

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

ESTUDIO REALIZADO POR:

LALA MUJICA
GAIZKA VILLAR

ALDARTE

ÍNDICE

1. Presentación	5
2. El análisis de los resultados encontrados	5
2.1. La desigualdad en el acceso	5
2.1.1. Introducción	5
2.1.2. La universalización de la salud y acceso a la APS	5
2.1.3. La pandemia por Covid-19 y las personas LGTBI+	5
2.1.4. Las problemáticas experimentadas o cuando los prejuicios y las violencias LGTBI+fóbicas se manifiestan en el ámbito sanitario	5
A. La heteronormatividad: la presunción universal de la heterosexualidad, el sexismo y el binarismo	5
B. La mirada patologizante	5
C. ¿Actitudes manifiestamente LGTBI+ fóbicas o manifiestamente racistas?	5
2.1.5. Las buenas prácticas	5
2.2. El acceso a los medicamentos y la medicalización	5
2.2.1. El acceso a los medicamentos	5
2.2.2. La medicalización de nuestras vidas	5
A. Todas somos víctimas y actores de la medicalización	5
B. Las personas trans y los procesos de transición medicalizados	5
C. Las lesbianas y la inseminación asistida como medio de acceso a la maternidad	5
D. Los gays y la PrEP	5
2.3. La atención psicosocial	5
2.3.1. Introducción	5
2.3.2. La invisibilidad de las personas LGTBI+	5
2.3.3. Las necesidades y las propuestas de las personas LGTBI+	5
2.3.4. La formación y la sensibilización sobre diversidad sexual y de género dirigida a personal de sanidad	5
2.3.5. Por una salud mental no heteronormativa	5
3. Conclusiones	5
4. Anexos: información personas participantes en el estudio y trabajo de campo	5
Bibliografía	5

01

PRESENTACIÓN

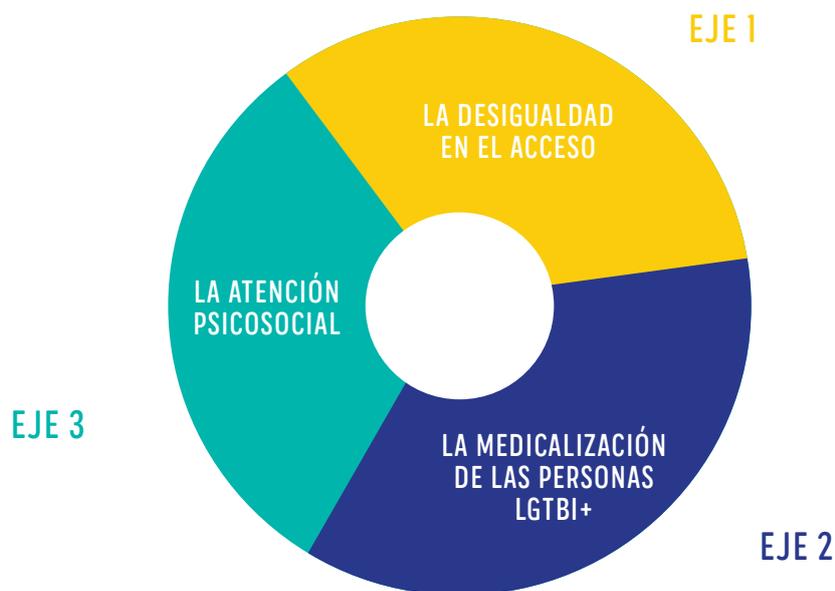
El presente documento recoge el estudio sobre el estado de la Atención Primaria en Salud (a partir de ahora APS) desde la Diversidad Sexual y de Género (a partir de ahora DSG) realizado en el contexto de Bizkaia entre octubre y diciembre del año 2020.

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

Como objetivos específicos se tienen:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

02

EL ANÁLISIS
DE LOS RESULTADOS
ENCONTRADOS

2.1. LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO

2.1.1. INTRODUCCIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ la gran mayoría no pueden pagarse una sanidad privada.

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

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

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

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

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

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

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

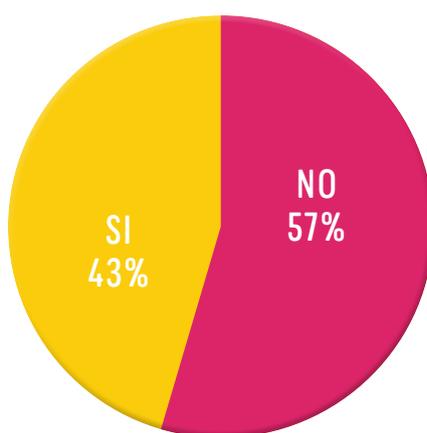


Grafico. 1

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

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

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

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

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

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

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

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

(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

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

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

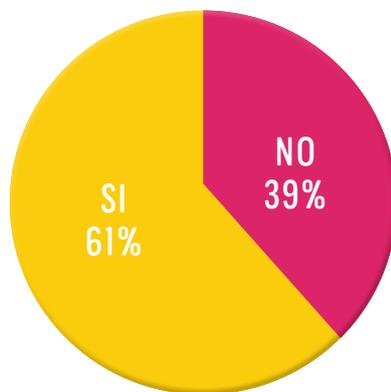


Gráfico. 2

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

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

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

🔊 Todo es telefónico y las citas son lejanas.

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

(CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A.1. Discriminación sexista:

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

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

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

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

A.2. El sesgo hetero-reproductivo:

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

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

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

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

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

A.3. La presunción de la heterosexualidad:

Valgan algunos ejemplos que ilustran esta presunción:

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

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

A.4. No llamar por el nombre elegido:

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

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

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

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

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

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

A.5. El Binarismo:

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

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

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

B. LA MIRADA PATOLOGIZANTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B.3. No respetar la autodeterminación de género

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B.4. La intersexualidad

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

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

B.5. Valoración de la conducta sexual

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

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

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

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

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

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

Esta situación la pasó un hombre trans árabe:

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

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

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

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

El racismo provoca valoraciones incorrectas y momentos violentos:

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

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

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

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

2.1.5. LAS BUENAS PRÁCTICAS

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

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

La experiencia anterior para profesionales de la sanidad es muy importante

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

de lesbianas que se han embarazado y hace años una madre me comentó que su hija no se sentía mujer sino hombre y fue como ¿qué hago? Me informé de que había la UIG de Cruces, me puse en contacto con ellos, les mandé el volante por Fax y le recibieron a la chavala y hoy en día está en tratamiento hormonal. (TAS-AGENTES DE SALUD)

- 🔊 No solo el VIH sino del resto de las ITS entonces procuramos no hacer ninguna distinción entre un tipo de personas y otras y ser muy asépticos. Cuando va una persona que tiene una enfermedad de transmisión sexual pues yo le empiezo a preguntar sobre lo que le pasa, las preguntas más banales y luego ya otras preguntas: ¿tú tienes relaciones con hombres con mujeres o con ambos? Y dependiendo de lo que te contesta en esto yo ya sé lo que tengo que ir a buscar y realmente no entro más ahí salvo con la gente que quiera contar, intentamos que no se sienta coartado, nos parece que lo mejor es que si quiere decir algo especial ya lo dirá pero no forzamos. (ENTREVISTA AS5)
- 🔊 Yo lo que suelo hacer siempre es que cuando pregunto si hay relaciones de pareja siempre pregunto “si tienes pareja” de esto ya hace tiempo que me di cuenta que a veces das por hecho que la pareja va a ser heterosexual y te confundes y yo después de haber metido la pata alguna vez pues ya lo tengo en la cabeza y pregunto si tiene pareja y cuando veo que no está claro y parece que por lo que cuenta de sus relaciones puede haber relaciones de pareja de las que no está hablando, yo lo exploro directamente, pregunto ¿tú has tenido algún problema alguna vez con tu identidad sexual? O ¿no lo tienes claro? O ¿has tenido alguna vez pareja de distinto género? (ENTREVISTA AS3)

La cercanía y la sensibilidad del personal sanitario no deja indiferente

- 🔊 Sin embargo te encuentras otras veces con situaciones diferentes, con un problema que tuve de hongos genitales fui a la médica y ¿Tienes pareja? Si una chica. Y me dijo pues dile que ella también se tiene que tratar que es contagioso y que venga que le hago receta. Con naturalidad y sin problemas.
- 🔊 ¡Claro! Depende de con quién te encuentres, yo voy a una ginecóloga en el Módulo de San Inazio que tiene una filosofía feminista y que estas cosas no pasan, no he tenido ningún problema. Hay sensibilidad previa (CONVERSACIÓN EN EL TL-MUJERES LGTBI+)
- 🔊 Ahora que en unos papeles pone mi nombre de DNI han llegado a confundirse pensando que era al revés que soy mujer trans y no chico trans, y se han hecho un lío y me dicen que lo sienten. Soy muy agénero al parecer. (ENTREVISTA P7)
- 🔊 A mí me paso en Donosti, que tuve que ir al hospital con mi chico que me acompañó a urgencias, y yo iba en silla de ruedas y el que me llevaba me preguntó ¿el señor este viene contigo? ¿Te fías de él? Y yo le dije que si, el hombre aquel era simpático y consideró que era mi pareja y eso me tranquilizó. (TG-HOMBRES LGTBI+)
- 🔊 En Bombero Etxaniz atienden muy bien. La Marimar es espectacular, todos los médicos ahí son espectaculares, tienen que serlo ya que es una atención especial. Hablan como tienen que hablar los médicos, pausados, tranquilos, transmitiendo confianza, apoyo, como tienen que ser allí. (ENTREVISTA P6)

2.2. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y LA MEDICALIZACIÓN

2.2.1. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS.

En el análisis se contesta a la pregunta de: ¿cuándo los han necesitado las personas LGTBI+ tienen acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?

Las personas que han participado en el cuestionario administrado no viven como problemático el acceso general a los medicamentos. No hay ninguna respuesta que se plantee en este sentido. Otra cuestión que ya se ha debatido anteriormente son las tardanzas en el acceso a la hormonación que plantean las personas trans y la denegación de pruebas ginecológicas a mujeres lesbianas.

En las entrevistas y talleres que se han hecho a personas y agentes de salud salen algunas cuestiones que complejizan el acceso a la medicación y que en parte tiene que ver con no tener prestación sanitaria y en consecuencia no tener derecho a la prestación de medicamentos:

- 🔊 El gran problema en estos momentos es que el acceso a la prestación sanitaria, y lo que es la prestación de medicamentos, pasa por el empadronamiento. (ENTREVISTA AS4)
- 🔊 Y luego el problema de la parte médica, cuando necesitas algo y no estás incluida en la SS, en concreto pueden ser medicamentos que necesitas y que no te los dan. (ENTREVISTA AS7)

La automedicación y sus problemas derivados de salud es una de las consecuencias, cuando no se accede a la prestación regularizada de medicamentos:

- 🔊 Cuando estuve empadronada conseguí la tarjeta y le expliqué a mi medica que necesitaba un endocrino porque llevaba muchos años por mi cuenta auto-medicándome y tomando las hormonas. (ENTREVISTA P6)

Como señala un agente de salud importan las formas en cómo se accede a la medicación, sobre todo si la misma es para tratar el VIH ya que éste origina un gran estigma en la sociedad:

- 🔊 Me parece que el simple hecho de que la medicación para el VIH sea a dispensación hospitalaria ya supone una barrera para la accesibilidad. El paciente no coge la pastilla en la farmacia de su barrio, y si vives en Ondarroa tienes que ir al hospital de Galdakao y esperar en una sala donde mucha gente ya sabe a lo que vas y eso tiene cierto estigma, tienes que esperar a que te la dispensen. (TAS-AGENTES DE SALUD)

Se entienden las palabras de este médico de familia si atendemos al gran estigma que estos relatos dejan traslucir entre las personas que son seropositivas. El estigma puede convertirse en un obstáculo a la medicación:

- 🔊 El tema del VIH acá es algo totalmente estigmatizado y las personas que lo tenían cuando vinieron de Senegal o África no lo cuenta porque tienen miedo (ENTREVISTA AS7)
- 🔊 HYo no estoy al cien por cien, no lo puedo estar, me escondo para tomar la medicación, la gente no puede saber que tomo medicación contra el virus. Incluso en casa lo llevo en secreto. Si me hecho un ligue y paso el fin de semana con él me tengo que esconder para tomar la medicación, a mi me daría igual, pero el escándalo no me compensa, me tengo que esconder y no enseñar lo que tomo y escondo la medicación, tengo que llevarlo en secreto porque ya la gente dice ¡qué pena! ¡Se va a morir, que

guarra! ¡Qué sucia! Es el estigma del VIH. La gente no es consciente de que hay medicación y de que ya no transmites. (ENTREVISTA P6)

Dejar de tomar la medicación antirretroviral es otro aspecto a tener en cuenta. El relato que se expone a continuación lo realiza una persona migrante gay y mayor, totalmente derrumbado anímicamente por un contexto en el que las leyes de extranjería no le permiten el desarrollo de una vida digna y mínimamente estable en la que poder desenvolverse en Bilbao (estar en situación regular, conseguir un empleo, una vivienda,...):

 Llevo toda una vida luchando. Me fui de mi país para tener una vida mejor y veo que no puede ser. Necesito algo que me diga que es interesante seguir estando en este mundo. Soy seropositivo y mi intención es rechazar la medicación, dejar de tomar las pastillas y de que el virus poco a poco me vaya consumiendo. (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

Lejos de esta realidad otra persona migrante comenta:

 Yo lo que sé es que el medicamento para la tiroides es más barato acá que en Colombia de donde vengo. En Colombia la salud es un negocio, el paciente es un cliente. Esa sensación no la hemos tenido acá. En Colombia un médico receta el medicamento más caro para ser comprado en una farmacia. (TL-MUJERES LGTBI+)

La sensación de esta mujer participante en uno de los talleres de debate es que en el País Vasco la salud no es un negocio. A diferencia de Colombia el País Vasco tiene una sanidad pública más potente y se invierten más recursos tanto humanos como materiales¹³. Respecto a los medicamentos la sociedad vasca tiene mayores oportunidades que la sociedad colombiana de adquirirlos a un precio más barato a través de un sistema diverso de copago farmacéutico¹⁴. ¿Significa esto que en el País Vasco a diferencia de Colombia la salud no es un negocio? Seguramente no, tal y como comenta el informe de MedicusMundi (2017) sobre la sanidad en Euskadi donde el proceso de privatización que está convirtiendo la salud en un nicho de negocio es año tras año mayor.

2.2.2. LA MEDICALIZACIÓN DE NUESTRAS VIDAS.

Siguiendo a Orueta et al. (2011) la medicalización es la forma en que el ámbito de la medicina se expande abarcando muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces. Se trataría, entre otras cuestiones, de la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre corrientes en nuestras vidas (envejecer, la menopausia, la sexualidad y el género, la tristeza, el duelo, una resaca, el cansancio, el embarazo, etc.) y de pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, políticas o más propio de las relaciones interpersonales.

La medicalización forma parte de un enfoque bio-médico de la salud, de unas políticas sanitarias concretas que optan por fomentar la medicalización de la vida, de unas creencias y expectativas sociales sobre la salud y la enfermedad y de un creciente control sanitario por parte de una poderosa industria farmacéutica.

Para la diversidad sexual y de género la medicalización ha supuesto la patologización y la búsqueda de terapias curativas para las sexualidades, géneros y cuerpos que no se adecúan a la norma. Este abordaje medicalizado de la diversidad ha aparecido en numerosas ocasiones en el transcurso de la investigación.

¹³ Según Health Care Index by Country 2021, https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

¹⁴ Ver en: <https://www.irekia.euskadi.eus/es/debates/901-copago-farmacaceutico-guia-para-conocer-nuevo-sistema?stage=discussion>

A. TODAS SOMOS VÍCTIMAS Y ACTORES DE LA MEDICALIZACIÓN

Como un círculo que se cierra todas somos víctimas y actores de la progresiva medicalización de la vida. Como vemos en los siguientes relatos la medicalización es una realidad que fomentamos personas usuarias y personal sanitario:

A.1 Los propios de las personas cuando creemos que cualquier situación, problema, malestar o sufrimiento puede ser solucionado con fármacos:

- 🔊 Se abusa del medicamento, en cuanto tenemos cualquier pequeña cosa enseguida se quiere una medicación, es muy rara la persona que no funcione así. Si te puedes tomar el paracetamol de un gramo ¡mejor! La gente vamos muchas veces a consulta súper-medicalizada y a menudo de cosas que no les corresponden. (TL- MUJERES LGTBI+)
- 🔊 Yo creo que es todo el sistema. Hay una percepción de trapicheo de pastillas, es decir ¿no duermes bien? Espera que a mi sobraron estas pastillas que me dieron a mí, ¡toma! Y mi pauta te la tomas tú que yo duermo estupendamente. Y también, que se debe a que no tienen ni tiempo, es decir, tu le llamas al médico por teléfono y con decir que me cuesta dormir, estoy con estrés y con mucha ansiedad que me cuesta dormir ¡ansiolíticos que te dan. Vivimos muy rápido y a la mínima que duermo mal un día ¡pastillita al canto para dormir! La sociedad está más medicalizada. (TL- MUJERES LGTBI+)

A.2. El propio personal sanitario cuando consciente de que medicalizar no es la solución recetan, sin embargo, fármacos a sus pacientes

- 🔊 El sistema sanitario responde a cualquier demanda de cada paciente medicalizando porque es la forma en que nos han enseñado y probablemente sea también la forma en que más poderosos nos sentimos y porque también las veces que queremos no hacerlo resulta ser una cosa bastante compleja. Hay un montón de malestares de la vida o situaciones de opresión y dificultades que me encantaría no medicalizar pero esto también te pone en un dilema y es que por un lado no quiero medicalizar el malestar pero por otro lado tampoco sé que puedo aportar. La salud no se juega solo en el ámbito sanitario sino que se juega en muchas arenas y nosotros tenemos muy poca influencia claro. (TAS-AGENTES DE SALUD)
- 🔊 Hay muchos determinantes que están influyendo en que esas personas acaben yendo por ejemplo a la consulta de atención primaria demandando que puedan tener una sensación de angustia de agobio y que en esos momentos desde la atención primaria la pequeña ayuda que se puede ofrecer que obviamente no es la mejor manera de abordar esa problemática igual es pautarle un ansiolítico o un innótico para que pueda dormir durante unas noches...que es verdad que el problema es mucho mayor y hay que abordarlo desde otras perspectivas que están fuera del sistema sanitario pero claro en el momento de la consulta lo poco que tú puedas hacer te lleve a hacerlo. (TAS-AGENTES DE SALUD)

La medicalización es una salida individual y rápida a unos malestares que son producto de estructuras injustas y que en muchos casos no tiene nada que ver con una enfermedad. Sabemos que estas actuaciones médicas no dan respuestas a muchos problemas. En estos relatos se percibe un cuestionamiento crítico del funcionamiento de un sistema sanitario donde las decisiones políticas que se toman al respecto parecen estar cada día más alejadas de las personas usuarias y del personal sanitario.

A continuación se pasa a analizar tres aspectos de la medicalización en la que se desenvuelven las vidas de las personas LGTBI+ y que han sido mencionados en el transcurso de la investigación: las personas trans y los procesos de transición medicalizados, las lesbianas y la inseminación asistida y los gays y la PrEp.

Las personas trans y los procesos de transición¹⁵ medicalizados

El proceso de revisión y actualización de la CIE 11¹⁶ cuya aprobación y publicación se realizó en 2018 deja de considerar la transexualidad como un trastorno mental¹⁷ y pasa a ser denominada incongruencia de género, término más conocido como disforia de género entre las personas trans y que es definido como:

 Estar mal con tu cuerpo, sentirte mal con tu cuerpo. Sentir que no eres quien quieres. Que te ves como no quieres verte. Hoy cuando me estaba preparando para venir a Aldarte me miraba en el espejo y me sentía como ridícula. Me sentía mal, sentía que odiaba todo, mi cuerpo, mi apariencia, todo. Me miraba al espejo y me ponía como muy nerviosa. A veces me pasa otras veces no. (ENTREVISTA P3)

La disforia de género o malestar corporal (como le vamos a empezar a llamar a partir de ahora para no utilizar un término médico patologizador) es el principal síntoma a través del que la clase médica y psiquiátrica establece la transexualidad de una persona. Socialmente se espera de una persona trans que odie su cuerpo y desee el cuerpo del género contrario al que se le ha asignado porque no puede soportar el que habita y además está generalizado el pensamiento de que es la madre naturaleza quien se equivocó al proporcionar a las personas trans un cuerpo equivocado, una visión brillantemente cuestionada por Missé (2018)

Sobre la naturaleza de estos malestares corporales nuestro análisis se alinea con el realizado por una de las personas entrevistadas:

 Yo creo que el origen de la disforia de género es por los sistemas de los cánones de belleza que se llegan a aplicar más fuertes con la gente trans, y eso causa la presión para no verte como los cánones que están impuestos. (ENTREVISTA P3)

Como señala Missé (2018) el paradigma del cuerpo equivocado es el marco hegemónico sobre el que se piensa la transexualidad con lo que la respuesta oficial a los malestares corporales es modificar el cuerpo mediante un proceso de transición en el que se pasa de un género al otro. La sociedad en conjunto espera que la persona trans transicione a través de la hormonación y la operación de reasignación de género. Al respecto una persona comenta:

 Las intervenciones sanitarias están generalizadas, la visión que hay sobre el colectivo es que te tienes que hormonar y operar. (ENTREVISTA P7)

La intervención sanitaria es la única alternativa existente en Osakidetza a través de la UIG de Cruces tal y como cuestiona Erroteta (2020), ex psiquiatra de esta unidad, y los siguientes relatos:

15 La transición es el término con el que se denomina al proceso de conseguir el reconocimiento legal o social del género deseado o la expresión de género deseada mediante la hormonación u operación. En Cruces estos procesos se adecúan a las reglas de feminidad y masculinidad hegemónicas.

16 La CIE11 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades undécima versión que utiliza la OMS (organización mundial de la salud) para clasificar y codificar enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externa de daños y/o enfermedad. Fte.: Wikipedia.

17 https://www.eldiario.es/sociedad/oms-considerar-transexualidad-trastorno-condicion_1_3608187.html

🔊 Me preocupa que solo haya una vía sanitaria para temas como el de mi hijo. Enseguida me derivaron al médico, no me dan ninguna alternativa ¿es que solo está la vía de la hormonación o operación para historias como la de mi hijo? (CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO)

🔊 Yo quería respuestas porque tenía muchas preguntas sobre mi hijo y lo que pasaba, además yo no quería solamente que medicasen a mi hijo, quería otras salidas menos médicas y les preguntaba si no había otro tipo de atención aparte de la médica. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)

Para Erroteta (2020), Missé (2018) y la Plataforma por un nuevo modelo de salud trans^{*18} se necesitan espacios terapéuticos donde las personas transexuales puedan hablar de algo más que modificar sus cuerpos o de los límites que tienen los cuerpos y de la frustración que significa no tener el cuerpo que quieres. La realidad es que estos espacios son los menos, adquiriendo de forma creciente un papel protagonista en las vidas de las personas trans los tratamientos destinados a modificar sus cuerpos. Está claro que los discursos médicos han ganado la batalla cultural del relato sobre cuál es el origen del malestar corporal trans: nacer en un cuerpo equivocado (Missé, 2018)

Los tratamientos médicos para las personas trans fueron despenalizadas en el estado español en 1983, desde entonces las operaciones quirúrgicas de reasignación de género han constituido un nicho de mercado para la clínica privada quien ha ganado mucho dinero gracias, entre otras cosas, al gran sufrimiento que para numerosas personas trans constituyó durante años el sempiterno esfuerzo por reunir el montante necesario para someterse a las operaciones. Un sufrimiento en parte mitigado desde que en el 2009 se incluyó en la cartera de servicios de Osakidetza la hormonación y las operaciones de reasignación. Desde entonces y hasta el año 2018 han sido atendidas 237¹⁹ personas, una media de casi 80 por año. Se han realizado 154 intervenciones quirúrgicas, una media de 19 por año.

¿Esto significa que las personas trans en Euskadi han dejado de acudir a las clínicas privadas para su tratamiento? La respuesta es no. La hormonación no crea problemas y las personas trans normalmente acuden a la sanidad pública para llevarla a cabo de forma crónica, otra cuestión son las operaciones donde las clínicas privadas siguen siendo el interesado nicho de mercado que han sido desde el principio. En ALDARTE, a través de numerosas conversaciones, podemos constatar que estas clínicas privadas cada día son más solicitadas por las personas trans.

Una de las razones de querer ir a la privada para operarse es la sensación de no ser bien tratadas que algunas tienen:

🔊 Yo con tal de que me paguen las hormonas, es que no quiero ni verles, dame el informe y deja que me largue porque me tenéis un poquito hasta las narices de vuestras desfatacheces, mal gustos y palabras desagradables desde el primer día que entré en la unidad (TT- TRANS)

Aunque la mayoría de las razones para irse a la privada está en los resultados que se prevén o se imaginan tras la operación. El relato de esta persona es muy elocuente al respecto:

🔊 Me hacen la operación, salgo y cuando voy a ver el resultado de la operación veo que no hay incisiones abajo y que sigue habiendo pecho, en menor cantidad pero sigue habiendo pecho... entonces a mí lo que me quedó, hablando con el cirujano de lo que iba a ser la operación, es que me habían dicho que

18 Documento sin fechar. <https://docplayer.es/80612000-Reivindicacion-de-un-nuevo-modelo-de-atencion-a-la-salud-de-las-personas-trans.html>

19 <https://www.diariovasco.com/sociedad/salud/atencion-transexuales-dejara-20180426001727-ntvo.html>

me iban a hacer una cosa y no me lo han hecho. Como yo me seguía sintiendo incómodo conmigo mismo yo fui a visitar a un cirujano privado y en palabras textuales me dijo que: arreglarme esto que me habían hecho tenía un valor de 3000 €. (ENTREVISTA P2)

La conversación mantenida con esta persona a lo largo de la entrevista que se tuvo con ella refleja datos preocupantes como que:

- ➔ No es la única persona en pasar por esta situación:
 - 🔊 Conozco a varias personas que no están nada contentas con las operaciones realizadas pero como tienen el concepto de que me lo han quitado que es lo que tenía que hacer, da igual como me lo dejen. Ellos tienen el concepto de que Osakidetza te quita el pecho y da igual como quede si queda una cicatriz y aquí aquí... y como me lo han quitado no puedo reclamar nada y no creo que es así porque pagando impuestos y todo tu también te estás pagando esa operación. (ENTREVISTA P2)
- ➔ Parece que se opera mejor en la privada que en la pública y son los mismos médicos los que operan tanto en una como en otra, auto-derivándose de la pública a la privada:
 - 🔊 Si, ese comentario se lo he oído a bastante gente, no me opero porque lo hacen mal, o es una carnicería y se van a la privada. Que da gracia porque son los mismos médicos que te están atendiendo en Cruces pero tú puedes ver los dos resultados y te vas por el privado. No sé si en la privada te operan mejor porque tienen más tiempo o mismamente es lo que a ellos les conviene En la pública no ganan lo mismo que si lo hacen en la privada. Si la gente ve que lo hacen mal la gente va a la privada y ganan más. (ENTREVISTA P2)
- ➔ Puede que estas circunstancias se den más en hombres trans que en mujeres trans.
 - 🔊 Si porque de chicas trans hay muy pocas quejas en Cruces y de hombres trans se escuchan muchas, y no solo aquí en la sanidad de Bizkaia. Tengo amigos que son de fuera y también, lo que hacen es ahorrar hasta poder pagarse una operación por lo privado. (ENTREVISTA P2)
- ➔ Esta persona entrevistada está hablando fundamentalmente de gente joven. ¿De donde sacan el dinero para operarse en la sanidad privada?
 - 🔊 Pues mucha gente, en el caso de personas de mi edad les ayudan sus padres, otras personas piden préstamos y muchas personas hacen un crowdfunding, lo pasan mal. (ENTREVISTA P2)

C. LAS LESBIANAS Y LA INSEMINACIÓN ASISTIDA COMO MEDIO DE ACCESO A LA MATERNIDAD

Una persona homosexual tiene exactamente las mismas opciones para tener una criatura que una persona heterosexual pero a diferencia de esta una de las cuestiones frecuentes que se tiene que plantear es como tenerlo (Pichardo, 2009) de entre todas las opciones que existen.

Para muchas lesbianas la vía más frecuente para acceder a la maternidad ha sido la inseminación asistida siendo alrededor del 80% de las mujeres entrevistadas las que optan por este método como primera elección para ser madres (Donoso, 2002). Años más tarde este porcentaje sigue subiendo, la Universidad Autónoma de Madrid (2013) encuentra en su investigación que cerca de un 83% de familias lésbicas se conforman mediante técnicas de inseminación asistida.

El deseo de tener las propias criaturas según los presupuestos biológicos (los que convencionalmente se presuponen naturales) y los obstáculos a una adopción internacional que imponen la invisibilidad del lesbianismo ante las administraciones correspondientes²⁰ son circunstancias que hacen que este procedimiento de acceso a la maternidad lésbica sea minoritaria (Mujika, 2017).

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida²¹ en su art. 6.1 recoge que la usuaria de la técnica puede ser toda mujer mayor de 18 años que haya prestado su consentimiento escrito a la utilización de manera libre, consciente y expresa y con independencia de su estado civil y orientación sexual.

La ley mencionada se articula de forma discriminatoria no reconociendo las parejas de lesbianas tal y como se ha comentado anteriormente por una de las participantes en el estudio. La redacción del art. 6.1 es ambigua respecto a su aplicación en la sanidad pública para mujeres lesbianas, ya que el Real Decreto 1030/2006²² de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios sanitarios públicos comunes del Sistema Nacional de Salud, señala que se indicará la “reproducción humana asistida cuando haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida.” Esta ambigüedad permitía que unas comunidades, como la vasca, entendieran que las mujeres lesbianas entraban dentro de esta indicación y les procuraban tratamiento de inseminación asistida mientras que otras comunidades no lo hacían.

En 2013 el gobierno del Partido Popular hace pública su decisión de reformar la ley 14/2006 estableciendo el veto de los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública para parejas de lesbianas y mujeres solas, y reservándolos para parejas integradas por un hombre y una mujer, siempre que haya problemas de fertilidad²³. Esta decisión discriminatoria finiquita la ambigüedad en la que se han desarrollado durante años los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública para lesbianas. Destacamos que en Osakidetza tal medida no se está aplicando. En Bizkaia las lesbianas pueden acceder a la maternidad por medio de la reproducción asistida en la URH (Unidad de reproducción humana) de Cruces.

Este aspecto es comentado por una participante en el taller de mujeres LGTBI+:

 Colombia no tiene la posibilidad de fertilización a través de sanidad pública, si quieres quedarte embarazada tienes que ir a la medicina privada” “y las lesbianas allá quieren hacerse la inseminación asistida”
(TL- MUJERES LGTBI+)

Paradójicamente aun existiendo esta posibilidad de hacerlo por la sanidad pública la realidad es que la mayoría de las madres lesbianas van a la sanidad privada para realizarse la inseminación asistida. Factores como un criterio de edad riguroso, el no reconocimiento de la pareja lesbiana, un trato poco cálido o largas listas de espera provocan que solo un 20% de lesbianas acudan a la sanidad pública. A tal efecto relata una entrevistada, responsable de SEHASKA²⁴:

 La inseminación asistida en la medicina pública la verdad es que los casos que tenemos en la asociación son escasísimos. El principal problema que hay es que la pública va muy lenta y normalmente a las familias homosexuales nos cuesta más conformar una familia. El proceso de la maternidad también se va retrasando, la mayoría nos plantamos en los treinta y tantos con el deseo de ser madres y ahí ya la

20 Muchos países que procuran criaturas en adopción imponen el veto a las personas gays y lesbianas.

21 <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>

22 <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

23 El País, 18 de julio de 2013.

24 Asociación de padres y madres homosexuales, <https://www.sehaska.es>

sanidad pública queda prácticamente excluida. La sanidad pública, que yo sepa, hasta los 35 acepta el proceso de inseminación y esta edad nos llega volando. (ENTREVISTA AS8)

Mucho tiempo de espera y la edad avanzada se complementan para que pocas lesbianas intenten ir a la pública:

Entonces la mayoría de las parejas ni siquiera intentan por la sanidad pública y luego algunas que lo han intentado lo que nos han comentado es que son muy lentos. Así como en la privada desde que tienes la primera cita ya casi que ahí comienza el proceso en la sanidad pública todo se retrasa. La primera cita se retrasa muchos meses, las pruebas se vuelven a retrasar, el comenzar con algún tratamiento todavía más, entonces más de un año y a veces más de dos y la gente quiere algo más rápido. (ENTREVISTA AS8)

Este relato explica muy bien porque el estado español es el país europeo líder en tratamientos de fertilidad y el segundo país del mundo, en cifras absolutas, con más clínicas de reproducción asistida, sólo por detrás de Estados Unidos; una industria que se beneficia del cúmulo de condicionantes económicos y sociales que hacen que sea la población española la que más retrasa la edad de plantearse tener descendencia de toda Europa (Fernandez, 2019)

La Inseminación Asistida es un gran negocio²⁵. En 2018, abrazó unos 12.610 millones de euros a nivel mundial, una cifra que irá creciendo durante los próximos años hasta duplicarse en 2026, cuando se espera que la facturación alcance algo más de 25.000 millones de euros, las ventas de Mercadona en 2019.

Solo quienes tienen medios económicos suficientes pueden acudir a las carísimas clínicas de fertilidad. La reproducción asistida se convierte en un asunto de cálculo monetario porque a menudo el éxito de la inseminación no ocurre al primer intento.

Entrar en un proceso de inseminación es costoso y además teniendo en cuenta la edad a veces la inseminación no se logra la primera vez sino a la segunda, la tercera, la quinta, tenemos familias que han logrado a la décima vez o que han tenido que pasar a procesos de fecundación y por supuesto esto encarece el procedimiento.

Entonces claro muchas familias han tenido que pedir préstamos o a la familia. Y esto a nivel económico y a nivel psicológico es una carga muy fuerte. (ENTREVISTA AS8)

Una forma de asegurar una buena inseminación es que produzcas muchos óvulos por lo que la hormonación está a la orden del día. Las clínicas tienden a hacerlo ya que buscan resultados positivos lo que les garantiza mayor número de embarazos y un aumento de usuarias. La clínica no obliga a tomar hormonas y las mujeres pueden decidir que no las toman, pero parece que esta decisión no es tan libre y está mediatizada por múltiples factores tal y como refleja esta agente de salud:

Ten en cuenta que psicológicamente estas tan vulnerable, tienes tantos miedos. Además te dicen que la primera inseminación es la que tiene más posibilidades y luego la caída de las posibilidades va en picado, que a la primera tienes que ir como con todo, entonces si te dicen que te tienes que hormonar es difícil negarse. (ENTREVISTA AS8)

Otras alternativas, como usar semen de un conocido o de un banco internacional, se desincentivan mediante una ley de reproducción que exige el certificado de una clínica para reconocer la maternidad de la no gestante (Fernan-

25 https://elpais.com/elpais/2020/06/03/buenavida/1591208919_940726.html

dez, 2019). Con la exigencia de este requisito queda fuera cualquier otra forma elegida por las mujeres lesbianas para acceder a la maternidad que no pase por la reproducción asistida en Osakidetza o en una clínica privada. Esta cuestión medicaliza, aún más, el proceso de maternidad ya que para que dos mujeres puedan ser madres en igualdad de condiciones deben cumplir unos requisitos legales de tipo sanitario. Este requisito es claramente discriminatorio respecto a las parejas heterosexuales a las que no se les exige ningún requisito sanitario para registrar a la criatura que han tenido.

Además estas alternativas más baratas y autogestionadas de maternidad son más difíciles de llevar adelante por una cuestión que se señala en el taller de mujeres LGTBI+:

- 🔊 Sobre la necesidad de tener un certificado de inseminación de la clínica a la hora de registrar el nacimiento y las maternidades hay un vacío porque no hay un criterio unificado, hay registros que te lo piden y otros no, Bilbao no te lo pide (solo matrimonio), pero otros si,...incluso los hay que no te lo piden pero que te solicitan que jures delante del registro que no sabes quién es el padre, con lo que es peor el remedio que la enfermedad porque estás prevaricando, si el semen me lo ha dejado mi amigo amiguísimo jurar que no le conozco delante del funcionario de turno y en un expediente público puede ocurrir que si el día de mañana cuando la criatura crezca y se le despierta al amigo el instinto paternal, pues tienes un problema porque has jurado delante de un funcionario público que no lo conoces. (TL-MUJERES LGTBI+)

Las personas que escribimos este informe y trabajamos en ALDARTE podemos constatar que si puede ocurrir que al amigo amiguísimo se le despierte el instinto paternal cuando la criatura crece. Es entonces cuando comienza un conflicto entre las madres de la criatura y el pretendido padre donante de semen.

D. LOS GAYS Y LA PREP

La última promesa preventiva para luchar contra el VIH-1 en el mundo: la PrEP o profilaxis pre-exposición. La PrEP es una pastilla antirretroviral que las personas seronegativas pueden tomar para evitar infectarse por VIH cuando piensan que se van a exponer al virus. Igual que cuando uno viaja a una zona endémica de malaria y toma una pastilla mientras está «expuesto» a ello. La PrEP se puede tomar de continuo, o bien sólo los días que rodean al evento de la exposición²⁶.

En Euskadi el Gobierno Vasco decidió a finales del año 2019 apostar por la PrEP como método preventivo ante el VIH-Sida, poniéndolo en marcha en enero de 2020:

- 🔊 Ya hemos entrado a la PrEP y bueno no llegamos a las cifras de otros sitios pero ya tenemos igual mas de 150 pacientes con PrEP que empezamos prácticamente en enero pues bueno esos 150 pacientes te exigen 4 consultas al año cada uno, entonces es mucho trabajo la PrEP. (ENTREVISTA AS5)

La puesta en marcha de la PrEP tiene sus voces críticas provenientes de agentes de salud directamente implicados con el VIH-Sida, para una de estas personas la administración de la PrEP requiere un trabajo específico que no se hace:

- 🔊 La única manera de que la PrEP sea un instrumento válido, efectivo, positivo es si lo estructuras desde un acompañamiento desde el counselling, desde el apoyo psicológico y desde la información que

26 <http://www.bizkaisida.com/uFAQs/conveniente-hacerse-la-prueba-cuanto/>. Para mayor información de la PrEP ver <https://www.easp.es/blog-msp/2018/04/06/rep-y-vih-apuntes-para-el-debate-i/>

fomente la prevención, ósea un todo. No se puede poner a funcionar la PrEP sin ningún trabajo previo es decir con un enfoque de reducción de riesgos, de prevención. Sigue siendo poner parches y no ir al fondo. (ENTREVISTA AS4)

Según este agente de salud de la **asociación T-4** tomar PrEP es estar en las mismas circunstancias que una persona seropositiva pero sin estar enfermo (pruebas analíticas, efectos secundarios,...) por lo que habría que hacer una reflexión acerca de cómo se vive la sexualidad y de porque tomar la PrEP:

🔊 El concepto PrEP es tomar pastillas antes de tener sexo, preexposición,... yo creo que es un concepto valido pero para un perfil de personas que pueden ser trabajadores sexuales pero desde un planteamiento global no sirve si tu no trabajas con ese individuo desde la base. (ENTREVISTA AS4)

El uso de esta pastilla diaria en personas sanas para reducir su riesgo de infectarse se tendría que realizar de forma combinada con el uso de preservativos y prácticas sexuales seguras. El temor de que las personas usuarias del fármaco se relajen en el terreno de la prevención con el consiguiente aumento de otras infecciones de transmisión sexual es más que real si atendemos al relato de esta agente de salud, médico de familia del centro de ITS de Bombero Etxaniz:

🔊 La PrEP es que para ellos no usar el preservativo. Tenemos que gastar un montón de dinero porque la medicación es barata como es genérica sale a 28 euros al mes pero claro son consultas medicas cada tres meses. No son 4 consultas al año sino que son mas porque como no usan preservativos cogen otras ITS. Quien quiere hacer lo de la PrEP tiene que aceptar cribado cada tres meses que es lo que establece el protocolo del ministerio. (ENTREVISTA AS5)

El debate sobre la utilización o no de la PrEP es y seguirá de forma controvertida.

🔊 La medicación es barata pero no es la medicación es la consulta médica. Se sobrecargan las consultas y nos ha costado mucho porque otras necesidades están sin cubrir. Por ejemplo salud mental, cuidados paliativos...! cuanta gente se muere en este país sin cuidados paliativos!... y entonces a estos le tengo que dar la PrEP para que tengan relaciones sin preservativo... eso nos cuesta mucho. (ENTREVISTA AS5)

Un debate que obligatoriamente se tiene que dar de forma diferenciada en los países ricos respecto a los pobres, quienes tienen mucha dificultad para costear los carísimos tratamientos antiretrovirales y para quienes la aceptación de la PrEP puede brindar una oportunidad para disminuir la incidencia tanto de la infección por el VIH como de otras ITS (OPS, 2020)

Hay muchas organizaciones y personas comprometidas desde hace años con la prevención de las ITS, y en especial con el VIH-Sida, la PrEP hará variar sin duda este trabajo de prevención:

🔊 Para nosotros los clínicos el tratamiento es la prevención, siempre damos el consejo de que tienes que utilizar preservativo, pero sabemos que eso es muy poco eficaz y para nosotros lo importante es que la gente vaya a hacerse cribados para detectar las infecciones que muchas veces son asintomáticas y cortar la cadena de trasmisión. Porque lo que es el consejo de prevención a través de buenas prácticas de sexo seguro no se esta demostrando eficaz. Si la gente no utiliza preservativo hay que hacer otras cosas. (ENTREVISTA AS5)

Los mensajes de buenas prácticas de sexo seguro son ineficaces entre otras cuestiones por la existencia de una industria farmacéutica que ha logrado, al menos en los países ricos que lo pueden pagar, que la seropositividad

se vuelva crónica y se pueda estabilizar. El VIH-Sida genera a las farmacéuticas cuantiosas ganancias. Sobre esta cuestión existe cierto convencimiento de que si no se ha sacado una vacuna o medicamento que cure el VIH-Sida es porque quieren que sea crónico y así hay mayor enriquecimiento.

 Lamentablemente lo que es la sanidad y la medicina tú sabes que detrás de la patología siempre hay un margen de comercio de capital y muchas veces a mi me dicen ¿pero realmente se quiere llegar a encontrar la vacuna? Porque si llega la vacuna ya no se van a vender millones en medicamentos. Hay una visión capitalista. (ENTREVISTA AS4)

Se ve la necesidad de cambiar este enfoque pero no hay una apuesta o una reflexión para acceder a otras maneras de hacer las cosas:

 Si porque es un modelo sanitario donde su prioridad es resolver la casuística del momento pero no se hace desde un enfoque preventivo de la salud e incluso no se hace desde un enfoque comunitario de salud. Justamente una de las cosas que ha hecho el covid19 es demostrar esa carencia de capacidades es decir si nosotros pudiésemos desde un enfoque comunitario trabajar la salud respetando y validando identidades particulares eso te va a ayudar a tener unos conceptos en cada uno y con el enfoque preventivo ya ese individuo se reconoce y sabe quien soy, como soy y con este cuerpo aplico la prevención. (ENTREVISTA AS4)

Pero no se puede trabajar desde un enfoque de prevención si la parte política, la que toma las decisiones políticas, no está en esta línea de trabajo:

 Tu no puedes trabajar un modelo de prevención si dentro de tu propio estamento sanitario no se ofrece un espacio para trabajarlo. Al final se limitan a la atención en cuanto al control de las analíticas, que tome su medicación.... Pero luego todo lo que tiene que ver con la vida, con las conductas, y el empoderamiento no se trabaja. Es como decir que eso es de otros y la PrEP es como un globo sonda, se lanza para calmar y rebajar la tensión. (ENTREVISTA AS4)

¿Tiene como prioridad el modelo sanitario público vasco resolver la casuística del momento mediante la medicalización? ¿Esto implica abrazar un enfoque biologicista y hospitalario de la salud abandonando un enfoque preventivo y comunitario? ¿Se acompaña la salud mental y afectiva de las personas LGTBI+ en las consultas de APS? ¿se tiene en cuenta este aspecto holístico que rodea a las personas y sus circunstancias?.

Dedicaremos el siguiente apartado a la reflexión de estas cuestiones.

2.3. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

2.3.1. INTRODUCCIÓN

La declaración de Alma Ata (OMS, 1978) establece que los gobiernos y la comunidad internacional son los responsables de garantizar el derecho de todas las personas a la atención básica de la salud; al mismo tiempo, apuesta por la Atención Primaria en Salud, en la que la prevención es tan importante como la curación, como estrategia de intervención. Alma Ata defiende, frente al modelo biomédico vigente en la actualidad, un modelo bio-psico-social que actúe sobre las causas económicas, sociales y políticas que afectan a la salud.

Cuarenta años después, en 2018, los Jefes de Estado y de Gobierno reunidos en Astaná²⁷, se reafirman en lo manifestado en la **Agenda 2030** para el Desarrollo Sostenible y en la Declaración de Alma-Ata, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos y agencias internacionales, todos los trabajadores y trabajadoras de la salud y la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo.

No es posible aislar la situación de salud de las personas de aquellos aspectos que determinan sus condiciones de vida, una cuestión que el poder neoliberal intenta hacer que olvidemos mercantilizando e individualizando la salud. El paradigma neoliberal cuestiona radicalmente la universalidad de las prestaciones sanitarias y su gestión pública garante de la equidad, traspasando la planificación colectiva de las necesidades a una ficticia elección individual (Lalana Cuenca, 2021).

Esta lógica individualista responsabiliza a las personas de sus problemas de salud, de forma que serán el tabaquismo, la vida sedentaria o la bebida (por citar algunos ejemplos) las causas de sus enfermedades. Los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación, las desigualdades sociales o vivir la exclusión social serán ignorados como factores que generan situaciones de sobrecarga física y emocional (Medicumundi Bizkaia, 2017) y como consecuencia una mayor morbilidad por trastornos crónicos. Esta lógica enmascara como las estructuras sociales, políticas y económicas precarizan y dificultan las condiciones de vida de cada vez más personas (López, 2019).

El ámbito de la salud mental es un campo especialmente abonado para el triunfo de esta lógica neoliberal. No en vano asistimos con las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales más utilizadas (DSM²⁸ y el CIE) a una patologización de los malestares sociales convertidos en déficits individuales ajenos a cualquier determinante social (Lalana Cuenca, 2021). Más allá de la persona y sus sufrimientos reales todo es convertido en síntomas que conforman enfermedades que a su vez pueden ser tratadas con el fármaco correcto.

En este contexto neoliberal las necesidades que tienen las personas LGTBI+ comentadas en el transcurso de esta investigación no serían vistas como resultado de un estructura heteronormativa, sexista y binaria injusta sino como problemáticas individuales o del colectivo LGTBI+ propiamente dicho.

Este apartado espera contribuir a cuestionar esta lógica neoliberal descrita incluyendo entre los determinantes sociales de la salud los relativos a la diversidad sexual y de género y en concreto la LGTBI+fobia estructural como algo constitutivo de nuestra sociedad. En esta línea se analiza que la heteronormatividad, el sexismo y el binarismo no solo están presentes en nuestras sociedades occidentales sino que también son partes constitutivas de ellas, siendo estructuras sobre las que descansa (Sadurní, 2019). La LGTBI+fobia no se trataría de un fenómeno individual solamente, por lo general, tiene su base en formas institucionalizadas de discriminación, criminalización, patologización y estigmatización. Es decir, es sistémica y estructural, lo que a su vez significa que las personas pertenecientes al colectivo LGTBI+ son, por lo general, minusvaloradas, estigmatizadas, aisladas y marginadas.

Así se considera que las discriminaciones y violencias que en grado diverso han vivido las personas LGTBI+ que han participado en el estudio son producto de un sistema sanitario público heteronormativo, sexista y binarista,

27 Para una lectura crítica de ASTANA ver la declaración realizada por medicumundi Salud para todas las personas de fecha 6 de abril de 2019 <https://www.medicumundi.es/es/quienes-somos/transparencia/politicas-declaraciones-posicionamientos/322>

28 DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), en castellano MDE (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*) https://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagnóstico_y_estadístico_de_los_trastornos_mentales

no de la acción individual concreta de cierto personal sanitario que se decanta por actitudes y comportamientos LGTBI+fóbicos.

Se analiza a continuación los elementos aparecidos en el trabajo de campo que pueden ayudar a definir y a mantener un debate sobre las claves a tener en cuenta para el desarrollo y gestión de un sistema de sanidad pública que garantice el derecho a la salud y la igualdad de acceso con independencia de las sexualidades que vivamos o género y cuerpos que habitemos.

2.3.2. LA INVISIBILIDAD DE LAS PERSONAS LGTBI+

La invisibilidad que envuelve a las personas LGTBI+ es a nuestro entender un reto que tiene que enfrentar el sistema sanitario público, porque uno de los pasos para que la sanidad sea para todas las personas es considerar todas las expresiones sexuales y de género que estas pudieran tener.

En el transcurso de trabajo de campo se preguntó a las personas si veían necesario visibilizarse en sus centros de salud en tanto que LGTBI+, las respuestas se resumen en el cuadro siguiente:

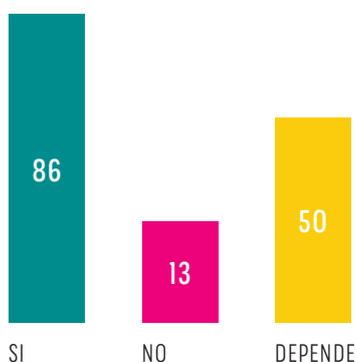


TABLA. 1

Como se ve casi un 64% de las personas participantes en el cuestionario auto administrado ven importante visibilizarse como LGTBI+ delante del personal sanitario que les atiende. Las razones que se han dado son muy diversas. A decir verdad todas nos parecen muy interesantes y no dejan de expresar lo que a lo largo de estas líneas se ha dicho sobre la importancia de que todas las personas deben ser tenidas en cuenta en todas sus dimensiones en Osakidetza. Las respuestas que se exponen a continuación están sacadas del cuestionario autoadministrado. Se realiza una exposición extensa de las respuestas emitidas porque en las mismas se verbaliza de forma muy concreta que es lo que sienten y padecen las personas LGTBI+ cuando acuden a los servicios sanitarios:

- La salud está también condicionada por nuestros hábitos y características personales y sociales.
- Porque falta camino por recorrer y aunque yo no lo necesito es necesario quitar estereotipos
- Existimos, no somos heteros.
- Porque no deberían despacharnos tan rápido.
- Para poder sentirme seguro en ese espacio, para que se respete mi realidad y evitar el malestar e incomodidad que supone el misgendering, entre otras.

- ➔ Para poder expresar clara y firmemente las necesidades de salud específicas
- ➔ Porque aún sorprende salir de la norma y porque sigue habiendo distinciones en depende qué ámbitos sanitarios (ejemplo: ginecología)
- ➔ Como paciente creo que debería haber una visibilidad y una transparencia en consulta, trabajar la tolerancia como absoluta normalidad y el empoderamiento a través de la salud comunitaria.
- ➔ Para hacer sentir más seguros a los pacientes.
- ➔ Es importante y mucho más para las que aún no tenemos el cambio de nombre
- ➔ Para evitar estigmas y prejuicios
- ➔ Para evitar situaciones incómodas
- ➔ Porque es mi derecho a una buena atención de calidad y para ello es necesario poder visibilizarme y que la atención responda a las condiciones en las que se da mi vida.
- ➔ Tiene que haber visibilidad en toda la sociedad, en general, no vale en unos ámbitos si y en otros no
- ➔ Porque es necesaria información y educación sobre el colectivo, para dejar de patologizarlo y discriminarlo.
- ➔ Porque muchas veces nos tratan de mala manera.
- ➔ Porque necesitamos profesionales formados para tratar con personas del colectivo sin violentarlas.
- ➔ Por que no hay razón para ocultarlo.
- ➔ Sería tratar mi transexualidad como una enfermedad
- ➔ Porque si no nos visibilizamos, no existimos y entonces lo LGBTQI sigo siendo la otredad
- ➔ Para normalizar al máximo la diversidad sexual
- ➔ Porque es necesario que el personal sanitario se de cuenta de que existen otras realidades que precisan de una atención, especial en muchas ocasiones, para las que tienen que estar formados y sensibilizados. [transgenero por ejem]
- ➔ Al visibilizarnos serán más conscientes del volumen de personas con distintas formas de vivir su sexualidad y otros aspectos de su vida
- ➔ El sistema de salud público debe profundizar en el abordaje de la diversidad a todos los niveles para abordar la prevención en salud de manera efectiva. Si nos hacemos ver, influirá en el cambio de estas políticas públicas
- ➔ Para que la visión de estos/as profesionales sea mas amplia.

- Sí, porque así la gente puede concienciarse, ya que no existe la suficiente información, sobre todo con las personas transgénero.
- Porque la atención sanitaria que podemos recibir será mejor no solo en lo físico también tener la necesidad de que estos espacios también son nuestro.
- Para que te atiendan mejor ¿te traten mejor? además de que es un servicio publico para todo el mundo no solo para heterosexuales normativos
- Porque Osakidetza es para todas

Una cuestión que se menciona en el taller de mujeres LGTBI+ y por una de las personas entrevistadas es sobre la responsabilidad que el mismo sistema de salud tiene sobre la invisibilidad de las personas LGTBI+, así se relata:

-  La visibilidad no es solo responsabilidad de las mujeres, los profesionales de Osakidetza tendrían que formarse. Es decir yo tengo derecho a no tener que estar todo el día haciendo confesiones sobre mi sexualidad y ver que cara me ponen ahora. Tengo derecho que consideren esa diversidad, que me sienta cómoda a la hora de decirlo. Tendría que ser una cuestión bilateral. Si yo voy donde el médico quiero sentirme tranquila, que no me incomoden y que yo no me sienta incómoda. (TL- MUJERES LGTBI+)
-  Hay una parte de opción y de responsabilidad y de compromiso de decir en todas las partes de sanidad que eres lesbiana, pero también quiero que las instituciones sanitarias en su manera de preguntar en su manera de protocolizar de hacer las atenciones etc. contemplen estas opciones para no hacer pasar momentos incómodos a las personas que no se atreven tanto y que se lo pregunten de una manera cómoda y les abras las puertas no todo el mundo tiene 65 años como yo ni todo el mundo ha pasado por una trayectoria feminista y militante que le ha dado mucho pie para trabajarse estas cosas. Esto es un proceso de trabajo de años a la gente joven todavía no le ha dado tiempo a trabajarse estos aspectos y mucha gente todavía tiene miedo a ser visible delante de un profesional. (ENTREVISTA P4)
-  Los médicos deberían tener en cuenta toda diversidad sexual. No debería hacer falta tener que dar explicaciones, salvo en casos realmente necesarios (CUESTIONARIO AUTO-ADMINISTRADO)

Como ya se ha dicho anteriormente, por lo general, no resulta fácil hacerse visibles porque la visibilidad tiene un gran significado social y porque se realiza en contextos heteronormativos y tendentes al prejuicio.

La visibilidad LGTBI+ no es una cuestión de discreción, del nivel de privacidad o el grado de intimidad que cualquier persona pueda escoger para sus relaciones sexuales o su género, es algo más, es sobre todo una cuestión de reconocimiento, de legitimidad social, y de que se den las condiciones para el libre ejercicio de sus derechos.

La invisibilidad de las personas LGTBI+ supone un serio obstáculo para participar de los recursos sociales en igualdad de oportunidades respecto a la población en general ya que el miedo a hacerse visibles puede tener como efecto directo la renuncia a ejercer determinados derechos de salud.

Sin visibilidad no es posible una sociedad que se pretenda plural y diversa. Como nos recuerda Isabel Franc/Lola Vanguardia (2007) el poder heteronormativo, sexista y binarista ha querido que el colectivo LGTBI+ no llegue nunca a alcanzar la madurez. Provocar el sentimiento de no existencia o de existencia dramática no deja de ser una buena estrategia para la aniquilación. Mientras haya personas que vean necesario ocultarse por el miedo, por la

vergüenza o por la culpa que le provoca la sexualidad o el género que siente, no es real un ámbito sanitario que se pretenda inclusivo y para todas las personas. Por eso conseguir la visibilidad para las personas LGTBI+ debería ser un tema importante para Osakidetza.

2.3.3. LAS NECESIDADES Y LAS PROPUESTAS DE LAS PERSONAS LGTBI+

LAS NECESIDADES:

En el cuestionario auto administrado se lanzaba esta pregunta: ¿Qué tipo de necesidades se te plantean respecto a los servicios de salud a los que acudes? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más necesarias. Añade las que consideres no estén.

En la tabla se muestran las respuestas de mayor a menor grado de elección tal y como han sido realizadas por las personas que han contestado:

NECESIDADES	%
Más formación en diversidad sexual y de género al personal sanitario que se mueve a todos los niveles en Osakidetza.	49,6
Campañas de sensibilización para aumentar la visibilización, la conciencia y la sensibilización de las personas que trabajan y de las que son atendidas en el ámbito de salud	44,6
Que el servicio ginecológico supere los sesgos heterosexuales y reproductivos	36,4
Una atención más amable y empática.	35,5
Garantía de una atención médica con perspectiva de diversidad sexual y de género, no heteronormativa que invite a expresar con libertad el género y la sexualidad.	32,2
Recursos de apoyo psicosocial para atender a las víctimas de la LGTBIfobia	30,6
Ampliar y mejorar los servicios que se presta a las personas LGTBI+, en particular los relativos a la salud afectiva, psíquica y emocional	28,1
Reconocimiento de la identidad de sexo/género.	27,3
Un trato no sexista, ni binarista	22,3
Protocolos internos contra la LGTBI+fobia	21,5
La puesta en marcha de campañas para hacer frente al VIH y otras ITS	15,7
Más inversión en apoyos para ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales.	13,2
Un discurso no tan patologizante sobre las personas trans	11,6
Acabar con la desprotección que se tiene ante Osakidetza	10,7

Tabla 2

LAS PROPUESTAS:

En el cuestionario auto administrado se lanzaba esta pregunta: ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, tu libertad o el ejercicio de tus derechos humanos en los servicios de salud? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más necesarias. Añade las que consideres no estén.

En la tabla se muestran las respuestas de mayor a menor grado de elección tal y como han sido realizadas por las personas que han contestado:

PROPUESTAS	%
Poner en marcha campañas de sensibilización y toma de conciencia sobre diversidad sexual y de género.	62,8
Impartir formación sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario de Osakidetza	60,2
Diseñar un programa de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBIfobia.	38,1
Visibilizar en los formularios de recogida de datos, en las comunicaciones y publicidad institucional la diversidad sexual y de género.	32,7
Garantizar la atención médica a aquellas personas LGBTBI+ que no tengan papeles de residencia o carezcan de tarjeta sanitaria o dinero para acudir a servicios privados.	26,5
Garantizar en Osakidetza la atención de mujeres lesbianas en los tratamientos de reproducción asistida.	23,9
Promover e incrementar el uso de los recursos públicos frente a los privados en relación a la reproducción asistida, reasignación de género u hormonación.	23,9
Realizar Protocolos de atención y respuesta a actitudes LGTBIfóbicas que se produzcan en el interior de Osakidetza	23,9
Evitar la aplicación de criterios de rol de género estereotipado en la Unidad de Género de Cruces.	22,1
Habilitar baños mixtos o no binarios en los centros sanitarios	22,1
Incrementar la investigación sobre la salud de las personas LGBTBI+.	20,4
Potenciar campañas sobre VIH y otras ITS para combatir el estigma y las discriminaciones.	18,6
Impulsar una información positiva, sin tabúes, abierta y sin secretos sobre las personas intersexuales.	14,2
Tratar de forma interseccional la diversidad funcional y la diversidad sexo-genérica de forma que aumente la credibilidad de una persona con trastorno mental a la hora de reivindicar su diversidad.	13,3
Garantizar la realización de citologías con independencia de la sexualidad que se desea o género sentido.	10,6

Tabla 3

2.3.4. LA FORMACIÓN Y LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO DIRIGIDA A PERSONAL DE SANIDAD

Una cuestión mayoritaria y evidente que dejan traslucir las personas que han participado en este estudio es la necesidad, formulada también como propuesta, de formar y sensibilizar sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario de Osakidetza. Una formación y sensibilización que ayude a superar la multitud de prejuicios interiorizados y que fomente un trato amable, empático y no patologizante con las demandas de las personas LGTBI+. Una formación que evite la situación que relata una persona sometida a una operación de reconstrucción de la vagina que a todas luces resultó traumática para ella:

 Después de eso tuve una gran depresión. No he vuelto a ver a los médicos porque no quiero ni volver, fue una experiencia mala y volver allí me recuerda todo. Lo he pasado mal y no he querido ir a ninguna cita de médicos, ni saber nada. Necesitaría un trato más decente, más humano, menos humillante, no sé...es que no me sale la palabra. (ENTREVISTA P8)

Los agentes de la salud entrevistados recuerdan en general que el personal sanitario necesita instrumentos y conocimientos que contemplen un abanico de posibilidades de las distintas expresiones sexuales y de género:

 Pues yo no he visto nunca que se ofrezca ningún tipo de formación. Ni institucional dentro de Osakidetza ni dentro de los ámbitos de la psiquiatría mas oficial. Formación hay mucha pero las propuestas de formación que nos puedan llegar son las que organiza la Red de salud mental o las que están normalmente por las sociedades de psiquiatría o los congresos que. (ENTREVISTA AS3)

A este respecto y sobre la necesidad de esta formación nos recuerda una profesora del departamento de enfermería de la UPV:

 Sorprendentemente cuando se introdujo este tema la respuesta del alumnado fue: ¡por fin! si vamos a hablar de esto, y me sorprendió porque pensaba encontrarme un alumnado de “vale vamos a hablar de lo que quieras” y llevamos haciéndolo tres veces aunque sea en dos cursos. Y yo con el profesorado comento que por primera vez hemos encontrado un espacio con el alumnado que realmente estamos haciendo lo que tenemos que hacer. (ENTREVISTA AS6)

Impulsado por medicusmundi Bizkaia **ALDARTE** imparte cursos sobre diversidad sexual y de género a segundo y tercer grado de enfermería desde hace tres años. Lo interesante de este relato es que esta formación conecta con las necesidades de un alumnado que quiere abordar la diversidad sexual y de género en el ámbito de la salud.

Necesidad del alumnado y también del personal sanitario, tal y como lo reflejaron las personas médicas de familia que participaron en uno de los talleres de debate

 Creo que este sistema sanitario necesita de cierta manera des cisheterosexualizarse. El colectivo sanitario es un colectivo muy hegemónico, de una cierta clase social, una cierta identidad de género y hemos construido un sistema sanitario a nuestra medida y creo que debemos hacer estrategias participativas para que las personas LGTBI nos cuenten como quieren que sea su atención. El sistema sanitario se tendría que adecuar a las necesidades reales de esas personas y no a las necesidades que los agentes sanitarios creemos que tienen. (TAS- AGENTES DE SALUD)

-  Se tendrían que hacer campañas de formación o sensibilización para los profesionales porque somos quienes estamos atendiendo a la gente. Hay que hacer cosas para activar nuestras mentes oxidadas. (TAS- AGENTES DE SALUD)

Osakidetza realiza formaciones continuadas de contenidos que van más allá de los puramente académicos, el tema es si en las mismas se incluyen los relativos a la diversidad sexual y de género. Al respecto una técnica de proyectos de educación para la transformación social de medicusmundi Bizkaia quien negocia los procesos de formación con Osakidetza reconocía las dificultades a la hora de incluir las formaciones en el ámbito sanitario:

-  En formaciones anteriores reconocían que había desconocimiento del personal sanitario en todos estos temas. Y que también había dudas para hacer una atención inclusiva. Se lo planteamos a Osakidetza, a la dirección, que es el referente de cara a poder ejecutar las actividades, y nos dijeron que les parecía interesante. Intentamos empezar a organizar las formaciones y había silencios, no nos respondían ni que si ni que no. Nos dijeron que la parte de DSG no la veían, que no había interés, que no era prioritario y que ahora estaban con otros temas. Se les intentó explicar de que iba la formación, se les mandó una propuesta, y que no terminaban de verla, de encajar y no nos especificaban el que era lo que no encajaba. Y les decíamos que cambios se podían plantear para encajar la formación. (ENTREVISTA AS9)

Esta técnica relata un proceso para introducir unas formaciones para el personal de Osakidetza que le resultó agotador ya que empezó con la propuesta en el año 2018 y hasta noviembre del año 2020 no se llegó a concretar y realizar. ALDARTE fue la organización que impartió la formación en diversidad sexual y de género, una formación que en un principio iba a durar cuatro horas y que se quedó en dos.

Habría que valorar como positiva toda formación realizada pese a los esfuerzos agotadores que puedan implicar su concreción. Es de esperar que en un futuro estos procesos se puedan conformar más ágilmente para dar solución a las necesidades formativas que en diversidad sexo-genérica expresa el personal sanitario.

Más allá de las circunstancias que rodean los procesos formativos habría que hablar del enfoque de los mismos. Una formación que no solo debería ir enfocada a mejorar la salud de las personas LGTBI+, también al cambio de los enfoques teóricos biologicistas sobre la salud que en la actualidad están primando en las facultades que forman al personal sanitario. En esta línea nos comenta la profesora de la escuela de enfermería antes mencionada:

-  Para mi no es solo el problema de que se encuentren en el momento de su practica profesional con situaciones de las que nadie le ha hablado en su currículo de grado sino ni tan siquiera se habían planteado una visión diferente de las diversas realidades que tenemos. (ENTREVISTA AS6)

Para esta profesora de la UPV es importante que el alumnado y el personal sanitario reflexione sobre el concepto biologicista de la salud que es hegemónico y que lleva a un modelo bio-médico y binario donde la visión de la salud es la ausencia de enfermedad:

-  Un modelo que patologiza lo que no considera sano para volver a convertirlo en sano.(Entrevista AS6)

Así que la única manera de romper estas ideas es hablar de los determinantes sociales de salud, que no son biológicos y que van a producir un mayor o menor estado de bienestar físico y psíquico. En este contexto ¿porqué es importante hablar de la diversidad sexual y de género? Porque si es necesario romper con el concepto biologicista de salud como la ausencia de enfermedad también lo es romper con el binarismo normal-no normal que tan unido está a este modelo:

 De hecho ese binarismo de salud- enfermedad se relaciona con el colectivo LGTB del que se piensa que se ha desviado de la norma que es lo normal, entonces hay que volver a hacerte lo que sea para que entres en la norma. Por eso dentro de la formación que se da al alumnado entra toda esa reflexión salir del concepto biologicista, sano-enfermo, normal se desvía de la norma. (ENTREVISTA AS6)

Además la diversidad sexual y de género no deja de ser una realidad que vivimos todas las personas una cuestión que la profesora de la UPV entrevistada nos recuerda como un elemento más de interés para que la formación se realice:

 Son situaciones que los estudiantes han tenido en su clase o algún amigo. Con las formaciones lo aterrizan y a mi me viene muy bien porque cuando yo les hablo de las desigualdades en salud en función del nivel de renta, del nivel educativo o de la clase social a la que pertenezcas son conceptos para ellos mucho más abstractos entonces el tema LGTBI me viene bien porque como tienen un amigo un conocido entonces se ponen a reflexionar. Es muy difícil conseguir en los estudiantes una reflexión más abstracta y me parece que esas formaciones les ha abierto posibilidad de pensar que lo biológico no es tan importante. (ENTREVISTA AS6)

Tomar conciencia de la hegemonía del discurso bio-médico y sus consecuencias nos resulta trascendental en estas formaciones ya que para el mismo la sexualidad o el género de las personas responde principalmente a mecanismos biológicos, soslayando las elecciones personales o los factores culturales, sociales e históricos que están en la construcción de las identidades sexuales y de género.

2.3.5. POR UNA SALUD MENTAL NO HETERONORMATIVA

Recursos de apoyo psicosocial y programas de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBI+fobia están entre las necesidades y propuestas de las personas que han contestado tanto el cuestionario como las que han sido entrevistadas, incluso en uno de los talleres se sugirió:

 Igual sería interesante que hubiera una especialidad de psiquiatría en este tema igual que hay infantil, que haya gente que se especialice en este tema de sexualidad y género. Que haya opción de que la persona pueda reclamar ayuda en estos temas. (TL- MUJERES LGTBI+)

La despatologización ha centralizado el debate sobre salud mental y las realidades LGTBI+ siendo una de las claves de lucha del activismo LGTBI+ el cual ha impulsado críticas hacia los cambios y nuevas concepciones de los manuales diagnósticos (DSM, CIE) y aunque en general ha predominado y predomina el reduccionismo de las categorías diagnósticas relacionadas con las expresiones sexuales y de género hoy día se puede decir que pocas son las personas profesionales en salud mental que consideran, al menos de forma explícita, patológicas a las personas LGTBI+. En estos últimos años, en algo se ha ganado, se utiliza un lenguaje diferente y se ha desterrado la palabra trastorno del vocabulario cuando se abordan estas cuestiones. (Mujika, 2019)

Más allá de la desclasificación como trastorno de los manuales, la despatologización significa tomar conciencia del impacto que la LGTBI+fobia acarrea para las personas que la soportan. ¿Hasta que punto es consciente el personal médico de este punto?. Los siguientes relatos reflejan el trabajo que todavía queda por hacer en esta dirección:

 No he podido hablar con libertad con el servicio de salud mental ya que no entienden de estos temas y de lo que significa la estigmatización que supone ser LGTBI+. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)

- 🔊 El personal de salud mental no logra entender el dolor que se tiene ante una experiencia de represión y persecución policial por ser LGTBI+. (CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO)
- 🔊 A la hora de pedir a mi médico de cabecera que me derivara a un psicólogo/a y tras explicarle mi situación me respondió literalmente: “nosotros no te podemos solucionar estos problemas”, a lo cual yo he respondí enfurecido, ya que padecía una depresión grave: ¿y qué hago me suicido? (TT-TRANS)
- 🔊 El personal sanitario desconoce lo que es ser transexual, transgénero, de género no binario. (TT-TRANS)
- 🔊 Soy no binario y no me he atrevido a contar lo que me pasaba cuando tuve que estar en salud mental. la psiquiatra y la psicóloga con las que hablaba no me daban pie a contar lo que realmente me pasaba, no me hacían las preguntas correctas, sentía que me hacían preguntas cerradas dirigidas a los síntomas que tenía, no encontraba nunca la oportunidad para hablar de lo que me pasaba y dije que era por los estudios cuando no era así. Me diagnosticaron ansiedad generalizada (TG- HOMBRES LGTBI+)

Estos relatos son un resumen de la percepción generalizada que hay entre las personas LGTBI+ de que sus problemas relacionados con la salud mental están nada o escasamente abordados en Osakidetza, por desconocimiento, por que no se entienden las consecuencias de la LGTBI+fobia o porque no hay tiempo, el resultado que a muchas personas LGTBI+ Osakidetza no les ha servido:

- 🔊 Y cuanta gente hace ronda de psicólogos y nada. La semana pasada vino una mujer de casi 60 años que toda su vida se ha sentido mal por no vivir como lesbiana, ha ido al médico, psiquiatras y psicólogos toda su vida por ansiedad y demás, y cuando vino a ALDARTE era la primera vez que contaba que era lesbiana, que se oía a si misma que le gustaban las mujeres, hasta entonces no había comentado nada de por que se sentía tan mal. Osakidetza no le ha servido en este tema. En Osakidetza le han dado pastillas y se las tomaba y tenía mejores y peores temporadas, la manera de abordar este tema en la red de sanidad normalizada no le solucionaba el tema. (TL- MUJERES LGTBI+)

La diversidad sexual y de género tiene que entrar en las consultas médicas y/o de salud mental para ayudar a las personas LGTBI+ a afrontar los problemas que inundan o sobrepasan su existencia debido a un contexto social que las rechaza una vez y otra vez, de modo que puedan vislumbrar narrativas de vida no medicalizadas o salidas diferentes a la desesperación, angustia o suicidio. Un reto todavía por afrontar:

- 🔊 Sigue habiendo detrás un rollo moralista con el tema LGTBI. Aunque ya sabemos que lo han sacada del DS5 hace tiempo y no se considera un trastorno psiquiátrico aun así yo diría que sigue habiendo un idea de que la persona hace una elección anómala o extraña o que hace una elección que tiene que ver con un sufrimiento con un tipo de relaciones parentales concretas. Es esto aunque muy matizado porque hoy en día nadie lo dice pero entre entender que alguien busca el placer como le parece y recorre los caminos que le parece y pensar que es una patología hay un trecho. Y ahí cuando escarbas y hablas del tema salen a flote los prejuicios que siguen estando y que tienen que ver con que luego la gente no lo diga. (ENTREVISTA AS3)

Un abordaje psico social de la salud significa tener en cuenta multitud de actores ya que la salud, como se ha dicho anteriormente, se juega no solo en el ámbito sanitario sino que abarca esferas más amplias de carácter social, político, medioambiental, financiero y cultural. El comentario que sigue podría ser una muestra de cómo está la situación para abordar con un enfoque comunitario la salud en la atención primaria de Osakidetza:

- 🔊 En general en los sitios donde he trabajado el contacto con los servicios sociales o trabajadores sociales es muy escaso. En problemas de salud podemos aportar mucho desde el sistema sanitario, pero en general quienes más pueden aportar son los recursos comunitarios y eso depende de la persona profesional, de que conozca que recursos hay en su barrio o pueblo. Sería ideal conocer los recursos del sitio donde se trabaja para poder ofrecerlos. Lo social evidentemente está en la calle y no en los centros de salud. (TAS-AGENTES DE SALUD)
- 🔊 En APS nos llegan muchos tipos de consultas y muchas de ellas tienen que ver con problemas de salud muy biológicos y técnicos y somos muy buenos resolviendo esos problemas. Pero existen otro tipo de demandas a las que no llegamos y la APS tiene que ser capaz de responder a las mismas y de dirigir las por lo menos. El conocimiento de comunidad y la participación en procesos comunitarios del pueblo o barrio donde se trabaja y conocer recursos del entorno son herramientas muy buenas, colaborar con alguna actividad comunitaria. (TAS-AGENTES DE SALUD)
- 🔊 Parte de nuestro trabajo debería ser informarnos de que asociaciones hay, de hecho en la página de Osakidetza si hay un listado de asociaciones y es nuestro deber informarnos para poder informar al paciente de estos recursos aparte de las estructuras que tiene Osakidetza (TAS-AGENTES DE SALUD)

De estos relatos se sigue el reconocimiento del interés que para una mejor y adecuada atención a las personas LGTBI+ pudiera tener la colaboración con las entidades que se mueven en el ámbito de la diversidad sexual y de género. Un problema potencial para que sea posible un trabajo conjunto entre los ámbitos sanitario y LGTBI+ es que los colectivos LGTBI+ no son colectivos afectados por alguna enfermedad. Esto se señala en unos de los talleres de debate:

- 🔊 Muchas veces la noción que tiene Osakidetza de colaborar con asociaciones son de afectadas por algo, y de hecho hay muchos colectivos reagrupados en torno a enfermedades concretas que son los que colaboran con Osakidetza, tienes que tener esta identificación de afectado porque si eres un colectivo más social difícilmente se cuenta contigo. (TL- MUJERES LGTBI+)

Visitando el listado de asociaciones que Osakidetza pone a disposición del ámbito sanitario²⁹ se observa que todas las asociaciones mencionadas en el listado están compuestas por colectivos de personas afectadas por enfermedades físicas y trastornos mentales. Como es lógico no se encuentra ninguna asociación LGTBI+. Las razones de que en este listado no haya ningún colectivo LGTBI+ pudieran ser las que se exponen a continuación:

- 🔊 El tema sanitario tiene un punto de vista de la salud muy patológico y es verdad que la mayoría de las actividades o iniciativas en las que se trabaja en la comunidad parten de problemas de salud más que de oportunidades de salud, trabajar con el colectivo LGTBI supone trabajar por la salud afectivo sexual o la diversidad sexual. Los sistemas sanitarios pocas veces tienen un punto de vista de promoción de la salud tanto de prevención de enfermedades o de tratamiento, siempre con un punto de vista muy patológico que hace que estas cosas no se identifiquen como necesidades en salud. (TAS-AGENTES DE SALUD)

Durante décadas el asociacionismo LGTBI+ ha respondido a los estados vitales en las que se encuentran las personas LGTBI+ a la hora de demandar ayuda, y sigue haciéndolo, ya que asegura espacios de participación con otras personas que viven o han vivido realidades similares. Entrar en contacto con un colectivo LGTBI+ sirve para defender como posible la sexualidad o el género que se desea, adquiriendo herramientas para afrontar aquellas agresiones, discriminaciones y/o vulnerabilidades que se vive en el marco de lo cotidiano.

29 <https://www.osakidetza.euskadi.eus/osasun-eskola-asociaciones/-/otras-asociaciones>

03

CONCLUSIONES

3.1. LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LA APS

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

Una parte importante de personas que viven en Bizkaia y que son migradas no tienen un acceso regularizado a la APS por no cumplir los requisitos para la obtención de la tarjeta individual sanitaria (TIS) condicionada a un empadronamiento que es difícil de lograr para las personas que tienen muy restringido el acceso a una vivienda.

Si la situación administrativa de la persona es regular no se da una discriminación específica que obstaculice el acceso a la APS por el hecho de ser LGTBI+. Otra cuestión es el trato una vez que se ha accedido.

El acceso sanitario durante la pandemia por COVID 19 se ha visto perjudicado y un número importante de personas relatan haber tenido más obstáculos para la atención sanitaria con la pandemia siendo las razones muy variadas: carácter no presencial de las consultas, cancelaciones de citas médicas, parones de los servicios, etc.

Colectivos como mujeres trans trabajadoras del sexo y el LGTBI+ africano se han visto impactados de forma específica en su salud por las restricciones impuestas por la pandemia. Las primeras se han expuesto a un mayor riesgo de pérdida de salud a tener que trabajar de forma clandestina y los segundos ven limitada su ya mermada salud mental al vivir periodos de aislamiento social prolongados.

La sanidad pública vasca, Osakidetza, al funcionar de forma heteronormativa, sexista y binaria resulta ser discriminatoria y no inclusiva, así se puede decir que:

- Las personas LGTBI+ quedan invisibilizadas al no abordarse la diversidad sexual y de género.
- Se discrimina por orientación sexual en la realización de una prueba ginecológica a un número importante de lesbianas.
- Se producen sesgos hetero-reproductivos en la Unidad de Identidad Género (UIG) de Cruces
- La presunción universal de la heterosexualidad se aplica a la persona usuaria a lo largo de la trayectoria vital.
- Sigue ocurriendo que a las personas trans no se les llama por su nombre elegido.
- Los cuerpos y los géneros son mirados y analizados médicamente según esquemas binaristas.

Las personas LGTBI+ siguen estando expuestas a una mirada patologizante, lo que contribuye a la desvaloración de su experiencia, la conceptualización y clasificación de la diversidad como enfermedad, trastorno o anomalía y la exposición a dinámicas discriminatorias en la práctica clínica. Así:

- Se asumen prácticas sexuales de riesgo en hombres homosexuales

- Resulta complicado y muy desconocido la derivación desde APS a la UIG de Cruces
- No se respeta la auto determinación de género
- Las personas seropositivas ven juzgadas sus conductas sexuales.

Muchas de las actitudes manifiestamente LGTBI+ fóbicas que se han verbalizado en el marco de esta investigación están directamente relacionadas con la racialización de las personas. Aunque se identifican perfiles de mayor riesgo de vulnerabilidad como son las personas trans y migrantes, lesbianas y gays también sufren un trato racista en las consultas médicas.

Muchas de las buenas prácticas que se dan en el interior de las consultas médicas lo han sido gracias a la sensibilización y a la buena voluntad del personal sanitario. Estas buenas prácticas reflejan unas actitudes y un comportamiento que deberían generalizarse en el trato sanitario

3.2. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y LA MEDICALIZACIÓN

En general no se vive como problemático el acceso a los medicamentos. Aunque no todo el mundo accede a la prestación regularizada de medicamentos cuestión que tiene que ver con no tener prestación sanitaria a través de la tarjeta individual sanitaria. La automedicación y sus problemas derivados a la salud es una de las consecuencias.

El gran estigma que tiene la seropositividad en la sociedad obstaculiza la realización de pruebas de detección Vih y la toma de medicación antiretroviral.

Para la diversidad sexual y de género la medicalización ha supuesto la patologización y la búsqueda de terapias curativas para las sexualidades, géneros y cuerpos que no se adecúan a la norma. De este modo, las vidas de las personas LGTBI+ se medicalizan de manera progresiva respecto a la pública y la sanidad privada van adquiriendo mayor protagonismo.

Hay tres aspectos a resaltar respecto a la medicalización de las personas LGTBI+:

- Las personas trans y los procesos de transición medicalizados: las operaciones quirúrgicas de reasignación de género siguen constituyendo un nicho de mercado para la clínica privada. En la UIG de Cruces no hay alternativa terapéutica que aborde desde una perspectiva no médica los procesos de transición. Lo único que se ofrece son terapias hormonales y quirúrgicas.
- Las lesbianas y la inseminación asistida: los obstáculos que se dan en las Unidades de Reproducción Humana de Osakidetza motivan que la mayoría de las lesbianas vayan a las clínicas privadas a realizarse la inseminación asistida. La Ley de reproducción exige el certificado de Osakidetza o de una clínica para reconocer la maternidad de la no gestante, quedando fuera cualquier otra forma elegida por las mujeres lesbianas para acceder a la maternidad. Este requisito es claramente discriminatorio respecto a las parejas heterosexuales a las que no se les exige ningún certificado sanitario para registrar a la criatura que han tenido.
- Los gays y la PrEp: Osakidetza apuesta por la vía medicalizada de la prevención Vih-Sida al poner en marcha la profilaxis pre-exposición a pesar de los cuestionamientos realizados por el personal sanitario y las ONGD,s de lucha contra el Vih-Sida. La PrEP hará variar el trabajo de prevención realizado respecto a las ITS.

3.3. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Se destaca la necesidad de un modelo médico con enfoque psico social que supere el actual modelo bio-médico hegemónico en la sanidad pública vasca. Un modelo que se rebela como muy limitante para atender a las necesidades de salud de las personas LGTBI+.

Para el desarrollo y gestión de un sistema de salud pública que tenga en cuenta la diversidad sexual y de género se aportan tres claves:

- Fomentar la visibilidad de las personas LGTBI+ como un reto que tiene que enfrentar el sistema sanitario público, porque no es posible una sanidad plural y diversa si hay personas que se tienen que ocultar por su sexualidad o género. Se ve necesario que Osakidetza fomente esta visibilidad.
- Realizar formación y sensibilización para el personal sanitario, que ayude a superar la multitud de prejuicios interiorizados y que fomente un trato amable, empático y no patologizante con las demandas de las personas LGTBI+. Una formación que no solo debería ir enfocada a mejorar la salud de las personas LGTBI+, también al cambio de los enfoques teóricos biologicistas sobre la salud que en la actualidad están primando en las facultades que forman al personal sanitario.
- Creación de recursos de apoyo psicosocial y programas de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBI+fobia

Los problemas relacionados con la salud mental están nada o escasamente abordados en Osakidetza, por desconocimiento, por que no se entienden las consecuencias de la LGTBI+fobia, porque no se pregunta que es lo que pasa, o porque no hay tiempo, el resultado que a muchas personas LGTBI+ Osakidetza no les ha servido para la resolución de sus conflictos.

Para una mejor y adecuada atención a las personas LGTBI+ se reconoce el interés que tiene una relación del sistema sanitario con las entidades que se mueven en el ámbito de la diversidad sexual y de género. Esta relación en la actualidad es inexistente. Para ello Osakidetza tendría que variar el enfoque patogénico con el que establece sus relaciones con otras entidades. Este enfoque hace que Osakidetza solo realice contactos con asociaciones compuestas por personas afectadas por enfermedades físicas y trastornos mentales. En este planteamiento no entran organizaciones de carácter psico-social, educativo o formativo como pudieran ser las entidades LGTBI+

04

ANEXOS

ANEXO 1

INFORMACION PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO Y TRABAJO DE CAMPO

A. DATOS DEL CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO ONLINE

El objetivo principal de este apartado es presentar de forma resumida los principales datos sociodemográficos de las 151 personas que han completado el cuestionario online autoadministrado.

Es necesario señalar, de antemano, que los datos y la información que sobre los mismos se muestra no tienen ningún objetivo de inferencia estadística, sino simplemente facilitar un panorama general sobre algunas de las cuestiones que se planteaba en el cuestionario.

LUGAR DE BIZKAIA DONDE SE RESIDE:

Basauri	3	Muskiz	2
Berango	2	Sestao	7
Bilbo	71	Algorta	2
Durango	1	Astrabudua	1
Erandio	11	Barakaldo	8
Ermua	1	Bermeo	1
Gamiz-Fika	1	Bizkaia	2
Lekeitio	3	Deusto	2
Portugalete	5	Etxebarri	2
Santurtzi	4	Gernika	2
Eibar	1	Mungia	2
Galdakao	2	Muxika	1
Getxo	6	Ollargan Arrigorriaga	1
Sopela	2		

Cuestionario: Tabla 1

AUTODEFINICIÓN:

Gay	30	Queer	5
Lesbiana	48	Marica	8
Mujer bisexual	34	Bollera	19
Hombre bisexual	2	Género no binario	12

Mujer intersexual	1	NS/NC	0
Hombre intersexual	1	Madre de hombre trans	1
Mujer transexual	7	Heterosexual	1
Hombre transexual	8	Mujer heterosexual	2
Otros	7		

Cuestionario: Tabla 2

EDAD:

< 18	8
18-25	38
26-35	42
36-50	39
51-65	19
> 65	6

Cuestionario: Tabla 3

ESTADO CIVIL:

Soltera	87
Casada con mujer	16
Casada con hombre	6
Pareja de hecho de mujer	16
Pareja de hecho de hombre	4
Divorciada de mujer	1
Divorciada de hombre	2
Separada de Mujer	0
Separada de hombre	0
Viuda de mujer	1
Viuda de hombre	3
Pareja de una mujer	1
Novia	1
Relación con mujer cis bisexual	1
Pareja hombre	1
Relación con mujer bisexual	1
Soltero	2
Con novio formal	1
En relación sentimental con mujer	1
Casada con una mujer legal pero viviendo con un hombre	1
Pareja en proceso de transición	1
Pareja de hombre	1
Con pareja mujer	1
Polígama	1
Pareja de Mujer	1

Cuestionario: Tabla 4

SITUACION CONVIVENCIAL:

Vivo sola	25
Vivo con otras personas	126

Cuestionario: Tabla 5

RESPONSABILIDADES FAMILIARES U OTRAS

Descendencia	21
Ascendencia	19
Otros familiares	10
Otras personas	3
Ninguna	97

Cuestionario: Tabla 6

NIVEL DE ESTUDIOS

Sin completar educación básica o sin título	
Escolarización básica con título	4
Bachillerato	11
FP grado medio	19
FP grado superior	24
Estudios Universitarios	87
Técnico medio	1
Socio sanitario al cuidado de personas dependientes	1
Estudios básicos con déficit de atención	1
Ingeniero	1
Otros	1

Cuestionario: Tabla 7

SITUACION LABORAL

Trabajando	63
Trabajando en precario	17
En paro	25
Jubilación	8
Estudiando	26
Ámbito doméstico y/o de cuidados	1
Otros	1
Excedencia	2
Estudiando y trabajando	1
Ayuda	1
Baja médica	1
Lantegi batuak	1
No posibilidad de trabajo por no disponer del permiso de residencia y para trabajar	1
Prácticas con una beca	1

Refugiado	1
Hoy día se aprovechan de los jóvenes pagando en negro. Por lo tanto mi situación es sin trabajo y sin paro	1

Cuestionario: Tabla 8

ASOCIACIONISMO

Formo parte de una asociación LGTBI+	39
No Formo parte de una asociación LGTBI+	66
Formo parte de alguna asociación de otro ámbito	38
No Formo parte de alguna asociación de otro ámbito	32

Cuestionario: Tabla 9

VISIBILIDAD

SI	86
NO	13
DEPENDEN	50

Cuestionario: Tabla 10

DURANTE EL CONFINAMIENTO POR EL COVID 19 ¿HAS SUFRIDO ALGUNA SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN?

SI	7,6
NO	141

Cuestionario: gráfico 1

¿ESTÁ SIENDO O HA SIDO LA PANDEMIA POR COVID 19 UN OBSTÁCULO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN TU CENTRO DE SALUD?

SI	36,4
NO	63,6

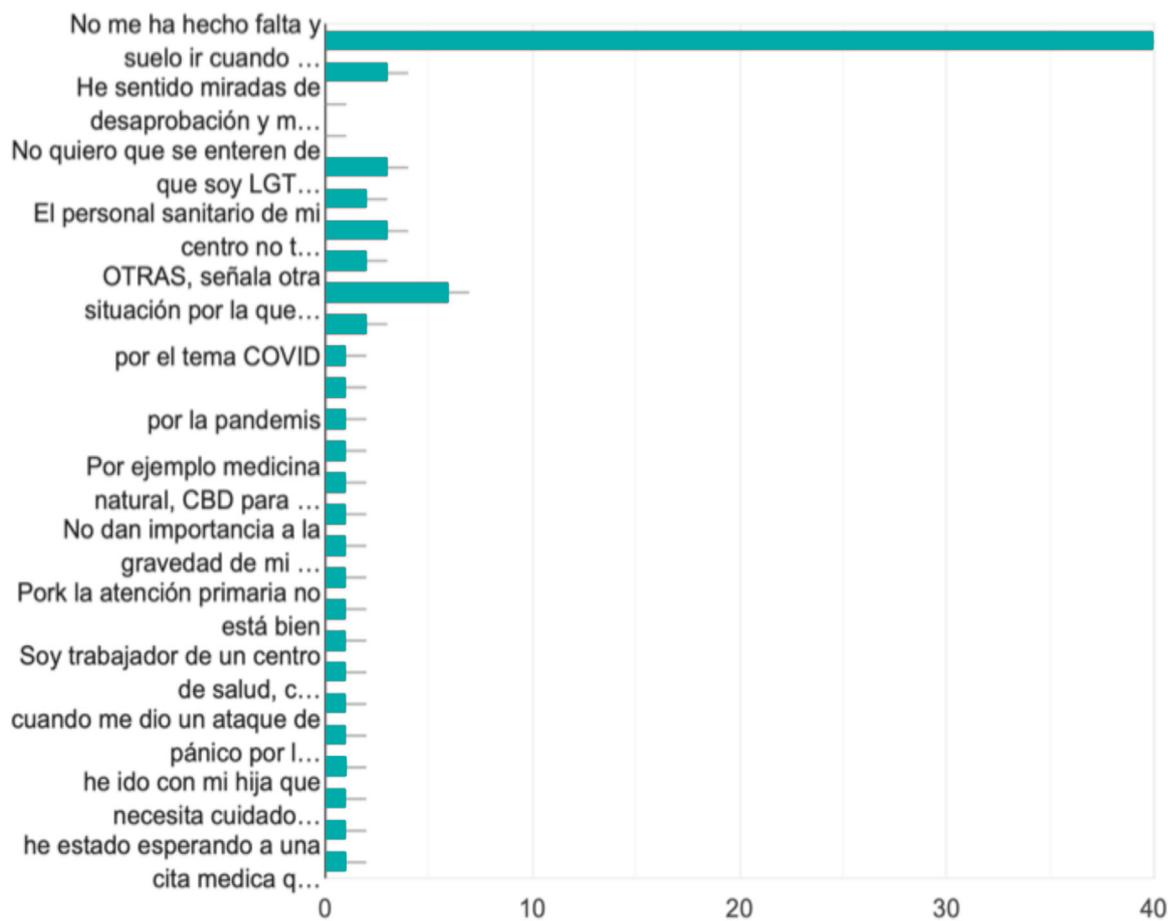
Cuestionario: gráfico 2

HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

SI	58,6
NO	41,4

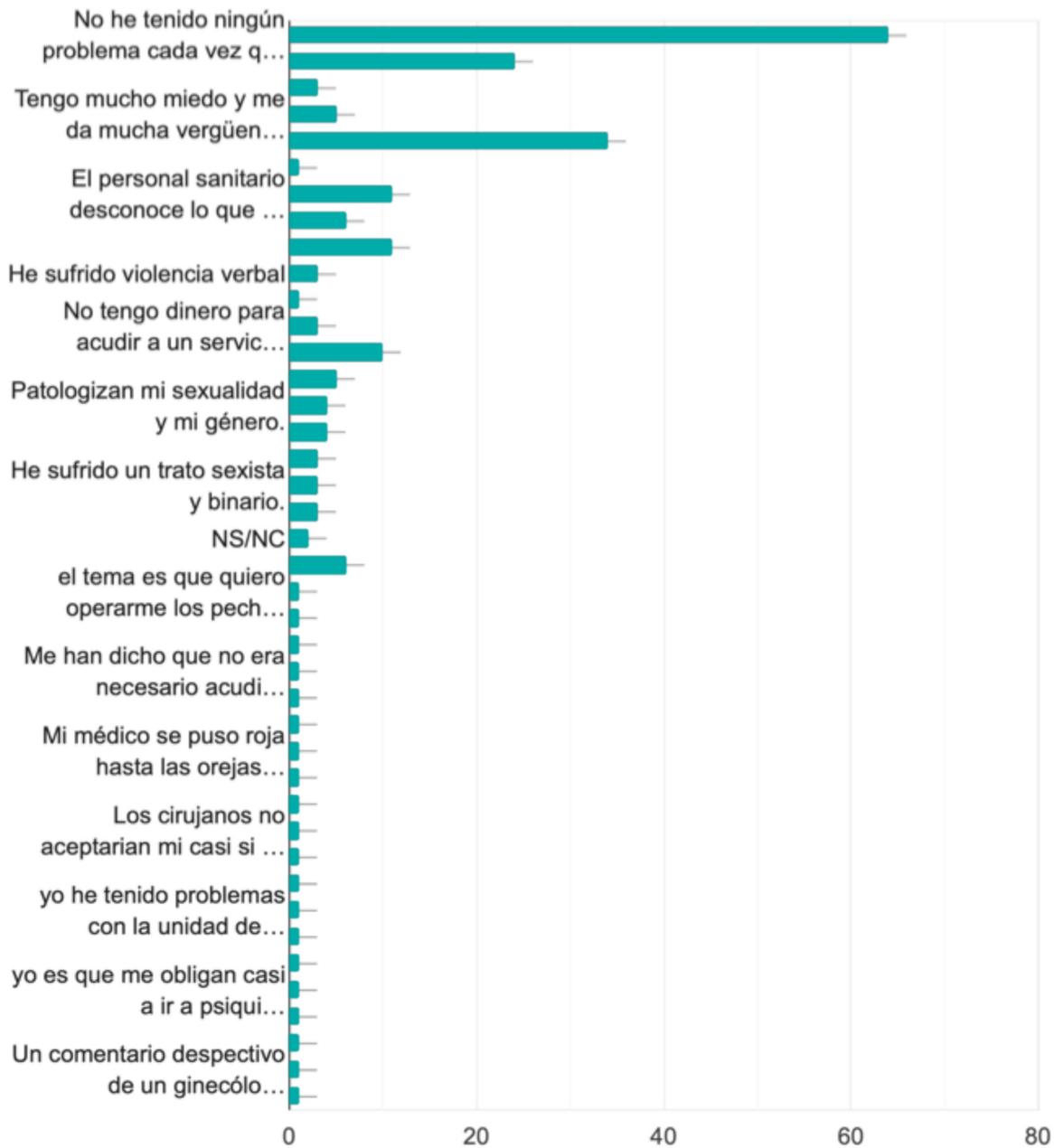
Cuestionario: gráfico 3

Si no has acudido a tu centro de salud ¿cuáles han sido las razones? Elige dos que veas oportunos y acordes a lo que ha sido tu experiencia:



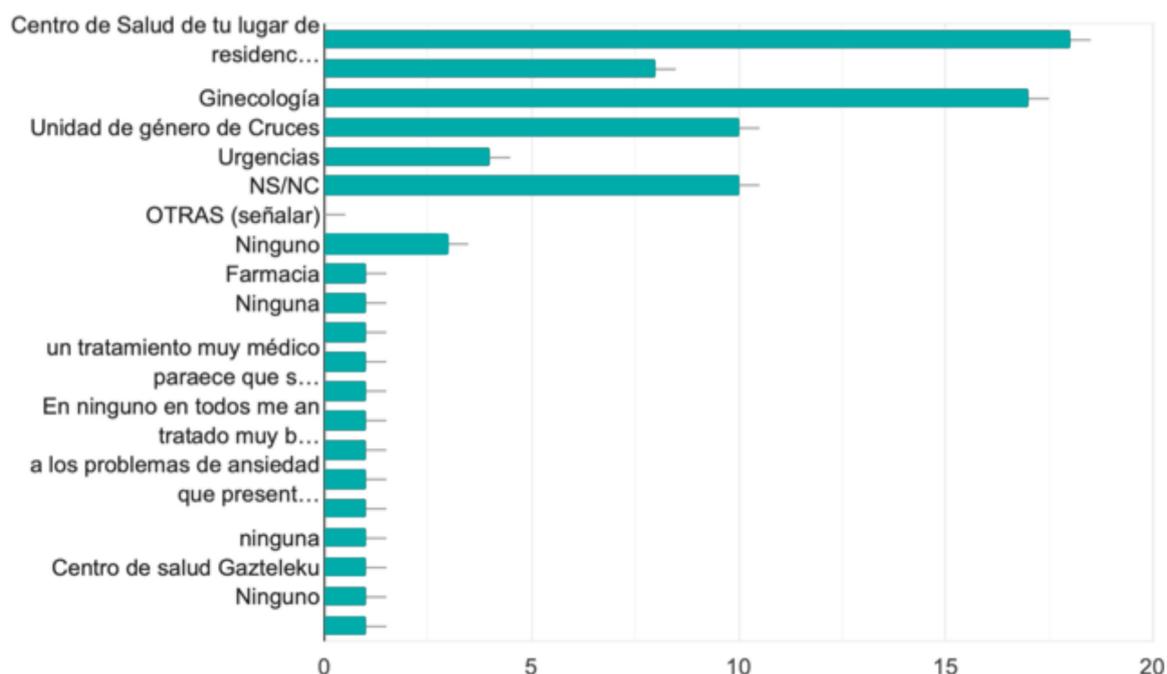
Cuestionario: Tabla 11

Cuando has acudido a tu centro de salud: ¿alguna vez has tenido algún tipo de problema relacionado con tu bienestar, libertad, que sientes que merman o vulneran tus derechos humanos por pertenecer al colectivo lgtbi+?. ¿sientes que puedes expresarte como quieres y como eres? ¿qué tipo de problemas has tenido?: entre las que se muestran elige las cinco que veas más acordes a tu experiencia



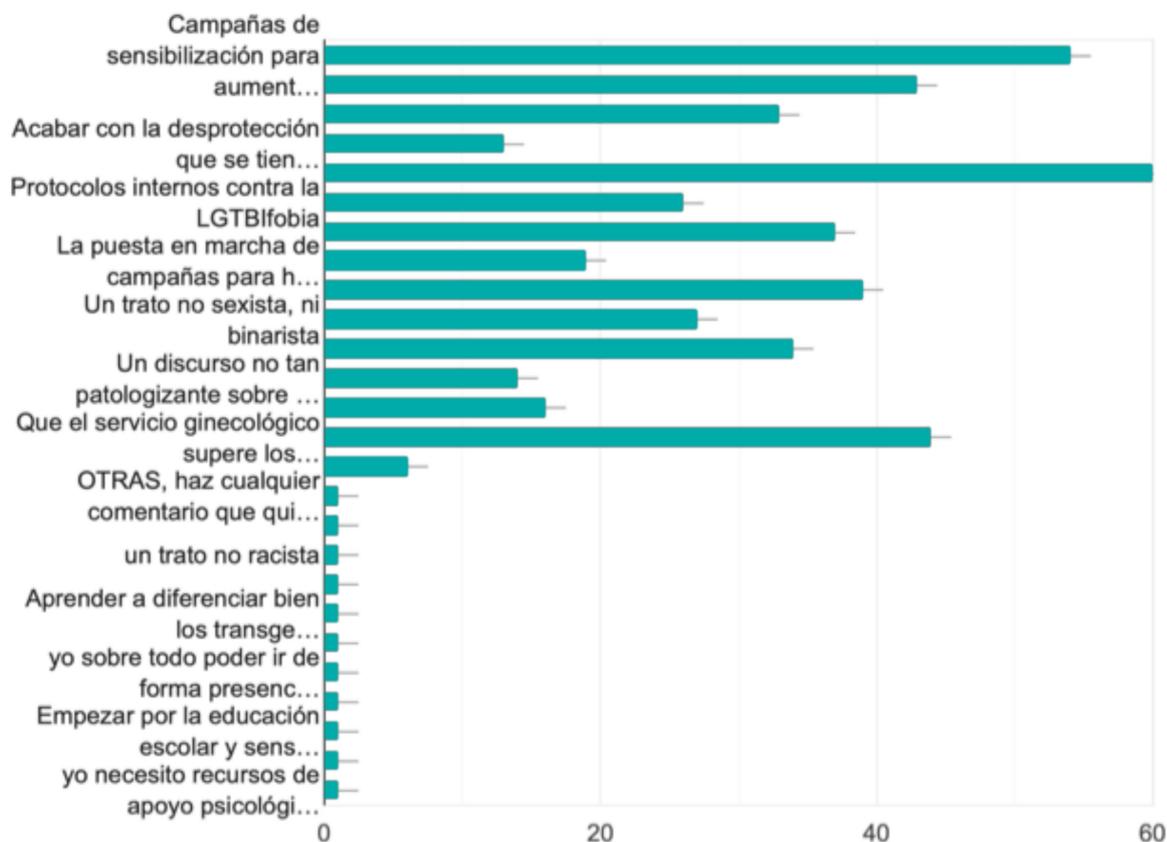
Cuestionario: Tabla 12

¿En que área de salud has tenido problemas?



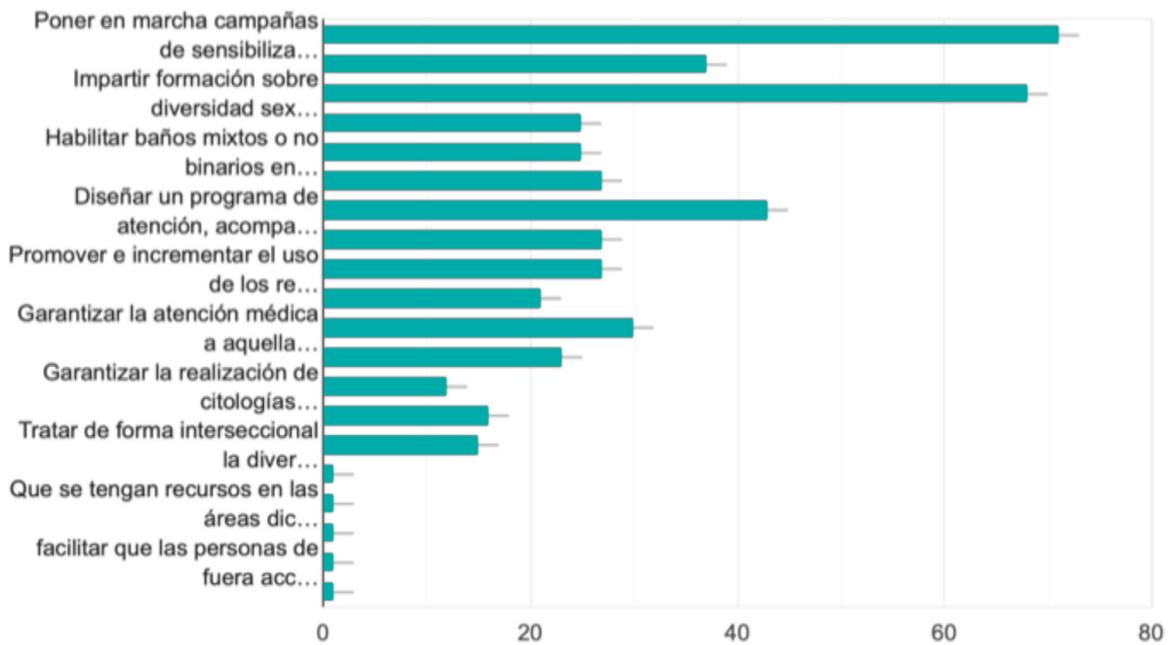
Cuestionario: Tabla 13

¿Qué tipo de necesidades se te plantean respecto a los servicios de salud a los que acudes? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más necesarias. Añade las que consideres no estén.



Cuestionario: Tabla 14

¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, tu libertad o el ejercicio de tus derechos humanos en los servicios de salud? entre las que se muestran elige las cinco que veas más urgentes. Añade las que consideres no estén.



Cuestionario: Tabla 15

ANEXO 2

PERFILES ENTREVISTAS PERSONAS LGTBI+

Clave	Perfil
P1	Hombre Gay, 74 años, latino americano, jubilado, vive en Bilbao
P2	Hombre trans, 19 años, latino americano, estudiante, vive en Bilbao
P3	Adolescentes Transgéneros, 15 y 16 años, autóctonos, estudiantes, viven en Durango y Santurtzi
P4	Mujer Lesbiana, 65 años, jubilada, autóctona, vive en Barakaldo
P5	Hombre Gay, 35 años, autóctono, en paro, vive en Bilbao.
P6	Mujer trans, 28 años, trabajadora sexual, africana, vive en Bilbao
P7	Hombre trans, 23 años, autóctono, diversidad funcional, estudiante, vive en Bilbao
P8	Mujer Intersexual, lesbiana, 22 años, autóctona, estudiante, vive en Basauri

PERFILES ENTREVISTAS AGENTES SALUD+

Clave	Perfil
AS1	Organización ASKABIDE
AS2	Psiquiatra, recientemente jubilado y con larga trayectoria en clínica
AS3	Psiquiatra, trabaja en CSM en Barakaldo
AS4	Educador de T-4
AS5	Médico de familia, trabaja en la unidad ITS de Bombero Etxaniz
AS6	Profesora escuela de enfermería de la UPV
AS7	Educador de Médicos del Mundo
AS8	Organización Sehaska
AS9	Responsable formación de medicusmundiBizkaia

PERFILES TALLERES REALIZADOS

Clave	Perfil
TG-Hombres LGTBI+	Participan seis personas de edades comprendidas entre los 25 y 35 años y perfiles muy diversos
TL-Mujeres LGTBI+	Participan seis personas de edades comprendidas entre los 30 y 50 años de perfiles muy diversos
TT-Trans	Participan seis personas de edades comprendidas entre los 19 y 35 años y de perfiles muy diversos
TAS-Agentes de salud	Participan cinco médicos/as de familia de Osakidetza que trabajan en Bizkaia

ANEXO 3

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO PERSONAS LGTBI+

El cuestionario es de carácter totalmente anónimo y tiene como objetivo ser cumplimentado por el mayor número de personas LGTBI+ que vivís en Bizkaia. Independientemente de tu visibilidad o grado de visibilidad, tu aportación es relevante y por ello te invitamos a que rellenes el cuestionario contestando aquellas partes del mismo que veas mejor se corresponde con tus problemáticas vividas, necesidades sentidas y propuestas que quieras hacer.

El cuestionario se formula en femenino, entendiendo que este abordaje hace alusión a las personas en general (como quiera que se identifiquen en relación a sus géneros), no a las mujeres en específico.

Por último, os agradecemos el interés, esfuerzo y tiempo empleado para la cumplimentación del cuestionario. Entre todas haremos que merezca la pena.

VISIBILIDAD

SOY VISIBLE

Sí	No	Depende

¿Puedes especificar en qué ámbitos o situaciones eres o no visible?

¿ERES VISIBLE EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

Sí	No	Depende

¿Puedes especificar en qué situaciones eres o no visible en el ámbito de la salud?

¿VES NECESARIO VISIBILIZARSE EN EL CENTRO DE SALUD?

Sí	No

¿Por qué si o por qué no?

COVID 19

DURANTE EL CONFINAMIENTO POR EL COVID 19 ¿HAS SUFRIDO ALGUNA SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN?

Sí	No
----	----

¿Qué situación has sufrido?

¿ESTÁ SIENDO O HA SIDO LA PANDEMIA POR COVID 19 UN OBSTÁCULO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN TU CENTRO DE SALUD?

Sí	No
----	----

Si has respondido si, ¿cuál es o ha sido el obstáculo?

PROBLEMÁTICAS

¿HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

Sí	No
----	----

SI NO HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD ¿CUÁLES HAN SIDO LAS RAZONES? ELIGE LOS QUE VEAS OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO TU EXPERIENCIA:

<input type="checkbox"/>	No me ha hecho falta y suelo ir cuando lo necesito
<input type="checkbox"/>	Los servicios que necesito no los cubre el centro de salud
<input type="checkbox"/>	He sentido miradas de desaprobación y menosprecio la última vez que estuve, así que aún necesítándolo no me he atrevido a ir.
<input type="checkbox"/>	No tengo tarjeta sanitaria
<input type="checkbox"/>	No quiero que se enteren de que soy LGTBI+
<input type="checkbox"/>	Temo que me rechacen
<input type="checkbox"/>	El personal sanitario de mi centro no tiene ninguna experiencia en temas de diversidad sexual y de género
<input type="checkbox"/>	NS/NC
<input type="checkbox"/>	OTRAS, señala otra situación por la que no has acudido a tu centro de salud

CUANDO HAS ACUDIDO A TU CENTRO DE SALUD: ¿ALGUNA VEZ HAS TENIDO ALGÚN TIPO DE PROBLEMA RELACIONADO CON TU BIENESTAR, LIBERTAD, QUE SIENTES QUE MERMAN O VULNERAN TUS DERECHOS HUMANOS POR PERTENECER AL COLECTIVO LGTBI+?. ¿SIENTES QUE PUEDES EXPRESARTE COMO QUIERES Y COMO ERES?

Sí	No
----	----

¿Qué tipo de problemas has tenido?:

ELIGE LOS QUE VEAS OPORTUNO Y ACORDES A LO QUE HA SIDO TU EXPERIENCIA:

	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi centro de salud
	No he tenido ningún problema cada vez que he acudido a mi centro de salud ya que no me visibilizo como LGBTBI+
	Miradas de desaprobación, menosprecio, intimidatorias, ...
	Tengo mucho miedo y me da mucha vergüenza, miedo de que si el medico lo sabe lo sepa luego, mi familia.
	Han presupuesto que era heterosexual y me han tratado como tal.
	Cuando he contado que era gay han presupuesto mi promiscuidad y me han mandado hacer la prueba del VIH
	El personal sanitario desconoce lo que es ser transexual, transgénero, de género no binario,...
	El personal sanitario no ha sabido derivarme a la Unidad de Género de Cruces
	Me tratan con el género que no deseo
	He sufrido violencia verbal
	No tengo papeles de residencia ni tarjeta sanitaria
	No tengo dinero para acudir a un servicio de salud privado
	He recibido un trato no adecuado basado en prejuicios
	No saben como tratarme y me miran como la vaca a un tren
	Patologizan mi sexualidad y mi género.
	No he podido hablar con libertad con el servicio de salud mental ya que no entienden de estos temas y de lo que significa la estigmatización que supone ser LGBTBI+
	El personal de salud mental no logra entender el dolor que se tiene ante una experiencia de represión y persecución policial
	He sufrido un trato sexista y binario.
	Se han negado a hacerme una citología al decirles que era lesbiana.
	NS/N
	OTRAS, haz cualquier comentario que quieras sobre las problemáticas que has vivido

¿EN QUE ÁREA DE SALUD HAS TENIDO PROBLEMAS?

	Centro de Salud de tu lugar de residencia
	Salud Mental
	Ginecología
	Unidad de género de Cruces
	Urgencias
	NS/NC
	OTRAS (señalar)

NECESIDADES

¿Qué tipo de necesidades se te plantean respecto a los servicios de salud a los que acudes? Consideras que cuando lo han necesitado las personas LGBTBI+ han tenido acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?

	Campañas de sensibilización para aumentar la visibilización, la conciencia y la sensibilización de las personas que trabajan y de las que son atendidas en el ámbito de salud
	Una atención más amable y empática.
	Reconocimiento de la identidad de sexo/género.
	Acabar con la desprotección que se tiene ante Osakidetza.
	Más formación en diversidad sexual y de género al personal sanitario que se mueve a todos los niveles en Osakidetza.
	Protocolos internos contra la LGTBIfobia
	Recursos de apoyo psicosocial para atender a las víctimas de la LGTBIfobia
	La puesta en marcha de campañas para hacer frente al VIH y otras ITS
	Garantía de una atención médica con perspectiva de diversidad sexual y de género, no heteronormativa que invite a expresar con libertad el género y la sexualidad.
	Un trato no sexista, ni binarista
	Ampliar y mejorar los servicios que se presta a las personas LGBTBI+, en particular los relativos a la salud afectiva, psíquica y emocional.
	Un discurso no tan patologizante sobre las personas trans.
	Más inversión en apoyos para ayudar a las personas trans a empoderarse con sus cuerpos y así puedan optar por vías no tan quirúrgicas u hormonales.
	Que el servicio ginecológico supere los sesgos heterosexuales y reproductivos.
	NS/NC
	OTRAS, haz cualquier comentario que quieras sobre las necesidades que sientes respecto a tus vivencias como persona perteneciente a la población LGTBI

PROPUESTAS

¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, tu libertad o el ejercicio de tus derechos humanos en los servicios de salud? Entre las que se muestran elige las cinco que veas más urgentes. Añade las que consideres no estén.

	Poner en marcha campañas de sensibilización y toma de conciencia sobre diversidad sexual y de género.
	Visibilizar en los formularios de recogida de datos, en las comunicaciones y publicidad institucional la diversidad sexual y de género.
	Impartir formación sobre diversidad sexual y de género al personal sanitario de Osakidetza.
	Evitar la aplicación de criterios de rol de género estereotipado en la Unidad de Género de Cruces.
	Habilitar baños mixtos o no binarios en los centros sanitarios

	Realizar Protocolos de atención y respuesta a actitudes LGTBfóbicas que se produzcan en el interior de Osakidetza
	Diseñar un programa de atención, acompañamiento y apoyo psicológico a las víctimas de la LGTBfobia.
	Garantizar en Osakidetza la atención de mujeres lesbianas en los tratamientos de reproducción asistida.
	Promover e incrementar el uso de los recursos públicos frente a los privados en relación a la reproducción asistida, reasignación de género u hormonación.
	Potenciar campañas sobre VIH y otras ITS para combatir el estigma y las discriminaciones.
	Garantizar la atención médica a aquellas personas LGTB+ que no tengan papeles de residencia o carezcan de tarjeta sanitaria o dinero para acudir a servicios privados.
	Incrementar la investigación sobre la salud de las personas LGTB+.
	Garantizar la realización de citologías con independencia de la sexualidad que se desea o género sentido.
	Impulsar una información positiva, sin tabúes, abierta y sin secretos sobre las personas intersexuales.
	Tratar de forma interseccional la diversidad funcional y la diversidad sexo-genérica de forma que aumente la credibilidad de una persona con trastorno mental a la hora de reivindicar su diversidad.
	OTRAS, haz cualquier comentario que quieras sobre las medidas que pondrías en marcha como persona perteneciente a la población LGTB

Otros comentarios, aportaciones

Si quieres nos puedes dejar tu contacto (teléfono o email) para posible entrevista personal o participar en un grupo de debate. **Gracias por tu participación!**

ANEXO 4

GUIONES ENTREVISTAS

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A PERSONAS LGTB+

BLOQUE I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

Objetivos generales y específicos:

Fases de desarrollo

Trabajo de campo:

Objetivos de la entrevista

BLOQUE II. PRESENTACIÓN DE LA PERSONA

Momento para que la persona se presente a sí misma, destacando los aspectos o elementos que considere de mayor interés o más relevantes:

- En el marco de la DSG ¿cómo te defines?
- ¿Desde siempre o ha ido cambiando?
- ...

BLOQUE III. REALIDADES, VIVENCIAS, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS LGTBI EN MATERIA DE SALUD

- ¿Cómo dirías que te afecta el la LGTBIfobia? ¿En qué te limita? Espacio público, deseos, empleo, familia, pareja, relaciones sexuales, amistades...
- En específico ¿cómo dirías que te afecta la LGTBIfobia en el ámbito de la salud? ¿Has sido y/o estás discriminado actualmente? ¿De qué manera?
- ¿Se te junta con otras discriminaciones?
- ¿Qué has hecho/haces para hacer frente o solucionar esto?
- ¿Cómo ves a la gente de tu alrededor? ¿Se respetan los derechos de la misma manera que a una persona heterosexual? ¿Y se ejercen? ¿O la represión y/o falta de recursos (gente, visibilización...) lo impide?
- ¿Qué echas en falta? ¿Qué cambiarías si pudieses?

BLOQUE IV. PROPUESTAS (MODOS DE AFRONTAMIENTO, PROPUESTAS DE TRABAJO, ETC.)

- ¿Qué tipo de medidas crees que mejorarían tu bienestar, derechos, etc. en los espacios de salud a los que acudes??
- ...

Agradecimiento por la participación en la entrevista

ENTREVISTAS AGENTES DE SALUD

BLOQUE I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

Objetivos generales y específicos:

Fases de desarrollo

Trabajo de campo:

Objetivos de la entrevista

BLOQUE II. PRESENTACIÓN DE LA PERSONA

Momento para que la persona se presente a sí misma, destacando los aspectos o elementos que considere de mayor interés o más relevantes:

- Lugar de trabajo:

- Funciones en el trabajo:
- En el marco de la DSG ¿cómo te defines?
- ...

BLOQUE III. LA ATENCIÓN EN SALUD: REALIDADES, VIVENCIAS, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS LGTBI+ EN MATERIA DE SALUD

- ¿Cómo defines tu trabajo como agente de salud?
- ¿Cómo se define, en general, la realidad de las personas LGTBI+ en el lugar donde desarrollas tu trabajo?
- ¿Qué tipo de problemas relacionados con el bienestar, libertad, etc. de las personas LGTBI+ crees que se han dado o se dan en materia de salud?
- ¿Qué tipo de necesidades crees que pueden plantear las personas LGTBI+ en relación a su salud?
- ¿Qué tipos de líneas de acción (programas y actividades) se planifican y desarrollan desde tu lugar de trabajo para abordar la diversidad sexual y de género?
- Qué tipo de medidas crees que mejorarían el bienestar, libertad o el ejercicio de los derechos humanos de las personas LGTBI+ en la atención a su salud?
- COVID19: ¿ha recortado la atención en salud de las personas LGTBI+?
- ...

BLOQUE IV. MEDICALIZACIÓN

- ¿Cómo definiríais el planteamiento estratégico en el que se basan las líneas de acción que en este tema desarrolla Osakidetza?
- A nivel general ¿Crees que este planteamiento es el que mejor se adecúa a las necesidades de salud de las personas? Y en específico a las personas LGTBI+?
- Consideras que cuando lo han necesitado las personas LGTBI+ han tenido acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?
- ...

BLOQUE IV. APOYO PSICO-SOCIAL

- ¿Cómo definiríais el planteamiento estratégico en el que se basan las líneas de acción que en materia de salud mental desarrolla Osakidetza?
- ¿En algún momento has tenido algún conflicto con la perspectiva en materia de atención en salud y/o psico social que quisieras emplear en tu trabajo respecto a la que se supone debes emplear? ¿De que tipo?
- Qué tipo de medidas crees que mejorarían la salud afectiva/emocional de las personas LGTBI+?

TALLERES

BLOQUE I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

- Objetivos generales y específicos:
- Fases de desarrollo

- Trabajo de campo:
- Objetivos de la entrevista.

BLOQUE II. PRESENTACIÓN

Momento para que le agente de salud se presente a sí mismo, destacando los aspectos o elementos que considere de mayor interés o más relevantes:

- Nombre
- Donde trabaja
- Estado social
- ...

BLOQUE III. LA ATENCIÓN EN SALUD: REALIDADES, VIVENCIAS, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS LGTBI+ EN MATERIA DE SALUD

- ¿Cómo se define, en general, la realidad de las personas LGTBI+ en el lugar donde vivis?
- ¿Qué tipo de problemas relacionados con el bienestar, libertad, etc. de las personas LGTBI+ crees que se han dado o se dan en materia de salud? ¿cuales ha sido vuestras experiencias
- ¿Qué tipo de necesidades crees que pueden plantear las personas LGTBI+ en relación a su salud ?
- Qué tipo de medidas crees que mejorarían el bienestar, libertad o el ejercicio de los derechos humanos de las personas LGTBI+ en la atención a su salud?
- COVID19: ¿ha recortado la atención en salud de las personas LGTBI+? ¿cual ha sido vuestras experiencias?
- ...

BLOQUE IV. MEDICALIZACIÓN

- ¿Consideráis que nos medicamos mucho? ¿esto como afecta a las personas LGTBI+?
- A nivel general ¿Crees que este planteamiento es el que mejor se adecúa a las necesidades de salud de las personas? Y en específico a las personas LGTBI+
- Consideras que cuando lo han necesitado las personas LGTBI+ han tenido acceso a los medicamentos (VIH, hormonas, ansiolíticos,...) y tratamientos (Inseminación asistida, transición trans,...) en igualdad de condiciones que el resto de la población?
- ...

BLOQUE IV. APOYO PSICO-SOCIAL

- ¿Cómo definiríais el planteamiento en materia de salud mental de Osakidetza?
- ¿En algún momento habéis tenido necesidad de un apoyo psicológico? ¿lo has tenido en Osakidetza?
¿Cuál ha sido la experiencia?
- Qué tipo de medidas crees que mejorarían la salud afectiva/emocional de las personas LGTBI+?

BIBLIOGRAFIA

-  AAVV, Lesbianas con recursos. Una mirada sobre el acceso y el uso de los recursos sociales en la CAE por parte de las mujeres lesbianas Emakunde, 2013. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca.2013.2.lesbianas.con.recursos.pdf
-  Ayuntamiento Vitoria-Gasteiz Servicio de Igualdad, Departamento de Alcaldía y Relaciones Institucionales, Desirak plazara. Diagnóstico sobre las realidades de la población LGTBI en Vitoria-Gasteiz, 2018. <https://www.vitoria-gasteiz.org/docs/wb021/contenidosEstaticos/adjuntos/es/95/11/79511.pdf>
-  Donoso, Silvia, “La familia lésbica”, Gestión familiar de la homo-sexualidad, (AAVV), Barcelona, Ed. Bellaterra, 2002, pp. 171-214.
-  Erroteta, Jose M^º, Disforia de género:(El ideal regresivo y sus destinos), en revista Norte de Salud Mental, 2020, vol.XVI, nº 62:52-60.
-  FELGTB. Informe Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM). 2012.
-  Fernandez, June, Reproducción asistida: ¿relájate y llegará? Pikara Magazine 2019. <https://www.pikaramagazine.com/2019/04/reproduccion-asistida/>
-  GEHITU, Diagnóstico de realidades LGTBI+ de Gipuzkoa, 2018. <https://drive.google.com/file/d/1ICSznJMFN-hd5EA1ytTsYz7OXGvqsDph/view>
-  Lalana Cuenca, Jose Manuel, De ellos ¿quién me va a proteger?, Norte de Salud mental, 2021, vol. XVII, nº 64:7:10.
-  Franc, I./Vanguardia, L., Del pozo a la hiena: Humor e ironía en la llamada literatura lésbica, en Simonis, A. (ed.) Cultura, homosexualidad y homofobia vol.II/ Amazonia: retos de visibilidad lesbiana, Barcelona, ed. Laertes, 2007.
-  Lopez, Silvia, los cuerpos que importan en Judith Butler, Colección las Imprescindibles, Dos Bigotes Ed., 2019.
-  MedicusMundi, Amenazas al derecho a la salud en Euskadi, desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario, 2017 www.medicusmundi.es <http://www.ehu.es/es/web/opik/privatizacion-desigualdad>
-  Missé, Miquel, A la conquista del cuerpo equivocado, Egales, 2018.
-  Mujika Flores, Inmaculada, Visibilidad y participación social de las mujeres lesbianas en Euskadi, Colección DDHH, Ararteko, 2007. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_913_1.pdf

-  Mujika Flores, Lala, Construyendo una salud mental no heteronormativa donde quepa la diversidad sexual y de género. Norte de salud mental, 2019, vol. XVI, nº 61: 7-10. <http://aen.es/wp-content/uploads/2019/08/Norte-61.pdf>
-  OMS, Alma Ata 1978, Atención primaria de Salud, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=7C7DF4A4535F895C29878F05537DD213?sequence=1>
-  Orueta Sánchez, Ramón, et al. Medicalización de la vida (I).Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(2), 150-161. (2011). Recuperado en 15 de febrero de 2021. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&tlng=es
-  OPS, Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la era de la profilaxis oral previa a la exposición al VIH (PrEP), Organización Panamericana de la Salud, 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51951/OPSCDEVT200005_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
-  Osakidetza, Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi, 2020. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf
-  Pichardo Galán, Jose Ignacio, Entender la diversidad familiar. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia. Ed. Bellaterra, 2009.
-  Rubio Llona, Aimar, Homofobia de Estado y diversidad sexual en África Relato de una lucha, Cuadernos de Trabajo Hegoa nº 73, 2017.
-  Sadurní, Nuria, Necropolítica queer y la ley catalana 1½014 en Silvia Lope y R. Lucas Platero (eds.) Cuerpos Marcados vidas que importan y políticas públicas, ed. Bellaterra, 2019.
-  TransForma la salut, Plataforma per a un nou model de salut trans*, Reivindicación de un nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans*, sin fechar, <https://docplayer.es/80612000-Reivindicacion-de-un-nuevo-modelo-de-atencion-a-la-salud-de-las-personas-trans.html>
-  Universidad Autónoma de Madrid, Familias homoparentales en España: integración social, necesidades y derechos, 2013. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4069_d_FamiliasHomoparentales_UAM.pdf

CONCLUSIONES

Un análisis en profundidad del estado de la Atención Primaria en Salud desde la Diversidad sexual y de género en contextos dispares como el Departamento de Atlántida en Honduras y la Provincia Foral de Bizkaia, arroja conclusiones comunes que refuerzan la hipótesis que defiende que los sistemas sanitarios están conceptualizados desde un enfoque binarista y normativo de la salud que genera exclusión y por tanto determina la salud de las personas.

A través del análisis de tres ejes indispensables, aunque no únicos, como son las desigualdades en salud, la medicalización y la atención psicosocial, y de las experiencias de personas del colectivo LGTBQ+, observamos en qué medida la Diversidad sexual y de género interactúa con otros determinantes para condicionar tanto las opciones de acceso al sistema sanitario, como la experiencia exitosa dentro del mismo.

El estudio demuestra que es importante diferenciar entre desigualdad en el acceso y dificultades en el acceso. Los discursos imperantes sobre Derechos Humanos que han reinado en las últimas décadas han supuesto un avance en el reconocimiento de Derechos Humanos nunca visto anteriormente. Si bien, ese reconocimiento formal, impulsado en muchos países por los gran avances en el campo del derecho Internacional, no se han trasladado en la misma medida a la realidad de las personas que ostentan dichos derechos. Se ha generado por tanto una enorme brecha entre los derechos humanos legalmente reconocidos y el ejercicio de dichos derechos, brecha que se agudiza en el caso de las personas LGTBQ+, aquellas situadas en los márgenes de un sistema de salud cis-heteronormativo y patriarcal, e invisibles al mismo. Así, por un lado, las desigualdades en el acceso las encontramos en personas migrantes a las que se les despoja de sus derechos a través de trabas administrativas y burocráticas, negándoles derechos humanos fundamentales. Por otro, las dificultades en el acceso para toda persona LGTBQ+ que accede a él se sitúan en el diseño que el propio sistema binarista entraña para personas que no encajan dentro del modelo cis-heteronormativo y la medida en que estas dificultades alimentan comportamientos discriminatorios por parte de quienes conforman, en este caso, el sistema sanitario.

El modelo de un sistema sanitario nunca es aséptico, por el contrario, responde a un sistema político concreto basado en los valores que la sociedad a la que pertenece ensalza. Es por tanto un fiel reflejo de la sociedad a la que pertenece, con sus virtudes y sus miserias. Las desigualdades y dificultades en el acceso reflejan así el sistema de valores imperante, sus nociones de lo que está bien y lo que está mal, de a quién se acepta como propio y a quién se sitúa en los márgenes de la norma, de qué vidas merecen ser vividas y por tanto protegidas, y las que no.

Dichas dificultades suponen barreras en el acceso a las que se suman las diferencias en el trato, particularmente en el caso de las personas trans. No hay una única manera de ser trans y la falta de enfoque social, incluyente e interseccional desde el ámbito sanitario, unido a la crisis sistémica de valores, facilita que se oriente a las personas a encajar en una norma, en la norma prevalente. Esta crisis sistémica de valores determina el comportamiento de las personas tanto dentro como fuera del centro de atención primaria, e impregna de manera estructural el diseño del propio sistema sanitario. De este modo, la caridad gana a la justicia social y la persona LGTBQ+ pierde agencia ante quien ostenta la responsabilidad de garantizar su derecho a la salud.

La pérdida de agencia en el sistema público es *per se* un importante fallo del sistema pues no solo genera exclusión, sino que avoca a las personas a buscar camino en el sistema privado. De ese modo renuncian al sistema público como garante de su ejercicio del derecho a la salud, que emana directamente de la condición de ciudadanía, y se erigen como clientes de un sistema que prioriza la generación de beneficios sobre la salud pública pero en el que, previo pago, obtienen vías para demandar y ver satisfecha la atención en salud que les corresponde. Bajo dicha condición de índole mercantil, el trato es respetuoso no porque la estructura de dicho sistema privado responda a un sistema de valores diferente a las que encontramos en el sistema público, sino porque imperan lógicas comerciales.

Esta realidad se observa en ambos territorios analizados e incorpora un claro sesgo económico y de clase pues es una vía solo al alcance de las personas con recursos. Por tanto observamos, desde un enfoque interseccional, como a lo interno del propio colectivo, diversas estructuras de poder determinan el ejercicio del derecho a la salud. Asimismo supone el triunfo de los parámetros neoliberales e individualistas, puesto que el sistema privado solo ofrece soluciones individuales a quien puede pagarlas, sobre la noción pública, solidaria e universal de un sistema de salud.

Ninguno de los estamentos de los sistemas de salud públicos, privados o públicos-privados está exento de la tendencia a la patologización que impera en nuestra sociedad. Dicha tendencia afecta a todas las personas, alimentada por una industria farmacéutica que ofrece una respuesta farmacológica a cada manifestación física o mental que genera malestar en la persona. Si bien, la industria farmacéutica ha buscado, en su lógica basada en la acumulación de beneficios, “nichos de mercado” que pueden proporcionarle mayores rendimientos porque, en gran medida, pueden suponer tratamientos de por vida muy lucrativos. La tristeza y la soledad son ejemplos de emociones humanas a las que se da una respuesta farmacológica a través de tratamientos para la ansiedad. De este modo, cualquier segmento de la población que sufra condiciones de vida complejas, es más susceptible de ver sus manifestaciones físicas y/o emocionales patologizadas. La pobreza, la discriminación por motivos de género, de raza, religión, nacionalidad o pertenencia al colectivo LGTBIQ+ entre otros, así como el cruce de diversos de este factores, sitúan a la persona en una posición de vulnerabilidad ante las tendencias patologizantes de la industria, reforzando a su vez el modelo biomédico e implantando un modelo de medicalización de los cuerpos basado en la farmacología y la cirugía.

La patologización y la medicalización de las emociones y los cuerpos, como binomio, aíslan a la persona de los determinantes sociales, políticos y comerciales que condicionan su vida, haciéndola responsable única y directa de su estado de salud. Despojada de entorno y contexto, la atención se centra en el abordaje en exclusivo de los síntomas que, unido a la discriminación que impregna el propio sistema, puede llevar a la culpabilización de la persona de su propio estado de salud.

Esa ausencia de abordaje del entorno y contexto de la persona es a su vez la base del deficiente abordaje en atención psicosocial. Como se desprende de las conclusiones extraídas en ambos territorios, el contexto familiar y la red de apoyo con la que una persona cuente, constituye uno de los factores más importantes en el estado psicosocial de las personas LGTBIQ+ así como en el éxito de su relación con la Atención Primaria. Existe una debilidad patente en la relación entre los Centros de Salud y las organizaciones sociales y comunitarias que trabajan con el colectivo LGTBIQ+. Esta debilidad ofrece dos dimensiones. Por un lado, la sociedad civil organizada o estructuras creadas por las mismas, que forman parte del abordaje comunitario, son recurrentemente usadas como punto de derivación a personas LGTBIQ+ para respuestas que corresponden al propio sistema sanitario.

Una suerte de externalización informal basada en la discriminación a la persona que es así excluida del sistema sanitario. Por otro lado, el modelo biomédico imperante genera que se dé la espalda a lo psicosocial, que no se priorice su abordaje desde el propio sistema sanitario, ni que a menudo se establezcan los canales interinstitucionales que permitirían una cooperación entre agentes para la cobertura de la atención psicosocial. A su vez, esto genera que la capacidad de incidencia en las políticas públicas de salud de las organizaciones sociales y comunitarias a la hora de defender los derechos humanos de las personas LGTBIQ+ se vea mermada, porque falla el propio reconocimiento de dichos agentes como titulares de responsabilidad en la garantía del derecho a la salud, así como el reconocimiento de lo psicosocial como parte intrínseca del bienestar de la persona.

La Atención Primaria en Salud y la Diversidad Sexual y de Género han de situarse en contextos específicos para arrojar claves comunes, lo que demuestra un patrón global que, adaptado a la idiosincrasia de cada territorio, se manifiesta de manera muy similar en contextos geográficos alejados con un resultado común. Dicho resultado no es otro que la constatación de las características de los sistemas sanitarios como cis-heteronormativos y binaristas, y la medida en que la interacción con el modelo biomédico de la salud imperante profundiza en las desigualdades agudizando el impacto negativo de ambos enfoques en la persona.

Este informe recoge a su vez testimonios esperanzadores de personas en el sistema sanitario, tanto personas usuarias como personal médico. Si bien, en ambos casos queda demostrado, por un lado, que las experiencias exitosas están siempre relacionadas con la existencia de un trato digno y respetuoso entre las personas que interactúan en el sistema sanitario en un momento dado, y que dicho trato surge por los valores humanos de cada persona, su sensibilidad, su empatía y su compromiso personal con una noción de la salud social, incluyente y no normativa, pero no como resultado de procesos formativos específicos orientados a impulsar una atención sanitaria no normativa e incluyente. Por otro, que el sistema languidece de políticas y protocolos que institucionalicen una práctica de atención sanitaria basada en un modelo social de la salud, centrado en los determinantes de la salud que condicionan la salud de las personas.

La Diversidad Sexual y de Género debe ser incluida como un eje de desigualdad propio dentro de los Determinantes Estructurales que condicionan la salud de las personas. El contexto socioeconómico y político determina no sólo las políticas de derechos humanos y salud impulsadas por los gobiernos, sino el sistema de valores que prevalece en una sociedad. La esperanza radica, por tanto, en cada una de las personas que la conformamos.

CRUZANDO MIRADAS ENTRE HONDURAS Y EUSKADI

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



INICIATIVAS DE
COOPERACIÓN
Y DESARROLLO



FINANCIADO POR:



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA

AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO