alguien de aquí sabe chino, o sueco, o francés o inglés?! ¿Dónde está la confidencialidad del paciente? ¿dónde está el código deontológico, dónde están un montón de cosas?...*

#### **ENT-49, org. experta en mediación intercultural, ámbito sanitario**

<sup>110</sup> Salud Entre Culturas es un equipo multidisciplinar que desarrolla proyectos en el ámbito de la promoción de la salud con población autóctona e inmigrante en todo el territorio español y están ubicados en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Forma parte de la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI), integrada por médicos del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, creada en el año 1991. Entre sus objetivos fundamentales, se encuentran el formar al personal sanitario en la gestión de la diversidad cultural y ofrecer un servicio de Mediación Intercultural e Interpretación Lingüística en el ámbito sanitario. Ver más en: <http://www.saludentreculturas.es/>

<sup>111</sup> O también es frecuente recurrir a los servicios de traducción e interpretación telefónica.

Las medidas adoptadas para comprender las necesidades de las personas pacientes nunca pueden recaer en soluciones ad hoc; espontáneas, informales y nada profesionales. Es por tanto que la «interacción mediada por un intérprete» o interpreter-mediated interaction (Baraldi, 2009) se presenta imprescindible para que se respete el derecho al acceso a la información de la persona paciente en las formas adecuadas, así como para garantizar un acceso universal e igualitario al sistema de salud, y, por tanto, una atención sanitaria de calidad.

Salud Entre Culturas nos explica las formas en que la figura de la persona intérprete interviene y la importancia de entender su diferencia con la figura de la mediación:



*Es fundamental [...] dirigirte al paciente directamente, todo lo que se diga en consulta yo lo voy a interpretar... Si tú dices que este paciente huele mal, pues yo voy interpretarlo [...] Cómo colocarse, ¿por qué se coloca en un triángulo y no al lado del médico? [...] No se coloca al lado de nadie. El intérprete maneja los flujos de conversación, [...] el mediador cultural a lo mejor no se sabe esas técnicas... Son dos figuras que se solapan, pero son dos figuras con su campo de acción y sabemos cuándo utilizar uno y cuando otro...*

**ENT-49, org. experta en mediación intercultural, ámbito sanitario**

### 7.3. La mediación y la traducción en clave de género

De forma paralela queremos resaltar la importancia de identificar la complejidad de las realidades específicas que presenta cada persona, y hacer lecturas en clave de género de la situación en la que las figuras de la mediación y/o la interpretación son requeridas. Por ejemplo, la persecución de género y la criminalización de la diversidad sexual muy arraigada a ciertas culturas de origen, son determinantes a la hora de desarrollar la mediación y la interpretación con personas migrantes LGTBA+.

Así muchas personas migrantes con identidades, expresiones de género y opciones sexuales diversas se sienten reticentes o cohibidas a la hora de expresar sus problemáticas de salud específicas, o hacer visible y descubrir sus sexualidades o prácticas sexuales no-normativas con mediadores y/o traductores pertenecientes a su misma comunidad o cultura de origen. Pues estas personas proyectan y recrean en ellas toda esa persecución que les hizo abandonar en muchas circunstancias sus países de origen. Y pueden llegar a sentir que los juicios y la discriminación continúan.

Es por tanto que los perfiles de las personas mediadoras influyen decisivamente en la intervención y en las expectativas de las personas pacientes pertenecientes al colectivo LGTBA+. Así, se requiere identificar con anterioridad y de manera interseccional (tomando como referencia el género, la edad, la nacionalidad, la religión etc.) cuál podría ser el perfil adecuado para según qué tipo de persona y situación:



*Hemos acompañado a las unidades del cambio de sexo aquí en el Ramón y Cajal [...] Era un chico de Rusia que se va a pasar a mujer [...] no quería intérprete que fuera un hombre... Pensamos en qué tipo de interprete sería mejor para trabajar con él, un hombre, una mujer, o una mujer española pero que supiera ruso... Por ahí entró un poco más... Porque le generaba mucho conflicto que un par suyo; un hombre ruso ¡qué tipo de intervención iba a hacer con el sabiendo que se ha tenido que marchar de su país por su condición de género! Igual un señor como él me quiso matar...*

**ENT-49, org. experta en mediación intercultural, ámbito sanitario**

## **7.4. La necesidad de re-pensar los contextos de salud: Espacios seguros de aproximación**

La Mediación Intercultural y la Interpretación o Traducción Lingüística se presentaban como herramientas que contribuyen a repensar los espacios de salud desde enfoques inclusivos, teniendo puentes a la comunicación intercultural. Sin embargo, lejos de quedarnos ahí, sería conveniente reflexionar sobre cómo abordar en positivo todas las diversidades que puedan encarnar las personas en los diferentes espacios sanitarios.

Para ello, es fundamental repensar el modelo de organización biomédico y preguntarnos ¿cómo incluir referentes que inviten a que las personas migrantes LGTBA+ se identifiquen en esos entornos sanitarios y hacer del centro de salud un espacio seguro e inclusivo?

Un referente es un modelo con el que identificarse, un exponente o símbolo de influencia. No contar con referentes LGTBA+ cercanos y reales nos puede hacer más vulnerables a los estereotipos y sesgos que suelen acompañar a todas las minorías (Gender & LGTB Lab. et al., 2016: 12). Pues la figura del referente es un antídoto para el desconocimiento de la realidad LGTBA+ en la que se sustenta la discriminación (ibidem, 39). Además, pensemos que la ausencia de referentes puede ser concebido como un problema de salud, al igual que el hecho de tenerlos (y contar con esos "iguales") puede ser entendido como un factor estimulante de la salud (Medical Anthropology Research Center, 2017: 118).

En este sentido, revertir la falta de referentes en los espacios sanitarios (ya sean referentes culturales, o referentes LGTBA+) puede ser una buena práctica en la praxis sanitaria, que además contribuye a contrarrestar los efectos excluyentes del modelo de salud biomédico imperante. De esta forma, se generan puentes de acercamiento hacia aquellas personas que pueden sentirse vulneradas en su acceso a la salud, o que no se sientan identificadas con los modelos de referencia que el sistema proporciona, o con la forma de concebir a la persona paciente: «hombre blanco o mujer blanca cis- heterosexuales y nacionales que habla español».

Por ejemplo, situar la bandera LGTBA+ o del arcoíris en una consulta o proporcionar la información brindada en las salas de espera traducida en varios idiomas, pueden marcar la diferencia para muchas personas, a la par que se reduce esa "frialdad" que permea en los espacios sanitarios, como nos arroja el siguiente testimonio:



*Las paredes blancas, la falsa neutralidad de las paredes, [...] el hecho que tu pongas un cartel "en esta consulta se apoya la diversidad", eso ya es algo, y te ayuda mucho [...] Llegas a un sitio en el que no sabes si van a atender tus necesidades, en que la gente está vestida con bata blanca y fonendo, mirándote por encima del hombro... el hecho que de los espacios sean tan blancos y tan fríos es muy agresivo [...]*

**ENT-20, médica residente Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospital público Madrid**

Otro ejemplo significativo gestionado por personal sanitario en hospitales (dentro del Servicio de Urgencias) y en centros de salud, es incluir una bandera, un "pin" o insignia LGTBA+ en la bata blanca o en el estetoscopio (fonendo). Una estrategia que nos ayuda a resignificar la figura del «médico», el cual se convierte en un referente; un igual. Esta estrategia de acercamiento dibuja un puente de confianza hacia la persona paciente, en el que el profesional le está advirtiendo con este símbolo, una intervención libre de prejuicios, donde la persona paciente pueda expresarse sin necesidad de ocultar sus prácticas e identidades. Como nos refleja una de las médicas participantes en la investigación que ejercía esta práctica:



*...la banderita en el fonendo, nos permitía generar un vínculo con el barrio [...] Por eso plantemos lo de las estrategias de aproximación, aquellas cosas que puedes hacer y que no van dirigidas concretamente a la persona que tienes de frente... Hacer modificaciones en el entorno que hagan que la persona entienda que es bienvenida allí. Y eso el ejemplo de la banderita que llevamos en el fonendo, y solo con eso te evitas sacar el tema con la persona que viene, ¡que te puede contar! también cada uno tiene sus limitaciones y puedes generar incomodidad porque la respuesta puede ser ¡qué más te da! Pero muestras que se puede hablar de eso...*

Sin embargo, hacer del centro de salud un espacio seguro, no se reduce o se limita a poner una bandera LGTBA+ en el fonendo o estetoscopio, o por ejemplo, colocar un triángulo rosa<sup>112</sup> en la consulta. Consiste en hacer de ese espacio de salud un lugar libre de violencias, de discriminación y prejuicios. Para ello, todas las prácticas y mensajes tienen que encaminarse al respeto y reconocimiento de todas las identidades de género y culturales de todas las personas, en todos los momentos del circuito sanitario.

En este sentido, se debe incidir en un largo plazo en la formación en perspectiva de género y diversidad sexual de todos los agentes que participan en los contextos sanitarios, y muy especialmente del personal sanitario. En un corto plazo, se pueden generar estrategias paralelas que tengan en un impacto significativo al enfrentar las necesidades inmediatas de las personas migrantes LGTBA+, creando por ejemplo, equipos especializados de atención a la diversidad. En este sentido, son varias las experiencias que tenemos en distintas geografías, los Consultorios Amigables (CA) para la Diversidad Sexual en Argentina, son una de ellas<sup>113</sup>.

Se trata de estrategias destinadas a mejorar el acceso y la calidad de la atención de la población de la diversidad sexual en el sistema público de salud. Convirtiendo los espacios de salud en "espacios de efectiva reafirmación de los derechos a la salud de la diversidad sexual" (PNUD, 2013: 11)

Abordar las diversidades en el ámbito sanitario necesariamente pasa por una transformación integral, un cambio en los modelos y sistemas de organización y atención, esto es, una transformación en los discursos, las narrativas, los lenguajes, los símbolos etc., en todos los ámbitos y niveles que constituyen lo sanitario. Se trataría entre otras cosas de repensar y reorganizar:

- Los lenguajes y su construcción binaria del género.
- Los espacios sanitarios y su distribución normativa.
- Los protocolos sanitarios y la ausencia de ellos (generando nuevas propuestas en base a realidades específicas de las personas).
- Los referentes (cuáles son aquellos que se proponen, y aquellos que se invisibilizan).
- El significado de los símbolos utilizados en las imágenes, los espacios, las iconografías etc.

112 Icono adoptado por la comunidad LGTBA+ como un símbolo del orgullo y representación de los derechos LGTBA+, reclamado como un símbolo positivo de identidad. La historia de triángulos (rosa y negro) comenzó en los campos de concentración de la Alemania nazi durante la segunda guerra mundial, los cuales reflejaban el motivo de encarcelamiento de las personas. El triángulo rosa representaba a los hombres homosexuales, los triángulos negros se utilizaron para designar a las personas prisioneras con comportamientos "antisociales" los cuales incluía a las lesbianas y a las prostitutas entre otros.

113 Se establecen como equipos mixtos de trabajo o equipos especializados formados por las organizaciones sociales que trabajan en la promoción de la salud de las personas LGTBA+ y los derechos de las personas VIH-sida, y el personal de salud inserto en los hospitales públicos (PNUD, 2013: 11).

- El diseño de las políticas de prevención y atención (por ejemplo, en relación a la salud sexual y prevención de ITS, entre otras). Reflexionando sobre las necesidades de salud de algunos colectivos que no siempre se toman en cuenta y se invisibilizan.

De esta forma, incluir referentes y representaciones inclusivas con la diversidad sexual en los espacios biomédicos, supone repensar nuestros entendimientos sobre el sexo, el género y la sexualidad, dejando de concebir la heterosexualidad como la norma, y la diversidades sexuales como lo exótico o subordinado. Esto nos conduce necesariamente a reflexionar sobre la «naturalización» que hacemos de la heterosexualidad y el lugar prioritario que ocupa en los discursos y las prácticas sanitarias (incluyendo las imágenes que proyectamos).

En este sentido crear un «espacio seguro» puede implicar también en algunas ocasiones, desplazar muchas imágenes normativas, y con ellas, las expectativas de género asociadas. Por ejemplo, por muy normalizadas que nos parezcan las imágenes que proyectamos en ciertos espacios de salud, éstas pueden tener dobles lecturas al proyectar arquetipos<sup>114</sup> que no representan a todo el mundo y/o excluyen a mucha gente. Así por ejemplo, el hecho de descentralizar o evitar reproducir estas imágenes, ayuda a no potenciar una única forma de «ser o sentirse mujer», como nos muestra el siguiente ejemplo:



*En una ocasión... se me rompió un quiste en el ovario, fui a ginecología y ¡los posters... las imágenes...! ¡No era mi caso, pero pensé en las personas que no pueden tener hijos o les quitan el útero! Me pareció una falta de sensibilidad total... El espacio destinado a atender la salud ginecológica está todo destinado a la maternidad, y había mariposas y flores". En pediatría lo entiendo [...] Me pareció una violencia muy gratuita, una manera de ser mujer, y si te pasa algo en el ovario eres una mujer y que por ende te identificas con flores y mariposas y vas a tener bebés... Imagínate una mujer trans que va allí con un dolor...*

**ENT-20, médica residente Atención Primaria/Servicio de Urgencias hospital público Madrid**

Para concluir, finalizamos recalmando que éstas que se presentan son solo algunas de las reflexiones y actuaciones estratégicas que buscan construir un modelo sanitario más inclusivo, a disposición de todas y cada una de las personas que componen nuestras sociedades. Dibujando en el sistema sanitario una puerta de entrada inclusiva, que haga que todas las personas podamos identificarnos en todos los momentos dentro del circuito de atención sanitario.

114 El arquetipo femenino vigente continúa fuertemente ligado a la maternidad y al cuidado.

# 8

## Conclusiones y buenas prácticas en espacios de salud hacia el colectivo LGTBA+ migrante

A continuación, vamos a situar algunas de las conclusiones extraídas en el transcurso de la investigación, para en un segundo plano, sistematizar el conjunto de buenas prácticas y/o estrategias en positivo, muchas de ellas desarrolladas por los diferentes actores, agentes e instituciones implicados en los procesos de acceso-atención sanitaria en las ciudades de Madrid y Barcelona.

Todas ellas encaminadas a proporcionar una atención integral a las personas migrantes LGTBA+ en los diferentes espacios de salud y generar modelos inclusivos con las diversidades.

### En el ámbito de acceso a la salud...



#### Conclusión 1

##### ➤ Obstáculos en el acceso:

En el acceso de las personas LGTBA+ migrantes al sistema de salud son varios los obstáculos que se presentan desde el momento inicial, muchos de ellos, derivados de su situación administrativa. Y aunque estos procesos de entrada al sistema muestran diferencias significativas en la ciudad de Madrid y Barcelona, en ambas ciudades, el padrón se convierte en uno de los requisitos solicitados para acreditar una estancia mínima de 3 meses, y así obtener el código DAR en Madrid, o la tarjeta sanitaria en Barcelona. Frente a esta realidad muchas entidades y asociaciones del colectivo LGTBA+ desarrollan varias estrategias encaminadas a solventar esta dificultad:



#### Buenas prácticas

##### ✓ Convenios de vinculación –derivación directa ONGs– ESPACIOS DE SALUD:

Algunas entidades y ONGs como resultado de experiencias previas positivas con centros de salud y personal sanitario específico, establecen convenios y/o acuerdos de colaboración, con el objetivo de crear circuitos de acceso o derivación directa a estos centros y/o hospitales específicos. De esta forma se agiliza y facilita el acceso en formas y tiempos adecuados. Esto sucede fundamentalmente, en casos de población migrante recién llegada que requie-

ren un  *cribado*<sup>115</sup> inicial y/o personas en situación de vulnerabilidad que no disponen de todos los requisitos que les solicita el sistema sanitario español, y, por ejemplo, no puedan acceder de inmediato a tratamientos específicos como los antirretrovirales en el caso de personas con VIH. Sin embargo, estos convenios y acuerdos lejos de representar una solución estructural para todas las personas, en todos los momentos y espacios, a menudo dependen de iniciativas individuales y de la sensibilidad que muestren las personas y los centros donde trabajan.

✓ **Padrón social o en sede:**

Frente a las dificultades relacionadas con el acceso a la vivienda de muchas personas migrantes, y con ella, su limitación para acceder al padrón y acredecitar su estancia en el país, muchas entidades y asociaciones del colectivo realizan el padrón social en sus sedes y facilitan a las personas este requisito.

✓ **Circuitos especiales para personas en situación de vulnerabilidad (específico de Barcelona):**

Algunas entidades, asociaciones y ONGs que trabajan en el ámbito de la promoción de salud en personas LGTBA+ en Barcelona, tienen circuitos especiales y directos con la Generalitat de Catalunya para obtener tarjetas sanitarias de forma rápida para personas migrantes con un diagnóstico de VIH positivo, las personas VIH-seropositivas, o las personas LGTBA+ trabajadoras de sexo.



## Conclusión 2

➤ **Falta de perspectiva de género y diversidad sexual en las políticas de admisión/registro/atención:**

El derecho a la libre identidad de género de las personas trans es vulnerado de manera reiterada en todos y cada uno de los procesos de acceso y atención sanitaria. El no respeto a la autodeterminación de género se refleja, por ejemplo, en la negación continua del nombre escogido por parte del personal sanitario y/o administrativo, quienes inciden consciente, y/o inconscientemente, en llamarles con el nombre registrado en el documento de identidad. Esta práctica comienza en los procesos de registro y admisión, pero continua en las consultas de Atención Primaria y en los servicios especializados, y muy especialmente se hace notoria en las salas de espera donde se mantienen a la espera de ser llamadas, a la par que vulneradas y expuestas públicamente ante la mirada de los Otros.

En este sentido, las legislaciones específicas en materia de diversidad sexual (detalladas en el informe con anterioridad), recogen el derecho a la libre identidad de género, e instan a las dependencias públicas a tomar medidas al respecto. Por tanto, los centros y espacios sanitarios tendrían que abogar por:

<sup>115</sup> Conjunto de pruebas enfocadas a la detección precoz de una problemática de salud o una enfermedad (por ejemplo, la tuberculosis, el VIH, o alguna ITS). Su diagnóstico y tratamiento temprano se ofrece activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica (Ley 33/2011, General de Salud Pública).



## Buenas prácticas

### ✓ Modificar las políticas de admisión/registro/atención:

Adoptar todas las medidas administrativas y de cualquier otra índole que sean necesarias a fin de asegurar un trato coherente con la identidad de género expresada de la persona en todas las políticas de administración/registro/atención (expedientes, historial médico, listado de citas, recetas electrónicas etc.). Una medida adecuada para llevar a cabo en este sentido sería utilizar las iniciales del nombre legal, los **apellidos completos** y solicitar a la persona el **nombre elegido por razones de identidad de género**. De esta forma se consigue no sobre-exponer ni vulnerabilizar a la persona *trans*, que por el motivo que fuera no tuviera realizado el cambio registral en sus documentos oficiales, y especialmente a muchas personas migrantes a las que le es negado este cambio, pues está disponible solo para personas nacionales. Además aunque en la ciudad de Madrid y en la ciudad de Barcelona las personas *trans* puedan acceder al cambio de nombre en la tarjeta sanitaria, a efectos prácticos no tiene ninguna trascendencia en el ámbito sanitario, pues en los registros, en el historial o expediente médico, en las listas de citas y en las recetas electrónicas sigue figurando el nombre registral de la persona y por tanto, siguen siendo vulnerados sus derechos. Por tanto se presenta fundamental:

- ✓ Referir a las personas por **los apellidos** cuando son nombradas en las salas de espera para entrar a consulta o en los servicios especializados. Y ante la duda, preguntar siempre a la persona el nombre con el que quiere ser llamada.
- ✓ Emplear **estrategias alternativas** o «**resistencias**» a corto plazo (por parte del personal sanitario) encaminadas a paliar estas situaciones de sobre exposición, discriminación y transfobia. Por ejemplo, utilizar la casilla de “alergias” o “alertas” (disponibles en el sistema informático) para dejar constancia del deseo de la persona a no ser llamada por su nombre legal o administrativo.

## En el ámbito de promoción de la salud y los cuidados...



## Conclusión 1

### ➤ Falta de formación al personal sanitario:

La falta de formación en materia de diversidad sexual e interculturalidad del personal sanitario se presenta como uno de los problemas más significativos a la hora de abordar las necesidades de salud específicas de las personas migrantes LGTBA+. De esta falta de formación y sensibilización en muchas circunstancias se deriva un trato no-igualitario o discriminatorio hacia estas personas.

En este sentido se presenta fundamental:



## Buenas prácticas

- ✓ Formación específica y periódica al personal sanitario en **perspectiva de género, diversidad sexual, e interculturalidad** para así garantizar un acceso y un trato sanitario libre de discriminación, al mismo tiempo que se garantiza el derecho de **proximidad<sup>116</sup>** de las personas pertenecientes al colectivo.
- ✓ Formación e **investigación específica** dirigida a expandir el conocimiento acerca de los diferentes grupos pertenecientes al colectivo LGTBA+ y sus problemáticas de salud situadas.
- ✓ Formación en **metodologías y abordajes desde la interseccionalidad**, que les permita identificar cómo interactúan los marcadores de la diferencia (sexo, identidad de género, edad, situación administrativa en el país de acogida, raza, etnicidad, etc) y generan necesidades específicas de salud en las personas.
- ✓ Reforzar la investigación sobre **salud sexual, de prevención –ITS, PrEP–**. En este sentido, algunas ONGS LGTBA+ tienen dentro de sus programas un área de investigación y formación donde realizan estudios específicos, cuestionarios epidemiológicos, estudios comunitarios, etc. Para abordar temas relacionados con la salud sexual del colectivo, como el uso de la PrEP, las diferentes ITS, las prácticas de riesgo y prácticas emergentes como el Chemsex, entre otros temas. El objetivo de estas investigaciones es potenciar la salud sexual del colectivo, y sobre todo, en personas en situación de vulnerabilidad.



## Conclusión 2

### ➤ Carencia de protocolos específicos:

Las necesidades de salud de las personas migrantes LGTBA+ son abordadas desde el paradigma hegemónico de la **cis-heteronormatividad** característico del Sistema Biomédico. Esto último añadido a la falta de formación en perspectiva de género del personal sanitario, conduce en la práctica a que se produzcan déficits de atención conscientes y/o inconscientes, así como a que se occasionen **infradiagnósticos** que no lleguen a abordar las realidades de salud de manera integral de estas personas.

En este sentido hay una **falta de protocolos específicos** de atención y actuación frente a las necesidades concretas de salud de estas personas. Por ejemplo, sin ir más lejos el desconocimiento médico sobre la salud sexual y reproductiva del colectivo *trans* es una cuestión generalizada. En otro sentido, una gran parte del personal sanitario que trabaja en los servicios de urgencias y/o centros de Atención Primaria desconoce los protocolos donde la profilaxis post exposición (PPE) sería requerida. O si los conoce, son frecuentes los juicios morales y la estigmatización a la que se ven sometidos determinados colectivos (por ejemplo los HSH y su recriminada "promiscuidad").

<sup>116</sup> Referido a que la persona sea atendida y asistida en su proximidad y con la mayor especialidad posible, sin necesidad de desplazamientos sobrevenidos.

dad”), provocando en muchas circunstancias la negación del medicamento y con ella la violación de sus derechos fundamentales.

Otro reto pendiente del sistema y sus políticas es el abordaje (detección y atención) frente a situaciones de **violencia de género** y **violencia intragénero** en personas pacientes. La mayoría de las personas sanitarias entrevistadas desconocían si su centro de referencia (ya fuera centro de atención primaria, Servicio de Urgencias u otro) disponía de protocolos actuación frente a situaciones de detección de violencia de género y violencia intragénero. Tampoco podían establecer una diferenciación al respecto y carecían de herramientas para su identificación y abordaje.

Por tanto, se presenta fundamental frente a estas realidades:



## Buenas prácticas

- ✓ Crear protocolos de atención para situaciones de salud específicas:
  - ✓ Salud sexual del colectivo LGTBA+.
  - ✓ Salud **sexual reproductiva específica del colectivo trans.**
  - ✓ Sobre el acceso a los **bancos de óvulos o semen y a las técnicas de reproducción asistida** del colectivo LGTBA+.
  - ✓ Sobre la prevención, identificación y seguimiento de los tipos de cánceres en personas *trans* (cáncer de próstata en mujeres *trans* y a las revisiones mamarias y ginecológicas en caso de hombres *trans*).
  
- ✓ Crear protocolos específicos para el abordaje de las violencias, así como situaciones específicas de vulnerabilidad que pueden ser detectadas desde los espacios de salud:
  - ✓ Violencia de género/violencia intragénero.
  - ✓ Delitos de odio/LGTBA+fobia.
  - ✓ Personas migrantes sin hogar, etc.

## En referencia a la articulación social y comunitaria...



## Conclusión 1

- Más redes mayor impacto:

Partiendo de un entendimiento de salud que no se limita a las necesidades médicas y/o clínicas de las personas, y se relaciona con el equilibrio y el bienestar psicológico y social de las mismas, es fundamental la articulación entre los diferentes actores sociales e instituciones para poder abordar de mane-

ra integral las necesidades de estas personas. La articulación de redes de apoyo y cuidados entre las diferentes esferas se presenta como elemento clave para mejorar las condiciones de salud de las personas LGTBA+, llegar a más poblaciones y tener un mayor impacto. En el ámbito comunitario, las organizaciones y entidades LGTBA+ y migración desempeñan una función primordial en el acompañamiento y empoderamiento de las personas en el acceso al sistema de salud y la gestión de sus cuidados.

Es por tanto que aquí rescatamos algunas de las estrategias encaminadas a este abordaje integral:



## Buenas prácticas

- ✓ **Establecer puentes** entre las instituciones de salud y las organizaciones LGTBA+ implicadas en la promoción de la salud.
- ✓ Existen programas diversos basados en el acompañamiento emocional y el apoyo psicosocial: desde la **psicología afirmativa LGTBA**,<sup>117</sup> o el **apoyo entre iguales**,<sup>118</sup> etc.
- ✓ Fortalecen la creación de redes de apoyo y cuidado y favorecen la articulación social de estas personas y su integración.
- ✓ Los **talleres de promoción de la salud y empoderamiento** desde los espacios donde se realiza el trabajo sexual. Algunas ONGs que trabajan en el ámbito de salud con personas que ejercen el trabajo sexual, ofrecen talleres de promoción de la salud sexual, a través de trabajar la corporeidad, el sentido del cuerpo, la autoestima, el autocuidado, etc. Estos talleres se realizan desde un enfoque de género y una mirada interseccional, entendiendo las diferencias culturales, la influencia de la edad, desarticulando los estereotipos en los que se asienta la belleza hegemónica, la diversidad funcional, etc., Siempre poniendo en perspectiva los privilegios de los que parte cada persona.
- ✓ Generar **nuevos canales** para la **sensibilización y educación de la salud sexual**. Algunas organizaciones y agencias de salud pública generan, a través de **perfíles** específicos en las **redes, campañas de prevención de ITS** en las aplicaciones geo-sociales (para “ligar” o conocer gente) de los HSH (Grinder, Scruff, Gay Romeo, Tinder, etc.) Estos perfiles tienen carácter informativo, están disponibles 24 horas para responder dudas y preguntas al momento sobre la salud sexual o consejos sobre prácticas sexuales, y están gestionados por personas del colectivo que han recibido formaciones en salud sexual LGTBA+.
- ✓ **Tejer comunidad:** Establecer puentes con la comunidad a través de diferentes estrategias socioculturales:

<sup>117</sup> Referida a la psicología que aborda desde el acompañamiento emocional las problemáticas específicas que sufren las personas pertenecientes a la diversidad sexual, derivadas del estrés, la opresión, la discriminación social y familiar de personas, la homofobia internalizada etc.

<sup>118</sup> Espacios de encuentro para personas del colectivo relacionados con la salud, grupos de apoyo, ocio o voluntariado. Estos grupos pueden estar compuestos por personas migrantes y nacionales, algo que también ayuda a la sociedad de acogida a ver otras realidades, formas de ser y maneras de vivir la diversidad sexual. Estos grupos ofrecen también espacios seguros de enseñanza y apoyo psicológico entre iguales, sobre todo para personas en situación de vulnerabilidad, como el caso de las personas trans migrantes y las personas que están viviendo con el VIH.

- ✓ **Voluntariado comunitario:** algunas entidades y ONGs crean comités de personal voluntario compuesto por personas LGTBA+ nacionales y migrantes de diferentes etnias, estados serológicos, edades, situaciones administrativas, profesiones, géneros, etc. Estas personas voluntarias gestionan algunos programas y también funcionan como mediadoras y puentes para llegar a los locales y lugares de trabajo/ocio donde no pueden llegar las asociaciones. Estas personas hacen un trabajo importante de sensibilización y reducción de daños, sobre todo en los casos de las personas migrantes trabajadoras del sexo, o las sesiones de Chemsex por ejemplo.
- ✓ **Agentes de salud comunitaria:** Referidos a aquellas figuras que realizan visitas a los barrios donde hay alto porcentaje de población migrante, desarrollan campañas de salud específicas y detectan casos vulnerables de personas que no acuden a los espacios de salud y establecen estrategias.
- ✓ **Acceso a la información/visibilizar recursos (listado de asociaciones LGTBA+ y migración en los centros de salud):** algunos centros de Atención Primaria han creado su listado propio de organizaciones que trabajan con personas LGTBA+ o personas migrantes para informar/derivar a personas del colectivo LGTBA+ migrante a estas organizaciones.
- ✓ **Acompañamientos directos** por parte de las organizaciones a los centros sanitarios, y especialmente a personas en situación de vulnerabilidad (trabajadoras de sexo migrantes, personas con un diagnóstico nuevo de VIH, personas refugiadas, víctimas de trata, etc.) para paliar y vigilar las situaciones de vulneración de derechos en los espacios de salud.
- ✓ **Prueba rápida y confidencial del VIH** en diferentes espacios como herramienta: varias ONGs que trabajan en la promoción de la salud sexual en HSH y mujeres trans ofrecen prueba rápida y confidencial de VIH y otras ITS. No se pide ningún tipo de documentación, ni ningún dato personal, y los resultados se obtienen en unos 20 minutos. Estas ONGs utilizan la prueba como vía de sensibilización y educación para trabajar la sexualidad, la salud, las prácticas de riesgo, la prevención y el autocuidado. Organizaciones concebidas como un espacio seguro para las personas LGTBA+.

Para finalizar...

## Hacer del espacio de salud un espacio seguro

La estructura y las políticas de gestión del modelo de salud biomédico en nuestro país siguen arraigados a una lógica cis-heteronormativa y etnocentrista. Así sus prácticas, expectativas, lenguajes y actitudes siguen enraizadas a esa «presunción de la heterosexualidad» que se asume como hegemónica y se reproduce en cada circuito y nivel de atención.



### Buenas prácticas

- ✓ **La Mediación Intercultural y la Interpretación Lingüística en clave de género** como herramientas para gestionar las diversidades, que faciliten la convivencia en los espacios sanitarios y nos ofrezcan puentes de entendimiento.

- ✓ A través de **perfiles interseccionales de intérpretes y mediadores** (género-edad-procedencia). Nos ayuda a entender las diferentes formas en que las personas **vivenciamos la salud, la enfermedad y los cuidados**, así como las diferencias en las expectativas depositadas en la «figura del médico» o el personal sanitario.
- ✓ Facilita la **comunicación, relación e integración** de las personas migrantes LGTBA+ en los diferentes espacios de salud. Proporciona además la comunicación y el intercambio de información correcta y detallada con el personal sanitario.
- ✓ Mayor impacto clínico y mayor adhesión a los tratamientos
- ✓ Trabaja percepciones erróneas y contribuye al cumplimiento de determinados regímenes terapéuticos.

#### **Incluir referentes INCLUSIVOS:**

<b>«CONSULTAS INCLUSIVAS»</b>	
✓ Situar la bandera LGTBA+ o un triángulo rosa.	
✓ Traducir la información mostrada en las paredes en varios idiomas.	
✓ <b>EL PERSONAL MÉDICO como un REFERENTE &gt; bandera LGTBA+ en el fonendo o estetoscopio.</b>	

- ✓ Construir los espacios de salud como un lugar **libre de violencias, de discriminación y prejuicios**. Para ello, todas las prácticas y mensajes tienen que encaminarse al respeto y reconocimiento de todas las identidades de género y culturales de todas las personas, en todos los momentos del circuito sanitario. Evitando así el **etnocentrismo** y la discriminación.
- ✓ Nos facilita tender puentes, **resignificar la figura del «médico»**, el cual se convierte en un **referente**.
- ✓ Reducir el **sesgo de género** y la concepción binaria de nuestro sistema a través de:
  - ✓ Revisión de los lenguajes y su construcción binaria del género
  - ✓ Repensar los espacios sanitarios y su distribución normativa (diseño, mensajes, posters y folletos, fotos e imágenes y colores, baños/sanitarios, etc.).
- ✓ Generar estrategias paralelas **corto plazo** que tengan en un impacto significativo al enfrentar las necesidades inmediatas de las personas migrantes LGTBA+, por ejemplo, equipos especializados de atención a la diversidad. Ej.: Consultorios Amigables (CA) para la Diversidad Sexual en Argentina.
- ✓ **Desplazar muchas de las imágenes normativas**, y con ellas, las expectativas de género asociadas.



## Glosario

### A

**Androcentrismo.** Enfoque o perspectiva que sitúa lo masculino en la posición central de la vida social, asumiéndolo como la única forma posible y, por lo tanto, universal. Es un punto de vista sesgado que toma al hombre como medida de todas las cosas visibilizando y excluyendo de los discursos y las prácticas a las mujeres y a todas las personas con identidades y/o expresiones de género diferentes.

**Antirretroviral.** Antirretroviral (ARV) Medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus, como el VIH. Por lo general, el término se refiere a los medicamentos antirretrovirales contra el VIH (InfoSIDA, 2018:11).

**Antropología de la Salud.** Es una especialidad de la Antropología social y cultural que promueve un análisis alternativo de los procesos de salud/enfermedad/atención, y que tiene en cuenta la inserción de dichos procesos en contextos sociales, políticos, económicos y culturales concretos y diversos. Este enfoque nos ofrece una visión relativista, compleja y crítica de por qué y cómo enfermamos o sanamos, ya que es muy crítico con los análisis universalistas y etnocéntricos que suele llevar a cabo la biomedicina. (Esteban et al. 2007:8).

**Arquetipo de género.** Modelos prototípicos referidos a los comportamientos considerados como masculinos y femeninos, compuestos por atributos, valores éticos, religiosos, prescripciones morales, etc. de lo que se ha estipulado en Occidente que es característico de las mujeres y de los hombres.

**Asexualidad.** Es una orientación o identidad sexual definida por la falta de atracción sexual hacia otras personas, independiente de su género. Se calcula que el 1% de la población es asexual (Instituto superior de estudios psicológicos, 2018).

### B

**Bifobia.** Refiere a la discriminación ejercida a las personas bisexuales, o que se perciben a sí mismas como bisexuales. Así entendemos la bifobia como "el conjunto de sentimientos, actitudes y comportamientos negativos hacia las personas bisexuales y está presente en todos los niveles sociales incluyendo los colectivos de personas LGT" (FELGTB, 2016).

**Binarismo de género.** Refiere al sistema de organización social que permea las prácticas y los discursos, y parte de la idea de que solamente existen dos géneros excluyentes: femenino y masculino, en los que todas las personas deben clasificarse o ser clasificadas. Este sistema ha justificado históricamente la discriminación y violencia contra aquellas personas que trascienden la identidades y opciones sexuales normativas y viven el género de forma no binaria y/o fluida.

**Bisexualidad.** Refiere a aquella orientación sexual de quienes sienten atracción sexual, emocional y/o romántica hacia personas de más de un género y/o sexo, y no necesariamente al mismo tiempo, o de la misma manera, ni con la misma intensidad (FELGTB, 2016).

## C

**Celibato.** Refiere al comportamiento de abstenerse a tener relaciones sexuales por elección, normalmente por motivos religiosos.

**Cisgénero.** La persona cuya identidad de género mantienen una correspondencia normativa con el sexo asignado al nacer. Por lo tanto, una persona cis es aquella cuya identidad de género interna coincide y se presenta de acuerdo con las expectativas culturales del comportamiento y los roles considerados apropiados para los hombres y las mujeres (American Psychological Association, 2015).

**Cisheteronormatividad.** Creencia o expectativa de que todas las personas son, o deben ser, cisgénero, heterosexuales y de que esta condición es la única natural, normal o aceptable.

**Cishomonormatividad.** Es un término que describe cualquier conjunto de normas referidas al estilo de vida que sostiene que las personas se dividen de forma natural en dos géneros distintos y excluyentes, hombre y mujer, con roles de género determinados. Consecuentemente, alinea al sexo biológico, la identidad de género y el rol de género, y mantiene que la heterosexualidad y la homosexualidad normativas son las únicas formas de sexualidad posibles, excluyendo todas las restantes. (FELGTB, 2014: 2).

**Cultura de la salud.** Refiere al conjunto de valores, hábitos, prácticas, expectativas, lenguajes y tiempos que regulan el sistema biomédico de salud y a sus agentes implicados.

## D

**Delito de odio.** Referido a los actos delictivos cometidos hacia una persona o grupo por una motivación basada en prejuicios. Así, debe estar basado en una característica común de sus miembros, como su identidad de género, la orientación sexual, la raza, el origen nacional o étnico, el lenguaje, el color, la religión, el sexo, la edad, la diversidad funcional u otro factor similar. El código penal español establece las siguientes conductas o supuestos como delitos de odio: el fomento o la incitación al odio y a la hostilidad contra grupos o personas por su pertenencia a una determinada religión, etnia, origen, sexo, enfermedad u orientación sexual; la difusión de material que fomente o promueva dicho odio o violencia (también redes sociales, internet) y la negación pública o el enaltecimiento de los delitos cometidos contra grupos o personas, por razón de su pertenencia a una determinada religión, etnia, origen, sexo, enfermedad u orientación sexual.

**Determinantes sociales de la salud.** Refiere a aquellos determinantes estructurales y a las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (OMS, 2009: 1).

**Discriminación.** Toda acción que tenga como resultado directo o indirecto una diferenciación desfavorable por motivos de religión, etnia, género, nacionalidad, apariencia física, dis-

capacidad, edad, ocupación, nivel educativo, o cualquier otro factor, visible o invisible. Por ejemplo, cuando se menciona específicamente la discriminación hacia el colectivo perteneciente a la diversidad sexual se hace referencia a todo el conjunto de abusos cometidos contra los derechos humanos de estas personas fundamentados en la identidad o expresión de género (LIS, 2015: 135).

**Discriminaciones múltiples.** Refiere a aquella discriminación que sufre una persona por más de un motivo. Es decir, cuando las relaciones de poder se articulan y generan diferentes tipos de discriminación u opresión en las personas. Debido a la intersección de diferentes variables o marcadores de la diferencia como el sexo, origen racial o étnico, religión o creencias, diversidad funcional, edad, orientación sexual, identidad de género u otras características que pueden generar «múltiples discriminaciones» (Crenshaw, 1989, Yuval-Davis, 2006).

**Diversidad sexual.** Este término refiere al conjunto inagotable de identidades sexuales, identidades y expresiones de género, opciones sexuales y sexualidades diversas de las personas. Surge del reconocimiento de que todos los cuerpos, expresiones, identidades, vivencias, deseos tienen derecho a surgir y manifestarse siempre desde el respeto los derechos de otras personas. Se suele emplear como sinónimo también el término diversidad sexo-genérica.

## E

**Ejes de diferenciación.** También referidos a ellos como «marcadores de la diferencia» tales como el género, el sexo, la clase social, la sexualidad, la edad, la cultura, la etnia, el estatus migratorio, la situación específica de salud y un largo etcétera, que interactúan entre ellos y producen posiciones diferenciadas entre unas personas y otras en los diferentes contextos.

**Etic/Emic.** Es la distinción entre el punto de vista de las personas informantes («Emic») y el de las personas que investigan («Etic»). Así «Emic» se refiere fundamentalmente al punto de vista de las personas pertenecientes a la comunidad estudiada, en nuestro caso, a las personas LGTBA+ migrantes, pero también al personal socio-sanitario y otros agentes sociales referenciales. Y «Etic» serían las personas investigadoras, observadoras, y externas que interpretan esas narrativas «Emic» abstraídas durante el trabajo de campo y reorganizan el discurso para hacerlo inteligible desde sus categorías.

**Expresión de género.** Referida a la forma en que manifestamos nuestro género a través de los comportamientos, la corporeidad, la apariencia física, la gestión del espacio, el habla, la forma de caminar, la vestimenta y el uso que se hace de ella etc...

**Estado serológico.** Refiere al estado en el cual una persona tiene o no tiene anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (una prueba serológica). Por ejemplo, VIH-seropositivo significa que una persona tiene anticuerpos detectables contra el VIH; seronegativo significa que una persona no tiene anticuerpos detectables contra el VIH. (infoSIDA, 2018: 59).

**Estereotipo.** Noción o imagen estructurada y aceptada por la mayoría de las personas como representativa de un determinado colectivo. Esta imagen es formada a partir de una concepción estática sobre las características generalizadas de los miembros de esa comunidad. Condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores. (Accem, 2018).

**Estereotipo de género.** Referido a las ideas y concepciones arraigadas en una sociedad sobre los roles, funciones, aspectos físicos y comportamientos de los hombres y las mujeres. Estos estereotipos naturalizan el imaginario y el ideal del significado de ser un hombre o una

mujer, y excluyen a cualquiera identidad o expresión de género no normativa que no se ajuste a ese imaginario social.

**Estigma.** Refiere a la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo (Goffman, 1968). Son símbolos reconocidos por un grupo social o sociedad que comparte el mismo imaginario social, a través de los cuales se lleva a cabo una reducción de las identidades de la persona al estigma generando experiencias de discriminación.

**Etnocentrismo.** Concepto elaborado por la antropología que se basa en la premisa ideológica por la cual la persona interpreta el mundo de acuerdo con el contexto de sus propios saberes culturales. (Accem, 2018). Esta mirada conlleva la subalternización de otras culturas.

**Etnografía.** Refiere tanto a una perspectiva teórica como a un método de investigación en las ciencias sociales, que nos permite el acercamiento a la realidad a través de la interacción con el grupo de estudio. Y en este sentido, la técnica de la observación participante se presenta referencial para llegar a los discursos e interacciones de los sujetos. Finalmente, el tratamiento posterior de los datos se realiza a través del análisis cualitativo de los mismos.

**Etnografías multisituadas.** Las etnografías multisituadas, interconectan múltiples contextos de observación y participación donde realizar observación participante (incluyendo el espacio virtual). Los contextos referenciales en la presente investigación para realizar etnografía fueron: los espacios de salud de la Comunidad de Madrid; como centros ambulatorios o centros de atención primaria y especializada, hospitales y unidades especializadas; como la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Ramón y Cajal, así como centros de Madrid Salud pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid. De igual modo, en la ciudad de Barcelona fueron referenciales los centros de atención primaria, las unidades especialistas en enfermedades de transmisión sexual y el Servicio de Atención a Personas Trans (Trànsit) entre otros.

## F

---

**Feminismos postcoloniales.** Refiere a los feminismos que se desarrollaron como reacción a los movimientos feministas occidentales que se centraban exclusivamente en la realidad y las necesidades de las mujeres blancas, occidentales y de clase media/alta. Desde los feminismos postcoloniales se pone el acento en las interacciones (clase, género, sexualidad) y en los procesos de «racialización» dentro de la construcción de las identidades y su relación con las estructuras de poder. Así estudian las maneras en que el colonialismo y todo lo que conlleva de racismo, la xenofobia, la subordinación, las políticas económicas, las prácticas culturales etc. impactan en la vida de las mujeres racializadas, empobrecidas, indígenas, migrantes, de diferentes creencias religiosas etc.

**Folklore.** Refiere al comportamiento social de un grupo cultural específico y abarca el conjunto de creencias, prácticas y costumbres que son tradicionales de un pueblo o cultura. Muchas veces es referido y situado de manera peyorativa como ese «saber popular» de un pueblo o cultura concebida como primitiva, que se contrapone a ese «saber científico» moderno y “evolucionado” característico de las sociedades occidentales.

## G

---

**Género.** Refiere a la construcción cultural de la diferencia sexual, es decir, al conjunto de roles, conductas, funciones y expectativas que son socialmente atribuidas a lo masculino y a lo femenino en base al criterio biológico. La construcción del género depende de los marcos culturales de referencia.

**Género fluido.** Nos referimos a aquellas personas que no se identifican con una sola identidad de género, y transitan entre varias. Así pueden incluir manifestaciones socialmente consideradas "masculinas" y "femeninas", u otras no-normativas a la vez.

## H

**Heterosexual.** Persona que siente atracción sexual, emocional y/o romántica por personas de otros géneros diferentes al suyo.

**Hombre Gay.** Se utiliza para describir a un hombre que es atraído física, romántica y/o emocionalmente de por otros hombres.

**Homofobia.** Referido al rechazo, discriminación, invisibilización, burlas y otras formas de violencia basadas en prejuicios, estereotipos y estigmas hacia la homosexualidad o hacia las personas con orientación o preferencia homosexual, o que son percibidas como tales (SEGOB, 2016: 22).

**Homosexual.** Una persona que siente atracción sexual, emocional y/o romántica por personas de su mismo género.

**Hormonación.** Refiere a la terapia de sustitución hormonal (también llamada terapia de reemplazo hormonal, TRH, TSH, terapia hormonal sintética, THS) la cual es utilizada por las personas trans para cambiar los caracteres sexuales de sus cuerpos.

**HSH.** Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Describe un comportamiento en lugar de un grupo específico de personas. Incluye hombres homosexuales, bisexuales o heterosexuales auto identificados, muchos de los cuales pueden no considerarse homosexuales o bisexuales (ONUSIDA, 2008).

## I

**Identidad de género.** Referido a la forma individual e interna de vivir el género, la cual podría o no corresponder con el sexo asignado. Es independiente de la orientación sexual e incluye todas las formas en las que una persona se autodenomina y presenta frente a las demás. Se relaciona con nuestra experiencia corporal; cómo vivimos y sentimos nuestro cuerpo y cómo lo proyectamos frente a los demás.

**Instrucciones Previas.** Refiere a aquellos deseos y voluntades que una persona manifiesta anticipadamente sobre el cuidado y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo, en los casos en los que se produzcan determinadas situaciones clínicas que le impidan expresar su voluntad personalmente. Este documento se puede solicitar en los espacios de salud, aunque carece de perspectiva intercultural y no está traducido en varios idiomas.

**Intersexualidad.** El término refiere a la condición en la que una persona nace con una anatomía reproductiva o sexual y/o patrones de cromosomas que no parecen ajustarse con las típicas nociones biológicas de hombre o mujer. Estas condiciones pueden ser evidentes al nacer, pueden aparecer en la pubertad, o puede que sólo se descubran durante un examen médico (ACNUR, 2014:6).

**ITS.** Aquellas infecciones que se transmiten de una persona a otra a través de la vía sexual.

**Lesbia.** Mujer cuya atracción afectiva y/o sexual se orienta hacia otras mujeres.

**Lesbofobia.** Rechazo, discriminación, invisibilización, burlas y otras formas de violencia basadas en prejuicios, estereotipos y estigmas hacia las mujeres lesbianas o que son percibidas como tales, hacia sus identidades sexuales o hacia las prácticas sociales identificadas como lésbicas (SEGOB, 2016: 22).

**LGTBA+.** Refiere a las siglas de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans y Asexuales. El + incide además sobre una forma de expresar la pluralidad y refiriendo a todos los colectivos que no estuvieran representados en las siglas anteriores.

**LGTBA+fobia.** Rechazo, odio, intolerancia hacia las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, asexuales o todas aquellas personas cuyas identidades/orientaciones sexuales no coinciden con el binarismo sexual o el modelo cis heteronormativo.

## M

**Matriz sexo-género-deseo.** Refiere a la matriz heterosexual, entendida como esa rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan sexos, géneros y deseos (Butler, 2007: 292) y se establece una relación de correspondencia entre ambos.

## O

**Orientación sexual.** Capacidad de cada persona de sentir una atracción erótica y afectiva por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género (APA, 2016; SEGOB, 2016: 27).

## P

**Personas en situación de vulnerabilidad.** Referido a aquellas personas y grupos sociales que, debido a unas circunstancias particulares (coyunturales o estructurales), presentan una mayor probabilidad de que sus derechos sean violentados. Entre otras, las siguientes circunstancias aumentan la vulnerabilidad de las personas: origen, edad, género y situación migratoria. A estas, se deben añadir las dinámicas de prejuicio y discriminación derivadas de la identidad de género y/o preferencia sexual (LIS, 2015: 135).

**Persona seropositiva.** Persona que presenta en la sangre anticuerpos específicos contra un determinado agente infeccioso tras un análisis serológico, normalmente se refiere a las personas que tienen un diagnóstico positivo de VIH.

**Perspectiva de género.** Contemplada en el transcurso de la investigación como una herramienta transversal en su doble vertiente; como metodología y como categoría de análisis (Scott, 1990). (Argumentada extensamente en el apartado 2: Una mirada desde la interseccionalidad).

**Presunción de la heterosexualidad.** Referida a la idea y expectativa social arraigada que asume que todas las personas son heterosexuales, hasta que no se demuestre lo contrario.

**Procesos de «racialización».** La jerarquía racial producto de las relaciones de poder que se crean entre personas o grupos de personas, por sus características físicas, color de piel, origen étnico, etc.

**Procesos de salud-enfermedad.** Nos referimos al análisis que, realizado desde la Antropología de la Salud, pretende arrojar luz sobre cómo los procesos de enfermar/ curar, acceder a los tratamientos y a los servicios de salud de una cultura siempre están mediados por determi-

nantes sociales y culturales específicos. Además, dependerán del entendimiento previo de los conceptos de salud/enfermedad en esa cultura específica.

**Profilaxis posexposición (PPE).** “Tratamiento a corto plazo iniciado lo más pronto posible después de una exposición de alto riesgo a un agente infeccioso, como el VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) o el virus de la hepatitis C (VHC). La finalidad de la profilaxis posexposición es reducir el riesgo de infección” (InfoSIDA, 2018). En este estudio referimos al PPE relacionado con el VIH.

**Profilaxis preexposición (PrEP).** “Método para prevenir la infección por el VIH en las personas que no tienen la infección, pero corren un alto riesgo de infectarse. Implica tomar diariamente una combinación específica de medicamentos contra el VIH” (InfoSIDA, 2018).

**Prueba rápida VIH.** Tipo de prueba de anticuerpos contra el VIH empleada para detectar la infección causada por ese virus. Una prueba rápida permite detectar anticuerpos contra el VIH en la sangre o las secreciones bucales en menos de 30 minutos. También está disponible la prueba de antígeno/ anticuerpo. Los resultados positivos deben confirmarse con una segunda prueba para poder darle a una persona un diagnóstico definitivo de infección por el VIH (InfoSIDA, 2018, p. 148).

## **Q** —

**Queer.** Las personas queer, no se identifican con el binarismo de género y rechazan el género socialmente asignado a su sexo de nacimiento. Así viven y experimentan el género de una manera disidente o no-normativa.

## **R** —

**Racismo institucional.** Referido al conjunto de políticas públicas, prácticas y protocolos dentro de las instituciones de un estado, que impiden o dificultan que un grupo de personas, etnias, origen, tengan acceso a sus derechos o alcanzan un estado de igualdad verdadera en diferentes ámbitos.

**Ramadán.** Es el noveno mes del calendario lunar islámico. Durante este mes se practica el ayuno desde el alba y hasta la puesta de sol. Durante las horas de ayuno no se pueden ingerir alimentos, bebidas. Tampoco se puede fumar ni practicar sexo.

**Roles de género.** Son los comportamientos, normas sociales, papeles y funciones asignadas a las personas y socialmente consideradas como apropiadas para los hombres y las mujeres de una sociedad.

## **S** —

**Serofobia.** El conjunto de sentimientos, actitudes y comportamientos negativos hacia las personas VIH-positivas.

**Sexo.** Refiere a los cuerpos sexuados de las personas; esto es, a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas como machos o hembras de la especie humana al nacer, a quienes se nombra como hombres o mujeres, respectivamente (SEGOB, 2016: 31).

**Sexualidad.** La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotis-

mo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS,2018: 3).

**SIDA.** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermedad del sistema inmunitario causada por la infección por el VIH. Este virus destruye los linfocitos (las células) T CD4 del sistema inmunitario y deja el cuerpo vulnerable a varias infecciones y clases de cáncer potencialmente mortales. El SIDA es la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Para que se le emita un diagnóstico de SIDA, una persona con el VIH debe tener una afección característica del SIDA o un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm<sup>3</sup> (independientemente de que tenga una afección característica del SIDA). (InfoSIDA, 2018:171).

**Sistema Biomédico.** El sistema que se basa en estudiar y tratar los síntomas y las enfermedades, considerándolas independientes de la persona paciente. "Este modelo se basa en la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico" (Comunidad y Salud vol.13 no.2 Maracay dic. 2015).

**Sistema etnomédico.** Este sistema se fundamenta en el tratamiento de las enfermedades y síntomas, conceptualizando a la persona de forma más integrada en los términos en los que se parte de un enfoque de la persona paciente no fragmentada entre mente y cuerpo. Las enfermedades, los síntomas y su tratamiento se articulan mediante la influencia que tiene la sociedad, la naturaleza y el aspecto espiritual en la persona paciente. El conocimiento de las plantas, de la corporalidad y de la espiritual son algunos de los fundamentos de sistema médico.

**Sistema sexo-género.** Referimos al conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen los roles construidos de «lo femenino» y «lo masculino», así como las características, los atributos y roles históricamente designados a ambos, los cuales interfieren en los procesos de la salud-enfermedad, en el mundo de los cuidados y en la misma concepción de bienestar.

**Storytelling group.** Herramienta de comunicación empleada en diferentes ámbitos y disciplinas. Su utilización en la presente investigación, nos permitió acceder a determinados relatos de vida construidos de manera colectiva. Contempló la ventaja de narrar oralmente las vivencias cruciales y trascendentales para las personas en el ámbito de la salud. De forma paralela, esta técnica nos facilitó acceder a otros elementos externos a nivel estructural (factores sociales, culturales, económicos, políticos etc.,) que interfieren en las necesidades de salud de las personas y condicionan los procesos de atención en el ámbito sanitario.

## T

---

**Trans\*.** Término paraguas utilizado para designar a aquellas identidades que desafían los límites de género (Feinberg, 2006: 205-206). Personas cuya identidad y/o expresión de género no corresponde a las expectativas culturales basadas en el sexo, lo que incluiría a personas transexuales, transexuales pre-operados, post-operados, trans, transgéneros, personas no binarias, queers, personas con expresión de género fluido, etc.

**Transexual.** Categoría occidental resultado de la disciplina médica. Refiere a aquellas personas que sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna en función de su sexo de nacimiento, y que pueden

optar por una intervención médica -hormonal, quirúrgica o ambas- para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social" (SEGOB, 2016: 33).

**Transgénero.** Un término global que define a personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer (APA, 2002). Frecuentemente suele emplearse para referir a aquellas personas trans que no se someten a intervenciones médicas, hormonales o quirúrgicas para cambiar su autonomía o aspecto físico.

## V —

**VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es un retrovirus que tiene dos tipos: VIH-1 y VIH-2. Ambos tipos se transmiten por contacto directo con los líquidos corporales, tales como la sangre, el semen o los fluidos vaginales, infectados por el VIH o de una madre VIH-positiva al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (por medio de la leche materna) (infoSIDA, 2018, p. 196).

**Violencia simbólica.** Referido a las formas de violencia que no implican una fuerza física y no son directas, sino están ejercitadas a través de la dominación de un grupo sobre otro a través de las relaciones de poder.

**VPH.** El virus del papiloma humano pertenece a un grupo de virus que infectan la piel y las mucosas. La mayoría pueden producir lesiones benignas, como verrugas cutáneas y verrugas genitales y, con menor frecuencia lesiones malignas, como algunos tipos de cáncer (cáncer de cuello uterino o cérvix, de pene, de vulva o de ano).

# Referencias

**ACCEM** (2018), *La situación de las personas solicitantes de protección internacional y refugiadas LGTBI*. Madrid: Accem. Disponible en: <https://www.accem.es/archivos/libro/files/downloads/Estudio-LGTBi.pdf> [Consultado el 7 de marzo de 2019].

**ACNUR. ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS** (2012), *Directrices sobre protección internacional* (nº 9). Disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=518113d54> [Consultado el 7 de marzo de 2019].

**ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS** (2014), *La protección de las personas LGTBI. Solicitud de la condición de refugiado relacionadas con la orientación sexual y/o la identidad de género*. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9872.pdf> [Consultado el 20 de octubre de 2019].

**ADARTE** (2011), *Mujeres Migrantes Lesbianas*. Cuaderno de Divulgación 8.

**AGUIRRE A.** (coord.) (1995), *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Alfaomega Marcombo.

**ALVAREZ-DEL ARCO, D., MONGE, S., AZCOAGA, A., RIO, V. HERNANDO, I., GONZALEZ, C. et al.** (2013). "HIV testing and counseling for migrant populations living in high-income countries: A systematic review". *European Journal of Public Health*, 23 (6), 1039-1045.

**APA. AMERICAN PSICOLOGY ASOCIATION** (2015), "Key Terms and Concepts in Understanding Gender Diversity and Sexual Orientation Among Students." [en línea] American Psychological Association, Divisions 16 and 44. Disponible en: <https://www.apa.org/pi/lgbt/programs/safe-supportive/lgbt/key-terms.pdf> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**ÁREA DE VIGILANCIA DE VIH Y CONDUCTAS DE RIESGO** (2011), *Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. [en línea] Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida\\_Junio\\_2011.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio_2011.pdf) [Consultado el 11 de septiembre de 2019].

**ÁREA DE VIGILANCIA DE VIH Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO** (2018), *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. [en línea] Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH\\_SIDA\\_2018\\_21112018.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf) [Consultado el 11 de septiembre de 2019].

**AYUNTAMIENTO DE BARCELONA** (2016), *Plan municipal para la diversidad sexual y de género. Medidas para la igualdad LGTBI 2016-2020*. Disponible en: [https://ajuntament.barcelona.cat/feminismeslgtbi/sites/default/files/documentacio/p\\_4.2\\_pla\\_lgtbi\\_cast.pdf](https://ajuntament.barcelona.cat/feminismeslgtbi/sites/default/files/documentacio/p_4.2_pla_lgtbi_cast.pdf) [Consultado el 20 de mayo de 2019].

**BAETA, M.** (2015), "Culturay modelobiomédico: reflexiones en el proceso de salud en enfermedad". *Comunidad y Salud*, 13(2), 50-62. [en línea]. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932015000200011&script=sci\\_arttext](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932015000200011&script=sci_arttext) [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**BARALDI, C** (2009), "Forms of mediation: the case of interpreter-mediated interactions in medicalsystems", *Language and Communication*, 9 (2), 120-137.

**BARKER, M. C. R. BARKER, M., RICHARDS, C., JONES, R., BOWES-CATTON, H., PLOWMAN, T., YOCKNEY, J., & MORGAN, M.** (2012), *El informe sobre bisexualidad*. España: Cátedra.

**DE BEAUVIOR S.** (1998), *El segundo sexo*. Prólogo de Teresa López Pardina, Traducción de Alicia Martorell, Madrid: Cátedra.

**BERMUDEZ, K. et al.** (2002), *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid: Editoria Popular.

**BOLIN, A.** (2003), "Transversalidad de género. Contexto cultural y prácticas de género". *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Nieto J.A. (Ed.). Madrid: Talasa, 231-259.

**BRAH A.** (2011), *Cartografías de la diáspora. Identidades en cuestión*. Madrid: Traficantes de Sueños.

**BROWN GW, PRUDO R.** (1981), "Psychiatric disorder in a rural and an urban population. I: Aetiology of depression". *Psychological Medicine*. 11:581-99. 12.

**BROTTO, L. A., & YULE, M.** (2016), "Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction, or none of the above?" *Archives of Sexual Behavior*. 46:619–627.

**BRUNER, J.** (1990), *Acts of Meaning*. London: Harvard University Press. (Trad. Cast.: Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza, 1991).

**BUTLER, J.** (2007), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

**CALLEJO, J.** (2001), *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel Practicum.

**CARBY, H.** (1982), "White Woman Listen! Black Feminism and the Boundaries of Sisterhood". *The Empire Strikes Back: Race and Racism in 70s Britain*. Centre for Contemporary Cultural Studies (Ed.). London: Hutchinson/ CCCS, 212-235.

**CESIDA y gTt-VIH** (2015), *VIH, discriminación y derechos. Guía para personas que viven con el VIH*. [en línea]. Barcelona: CESIDA y gTt-VIH. Disponible en: [http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/VIH\\_discriminacion\\_derechos](http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/VIH_discriminacion_derechos) [Consultado el 20 de mayo de 2019].

**COMISIÓN INTERNACIONAL DE JURISTAS Y EL SERVICIO INTERNACIONAL PARA LOS DERECHOS HUMANOS** (2007), *Principios de Yogyakarta*. Disponible en: <https://yogyakartaprinciples.org/introduction-sp/> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**CRENSHAW, K.** (1989), "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics". *University of Chicago Legal Forum* [en línea] (1989.1). Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> [Consultado el 20 de agosto de 2019].

**DAVIS-FLOYD R.** (2001), *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. *Int J Gynaecol Obstet*. 75: S5-23.

**DECKER, J.S.** (2015), *The Invisible Orientation: An Introduction to Asexuality*. New York: Skyhorse Publishing.

**DUARTE Y SÁNCHEZ** (2016), "Complicación tardía tras infiltración de biopolímeros en glúteos" *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana* (42-4) 385-389 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpl/v42n4/reconstructiva4.pdf> [Consultado el 20 de agosto de 2019].

**EKINS, R. & KING, D.** (1999), "Towards a sociology of transgendered bodies" *The Sociological Review* (4-3) 580-602.

**ESTEBAN, M. L.** (ed.) (2007), "Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud" *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz Esteban (ed.) Bilbao: Osalde, 69-89.

**ESTEBAN-GUITART, M.** (2008), "Hacia una psicología cultural. Origen, desarrollo y perspectivas" *Fundamentos en Humanidades*, IX (18). 7-23 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=184/18411970001> [Consultado el 11 de noviembre de 2019].

**EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY-EIGE** (2019), *Online Glossary & Thesaurus*. Disponible en: <https://eige.europa.eu/thesaurus/overview> [Consultado el 20 de mayo de 2019].

**FEINBERG, L.** (2006), "Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come". *The Transgender Studies Reader*. Stryker S., and Whittle S. (Eds.). New York: London. 205-220.

**FELGTB. FEDERACIÓN ESTATAL DE LESBIANAS, GAIS, TRANS Y BISEXUALES** (2016), 2016 Año de la Visibilidad Bisexual en la Diversidad [en línea] Madrid: FELGTB. Disponible en: <http://www.felgb.org/temas/bisexuabilidad/documentacion/i/11557/257/dossier-sobre-el-2016bisexual> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**FELGTB. FEDERACIÓN ESTATAL DE LESBIANAS, GAIS, TRANS Y BISEXUALES** (2014), *Glosario de términos relacionados con la bisexualidad*. [en línea] Madrid: FELGTB. Disponible en: <http://www.felgb.org/temas/bisexuabilidad/documentacion/i/5155/257/anexo-ii-glosario> [Consultado el 20 de agosto de 2019].

**FOUCAULT, M.** (1998), *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad del saber*. 1977. México: Siglo XXI Editores.

**GIL-BORRELLI, Ch., C. et al.** "Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España". *Gac Sanit* [online]. 2017, (31, n.3) 175-177. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112017000300175](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000300175) [Consultado el 20 de agosto de 2019].

**GINOZA, M., MILLER, T. et al** (2014), "The 2014 AVEN Community Census: Preliminary Findings". *The Ace Community Survey Team* (1.11.2014) 1-19. Disponible en: <https://asexualcensus.files.wordpress.com/2014/11/2014censuspreliminaryreport.pdf> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**GOFFMAN, E.** (1968), *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrurtu.

**GOODMAN, L. A.** (1961), "Snowball Sampling". *Annals of Mathematical Statistics*, 32: 148-170.

**GRUPO DE ESTUDIO DE SIDA DE LA SEIMC (GeSIDA)** (2016), *Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España* [en línea]. Madrid: GeSIDA. Disponible en: [https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis\\_pre-exposicionVIH.pdf](https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis_pre-exposicionVIH.pdf) [Consultado el 20 de mayo de 2019].

**GUBA, E. Y LINCOLN, Y.** (1990), *Fourth generation evaluation*. London: Sage.

**HAMILTON, M.; WEISS, M.** (2005), *Children tell stories. Teaching and using storytelling in the classroom*. Katonah, Nueva York: Richard C. Owen.

**HARAWAY, D.** (1995), *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvenión de la naturaleza*. 1991. Prólogo a la edición española de Jorge Arditi, Fernando García Selgas y Jackie Orr. Madrid: Ediciones Cátedra.

**HEREK, G.M., COGAN, J.C., GILLIS, J.R., & GLUNT, E.K.** (1997), "Correlates of Internalized Homophobia in a community sample of lesbians and gay men". *Journal of the gay and lesbian medical association*, 2, 17-25. Recuperado de: [http://www.lgbpsychology.net/html/JGLMA\\_1998\\_pre.pdf](http://www.lgbpsychology.net/html/JGLMA_1998_pre.pdf)

**IMAGINA MÁS Y APOYO POSITIVO** (2016), *Aproximación al chemsex en España*. [en línea] Madrid. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%A1a-2016.pdf>. [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**INFOSIDA** (2018), *Glosario de infoSIDA. Terminos relacionados con el VIH/SIDA* (9<sup>a</sup> edition) [en línea] Rockville: infoSIDA. Disponible en: [https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/spanishglossary\\_sp.pdf](https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/spanishglossary_sp.pdf) [Consultado el 20 de mayo de 2019].

**INTERNATIONAL LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TANS AND INTERSEX ASSOCIATION-ILGA** (2007), *Homofobia de Estado*. Disponible en: [https://ilga.org/downloads/ILGA\\_Homofobia\\_de\\_Estado\\_2007.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_Homofobia_de_Estado_2007.pdf) [Consultado el 9 de septiembre de 2019].

**INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE and UNAIDS** (2016), *Module 1 Core knowledge - Training manual for MSM peer educators* [en línea] Cairo: UNAIDS Regional Support Team for the Middle East & North Africa. Disponible en: [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Alliance\\_MENA MSM\\_module1](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Alliance_MENA MSM_module1) [Consultado el 20 de mayo de 2019].

**KAUFERT, P.** (1990), "The 'boxification' of culture: the role of the socialscientist", *Santé, Culture, Health: Culture and Health Services: A Challenge to Canadian Society*, (7) 139-148. Massachusetts.

**LANGDON, E. J., BRAUNE WIJK, F.** (2010), *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud*.

**LIS. LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. JUSTICIA EN MOVIMIENTO** (2015), *Manual de Buenas Prácticas en la atención a grupos en situación de vulnerabilidad en tránsito migratorio por México. Mujeres, niñas, niños y población LGTBTI*. Ciudad de México: LIS.

**LOGIE, C.H., JAMES, L., THARAO, W., LOUTFY, M.R.** (2011), "HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada". *PLoS Medicine* 8 (11): e1001124. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001124&type=printable> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**MARCUS, G.** (1995) "Ethnography in/of the World System: The Emergence of MultiSited Ethnography". *Annual Review of Anthropology* (24), 95-117.

**MARTIN-PÉREZ, A., REBOLLO, J., CASTAÑO, C., RODRÍGUEZ, A.** (2017), *Estado de salud y experiencias de discriminación de las personas bisexuales en el ámbito de la salud*. [en línea]. Madrid: FELGTB. Disponible en: <http://www.felgtb.org/temas/bisexuabilidad/documentacion/i/13690/257/estado-de-salud-y-experiencias-de-discriminacion-de-las-personas-bisexuales-en-el-ambito-de-la-salud> [Consultado el 7 de marzo 2019].

**GONZÁLEZ, E. MARRERO, N., REBOLLO, J.** (2015), *LGBT people and discrimination in the area of health in Spain*. FELGTB. Disponible en: [https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/Attachments/spain\\_0.pdf](https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/Attachments/spain_0.pdf) [Consultado el 7 de marzo de 2019].

**MARTÍNEZ R.** (2009), "El chamanismo y la corporalización del chamán: argumentos para la deconstrucción de una falsa categoría antropológica". *Cuicuilco*, 16 (46), 197-220. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000200010&lng=es&tlang=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000200010&lng=es&tlang=es) [Consultado el 20 de marzo 2019].

**MEAD, M.** (1973), *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. 1935. Barcelona: Laia.

**MARC. MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER** (2017), *Diagnóstico Participativo de las problemáticas que presentan las personas LGTBQI en salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la Identidad de la Población*

*TLGBQI del municipio de Madrid.* Madrid Salud: Tarragona. Disponible en: <http://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2018/04/TLGBQI.pdf> [Consultado el 13 de mayo de 2019]

**MEÑACA A.** (2007), "Sistema Sanitario e Inmigración. El papel de la cultura" *Introducción a la antropología. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz Esteban (ed.) 103-117.

(2003), ¿Dónde están las diferencias? Inmigrantes en una consulta de pediatría. *Medical Anthropology at Home III. Medical anthropology, welfare state and political engagement. Ponencias del Congreso*. Perugia, Fondazione Angelo Celli; 2003.

**MILLER. BD** (1994), "A case of missing persons. Cultural relativism in today's Word". *Anthropological Notes*, 16 (3), 1-8.

**MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD** (2018), *Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual Prórroga 2017-2020*. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017\\_2020\\_15Jun18.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf) [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**MOHANTY, Ch.** (1991), "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses". *Third World Women and the Politics of Feminism*. MOHANTY, Ch., RUSSO, A., TORRES, L. (Eds). Bloomington: Indiana University Press, 51-80.

**MONGE, S., & PÉREZ MOLINA, J.** (2016), "Infección por el VIH e inmigración". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Vol. 34 (7), 431-438. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infeccion-por-el-vih-e-S0213005X1630012X> [Consultado el 7 de marzo 2019].

**NANDA, S.** (1999), *Neither Man nor Woman: The Hijras of India*. 1989. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

**NAVARRO, V.** (1998), "Concepto actual de la salud pública". En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 49-54). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.

**OKASHA, A, OKASHA T ET** (2012), "Religión, espiritualidad y el concepto de enfermedad mental" 40 (Supl. 2): 73-79.

(2005), *History of Psychiatry in Egypt from Pharaonic to the Islamic Eras Read at XIII –World Congress of Psychiatry– Cairo, September 2005*.

**OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (2018), *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1> [Consultado el 7 de marzo 2019].

(2009), *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. [en línea] Buenos Aires: OMS. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/) [Consultado el 7 de marzo 2019].

(1948), Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf) [Consultado el 22 de octubre].

**OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD** (2011), *Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe* [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Español.pdf> [Consultado el 20 de mayo 2019].

**ONUSIDA** (2014), *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. [en línea] Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90-90-90> [Consultado el 20 de mayo de 2019].

(2008), Informe sobre la epidemia mundial de sida. [en línea] Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1510\\_2008globalreport\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globalreport_es.pdf) [Consultado 20 de mayo de 2019].

**PEREIRA, M.** (2018, 05, 06). "La asexualidad... ¿Un trastorno o una de las tantas orientaciones sexuales?" *Instituto Superior de Estudios Psicológicos*. Disponible en: <https://www.isep.es/actualidad/la-asesexualidad-un-trastorno-o-una-de-las-tantas-orientaciones-sexuales/> [Consultado el 22 de octubre de 2019].

**PIKE, K. Y PIKE, E.** (1991), *El análisis gramatical*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

**PLATERO R. L.** (2012), *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, Edicions Bellaterra.

**PUAR, J., K.** (2007), *Terrorist Assemblages: Homonationalism in Queer Times*. Durham: Duke University Press.

**PUGLISI, J.A. Y GARCÍA, D.** (2015, 07, 05), "Orgullo(sanitario)gay". *Revistamédica* nº 244. Recuperado de: <http://www.rmedica.es/edicion/244/orgullo-sanitario-gay> [Consultado el 7 de marzo 2019].

**RESTREPO, E.** (2015), "El proceso de investigación etnográfica: Consideraciones éticas", *Etnografías Contemporáneas*, 1 (1), 162-179.

**RESTREPO-PINEDA J. E** (2016), "Análisis comparativo de las percepciones sobre el VIH/SIDA de varones homosexuales y bisexuales colombianos, con experiencia migratoria o sin la misma". *Revista De Salud Pública*, 18 (1).

**ROUAYHEB, K.** (2005), *Before homosexuality in the Arab-Islamic World, 1500-1800*. Chicago: University of Chicago Press.

**RUIZ CANTERO, M. T.** (2009), *Sesgos de género en la atención sanitaria*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

**RUIZ CANTERO, M. T. Y VERDÚ-DEL GADO, M.** (2004), "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 1): 118-125.

**SAN ROMÁN, T.** (2009), "Sobre la investigación etnográfica" *Revista de Antropología Social*, (18) 235-260 Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

**SCHERRER, K. S.** (2008), "Coming to an asexual identity: Negotiating identity, negotiating desire". *Sexualities*, 11 (5), 621-641.

**SCOTT, J.** (1992), "Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría postestructuralista". *Debate Feminista* (3.5), 87-107.

**SEGOB. SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN (MÉXICO)** (2016), *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. [en línea] México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Disponible en [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_TDSyG\\_WEB.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf) [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**SHIDLO, A., AHOLA, J.** (2013), "Mental health challenges of LGBT forced migrants". *Forced Migration Review*. (42), 9-11.

**SHWEDER, R.** (1990), "Cultural psychology - what is it?". En J. Stigler, R. Shweder, y G. Herat (Eds.), *Cultural Psychology: Essays on comparative human development*, pp. 1-43. Cambridge: Cambridge University Press.

**SOLEY-BELTRÁN, P.** (2014), "Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética". *Revista de Bioética y Derecho* (30), 21-39.

**SALLAR, A.** (2011), "Homosexuality and HIV in Africa: An Essay on Using Entertainment Education as a Vehicle for Stigma Reduction". *Sexuality and Culture* (15) 279-309.

**SCOTT, J.** (1990), "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en James Amelang y Mary Nasch (Comp.), *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Alfons el Magnànim, Valencia.

**SUESS SHWEND, A.** (2018), "Derechos de las personas trans e intersex: Revisión del marco legislativo en el contexto español desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos" *Extraordinario XXVII Congreso 2018* (28) 97-115.

**STOLLER, R.** (1968), *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. London: Hogarth Press.

**STOP SIDA** (2019), *chemsex.info* [en línea] Disponible en: <https://chemsex.info/> [Consultada el 6 de junio de 2019].

**CEEISCAT** (2017), *Consumo de drogas y su relación con el sexo: escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex*. [en línea] Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya, 2017. Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

**URIBE J. M.** (2007), *Antropología Social y Atención Primaria de Salud: Un encuentro ineludible*. En *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao: Osalde.

**VELASCO Y DÍAZ DE RADA** (2006), *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid, Trotta.

**VERREPT, H.** (2004), "Mediación intercultural en la atención sanitaria Belga". *Quadern CAPS*. (32) 31-39.

**LOUCKX, F.** (1997), "Mediadores en salud en el sistema sanitario belga", en Solas, O. Ugalde, A. (ed.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 209-230.

**VASALLO, B.** (2017), "Por las grietas homófobas del homonacionalismo". *Pikara Magazine*. Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2017/04/homonacionalismo/> [Consultado el 7 de marzo de 2019].

**WARNER, M.** (1993), *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION** (2012), *Guidance on Pre-Exposure Oral Prophylaxis (PrEP) For Serodiscordant Couples, Men and Transgender Women Who Have Sex with Men at High Risk of HIV: Recommendations for use in the context of demonstration projects*. [en línea] Ginebra: WHO. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75188/9789241503884\\_eng.pdf;jsessionid=F7F98792DA8F814A13A16BB6542C78AE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75188/9789241503884_eng.pdf;jsessionid=F7F98792DA8F814A13A16BB6542C78AE?sequence=1) [Consultado el 22 de octubre de 2019].

**YUVAL-DAVIS N** (2006), "Intersectionality and Feminist Politics". *European Journal of Women's Studies* (13.3), 193-209.

## Recursos online:

**AVEN: THE ASEXUAL VISIBILITY &EDUCATION NETWORK**, Página web [en línea] <https://www.asexuality.org/> [Consultada el 10 de septiembre de 2019].

**COGAM. COLECTIVO DE GAYS, LESBIANAS, TRANSEXUALES, BISEXUALES E INTERSEXUALES DE MADRID** (2016), *Violencia doméstica (intragénero)*. Disponible en: <https://www.cogam.es/tag/violencia-intragenero/> [Consultada el 1 de septiembre de 2019].

### FEDERACIÓN ESTATAL DE LESBIANAS, GAIS, TRANS Y BISEXUALES (FELGTB)

Realidades Trans [en línea] Ver más: <http://www.felgbt.org/trans> [Consultado el 7 de mayo de 2019].

Mayores y diversidad [en línea] Ver más: <http://www.felgbt.org/temas/mayores/noticias/i/15742/375/dia-de-las-personas-mayores-mas-de-la-mitad-de-la-poblacion-lgtbi-mayor-de-65-anos-vive-sola> [Consultado el 20 de octubre de 2019].

**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS**, Página web [en línea] <https://www.isep.es/actualidad/la-asexualidad-un-trastorno-o-una-de-las-tantas-orientaciones-sexuales/>

### OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

(2019a) Los agentes sanitarios de la comunidad son los primeros en responder a las emergencias [en línea] Disponible en: [www.who.int/features/2010/community\\_health\\_workers/es/](http://www.who.int/features/2010/community_health_workers/es/) [Consultado el 10 de septiembre de 2019]

(2019b) Determinantes sociales de la salud [en línea] Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/) [Consultado el 15 de abril de 2019].

### ONUSIDA

Grupos de población clave [en línea] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations> [Consultado el 13 de mayo de 2019].

Indetectable=Intransmisible [en línea] Ver más: [www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable) [Consultado el 10 de septiembre de 2019].

**SALUD ENTRE CULTURAS**, Página web [en línea] [www.saludentreculturas.es/](http://www.saludentreculturas.es/) [Consultado el 7 de marzo de 2019].

**TRANSFORMA LA SALUT**, Página web [en línea] <https://transformalasalut.wordpress.com/> [Consultada el 7 de marzo de 2019].

## Noticias online:

**ADISINFO** (2012), "FDA approves first drug for reducing the risk of sexually acquired HIV infection" Página web ADISINFO, 16 de julio de 2012. Disponible: <https://aidsinfo.nih.gov/news/1254/fda-approves-first-drug-for-reducing-the-risk-of-sexually-acquired-hiv-infection> [Consultado 9 de septiembre de 2012]

**CESIDA** (2019), "Julia del Amo anuncia la aprobación de la PrEP en la apertura del XI Congreso de CESIDA" Página web CESIDA, 10 octubre 2019. Disponible en: <https://www.cesida.org/julia-del-amo-anuncia-la-aprobacion-de-la-prep-en-la-apertura-del-xi-congreso-de-cesida/> [Consultado el 28 de octubre de 2019]

**GALAUP L.** (2016), "Demasiado mayor para ser transexual" Eldiario.es [en línea] 1 de enero de 2016. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/transexual-discriminacion-Departamento\\_catalan\\_de\\_Salud-defensor\\_del\\_pueblo-transfobia\\_0\\_465454186.html](https://www.eldiario.es/sociedad/transexual-discriminacion-Departamento_catalan_de_Salud-defensor_del_pueblo-transfobia_0_465454186.html) [Consultado el 7 de mayo de 2019]

**SANCHEZ AROCA, I.** (2015), "Necesitamos Protocolos ginecológicos para personas trans" Diagonal [en línea] 23 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/28118-necesitamos-protocolos-ginecologicos-para-personas-trans.html> [Consultado el 20 de octubre de 2019]

**ZAS MARCOS, M.** (2019), "Putochinomaricón: 'Hay mucho racismo hacia los cuerpos asiáticos en la comunidad gay'" *Eldiario.es* [en línea] 1 de julio de 2019. Disponible en: [https://www.eldiario.es/cultura/libros/Putochinomaricon-racismo-gay-cuerpos-asiaticos\\_0\\_914809147.html](https://www.eldiario.es/cultura/libros/Putochinomaricon-racismo-gay-cuerpos-asiaticos_0_914809147.html) [Consultado 20 de agosto de 2019]

**VASALLO, B** (2017), "Por las grietas homófobas del homonacionalismo" *Pikara Magazine* [en línea] 25 de abril de 2017. Disponible en: [www.pikaramagazine.com/2017/04/homonacionalismo/](http://www.pikaramagazine.com/2017/04/homonacionalismo/) [Consultado el 7 de mayo de 2019]

## Legislación específica:

España, Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social. Boletín Oficial del Estado, 6 de agosto 1970, núm.187. pp.12551 a 12557. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-854>

España, Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Boletín Oficial del Estado, 16 de marzo de 2007, núm. 65. Recuperado de: [boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5585-consolidado.pdf](http://boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5585-consolidado.pdf)

España, Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, núm.240, de 5 de octubre de 2011, pp. 104593 a 104626. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>

España, Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933. Gaceta de Madrid, núm. 217, 874-877, Presidencia del Consejo de Ministros. Recuperado de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1933/217/A00874-00877.pdf>

España, Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia, de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya. núm. 6730, de 17 de octubre de 2014. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11990-consolidado.pdf>

España, Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 98, de 26 de abril de 2016. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-6728-consolidado.pdf>

España, Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 98, de 10 de agosto de 2016. Recuperado de: <https://boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-11096-consolidado.pdf>

España. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al sistema nacional de salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 183, de 30 de julio de 2018, pp.76258 a 76264. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752)

España, Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, núm. 98, de 24 de abril de 2012, pp. 31278 a 31312. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403)

España, Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 183, de 30 de julio de 2018, páginas 76258 a 76264. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752)

Naciones Unidas, Resolución 32/2 del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de Naciones Unidas, 32º periodo de sesiones, de promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, de 28 de junio de 2016 (A/HRC/32/L.2/rev.1) [en línea] Recuperado de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G16/135/03/PDF/G1613503.pdf?OpenElement>







# Accem

[www.accem.es](http://www.accem.es)

