

SALUD DESDE LOS MÁRGENES Y ENTRE TODES

Determinantes sociales de la salud, diversidad sexual y de género, e interseccionalidad



TÍTULO:

Salud desde los márgenes y entre todes.

Determinantes sociales de la salud, diversidad sexual y de género, e interseccionalidad

ISBN:

978-84-09-36671-2

DEPÓSITO LEGAL:

BI 02092-2021

AUTORÍA:

Altamira, Fernando; Canarias, Esther; Aguayo-Romero, Rodrigo; Duarte, Dylan;
Velásquez, Luis; Silva, María; Ormaza, Anartz; Nistal, Koldobika

FECHA:








Diciembre 2021

DISEÑO:

Biko Komunikazioa

EDITADO POR:**FINANCIADO POR:**

ÍNDICE

-  **Fernando Altamira y Esther Canarias:**
Determinantes sociales de la salud, diversidad sexual y de género, e interseccionalidad
-  **Rodrigo Aguayo-Romero, PhD**
Desde el margen al centro: Interseccionalidad y Diversidad Sexual y de Género en la salud pública
-  **María Silva**
Determinantes sociales y diversidad sexual y de género en la salud mental
-  **Luis Velásquez**
Una mirada a la salud en Honduras desde la perspectiva de diversidad sexual y de género
-  **Dylan Duarte**
Lo comunitario desde los espacios que habitamos
-  **Anartz Ormaza**
Arquitectura, diseño urbano, pandemia y salud
-  **Koldobika Nistal**
Atención Primaria, determinantes sociales de la salud y abordaje comunitario de los mismos. Contextualización para una aproximación LGTBIQ+

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO, E INTERSECCIONALIDAD

Documento marco de las Jornadas

Comunicaciones de las Jornadas celebradas
entre el 15 y el 16 de Diciembre de 2021

FERNANDO ALTAMIRA Y ESTHER CANARIAS

Incyde, Iniciativas de Cooperación y Desarrollo

Estas Jornadas, organizadas por **medicmundi Bizkaia**, desean profundizar en la necesidad de incorporar la Diversidad sexual y de género en los Determinantes Sociales de la Salud, desde un enfoque interseccional.

En el documento marco, mostramos el enfoque de las Jornadas, a través de la presentación de cada uno de los tres términos, sabiendo que, cada uno de ellos, necesitaría de un amplio abordaje. Hemos intentado, sin embargo, plantear algunas de las principales ideas que permitan una imagen breve, una primera aproximación, a cada concepto, así como la relación que existe entre ellos.

En este desafío resulta imprescindible un abordaje entre diferentes perspectivas, experiencias y saberes. Personas que, desde sus lugares de intervención, apuestan por una salud global, comunitaria y social de las personas. Diálogos que se cruzan y tejen nuevas propuestas que se complementan, que nos abren a otras posibilidades.

LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO (DSG) DE LO PERSONAL A LO COLECTIVO

Las violaciones de DDHH que las personas LGTBIQ+ viven cotidianamente en cada contexto no son hechos aislados. Según Dolores Morondo y Maite Daniela Blanco (2018) responden a un carácter estructural fruto del modelo heteronormativo dominante. Sin embargo, resulta necesario destacar que el modelo dominante, tal y como señalan Fernando Altamira y Sandra Boni (2020) es, además de heteronormativo, neoliberal y etnocéntrico. Una tríada de tres cabezas que no se pueden desligar, que marcan las formas de vivir, de ser, de sentir, de desear.

Este modelo, con sus sistemas de control, genera violencia, exclusión y expulsión de una buena parte de las personas del planeta. Es así que deseamos imaginar otras alternativas, otros modelos que, como plantea Judith Butler (2002), permitan realmente vidas que merecen la pena ser vividas.

Según señala el Equipo Nahia (2013), la heteronormatividad, como modelo ideológico, plantea unas categorías inmutables y estancas. Como verdad universal e inalterable a lo largo de la historia, a base de una repetición constante. Estas categorías, según el modelo, incuestionables, son dos sexos complementarios (hombre y mujer), que responden, de forma aparentemente coherente, a dos géneros (masculino y femenino), con sus respectivas expresiones de género como forma de mostrarse al mundo. La única forma de deseo que contemplan es el heterosexual.

Todas las vidas que no encuentran lugar en esta norma, son vistas como perversidades, como vidas que no merecen la pena ser vividas. Vidas que hay que corregir o que pueden ser anuladas. Tal y como se observa en el siguiente cuadro, son un universo de experiencias vitales que quedan al margen, extramuros.

	NORMA		EXCLUSIONES
SEXO	HOMBRE	MUJER	INTERSEXUALIDADES
GÉNERO • IDENTIDADES • EXPRESIONES	MASCULINO	FEMENINO	TRANS, TRAVESTI, HOMBRE FEMENINO, MUJER MASCULINO, GÉNEROS FLUIDOS, PERSONAS NO BINARIAS, DRAG, QUEER
DESEO	HETEROSEXUAL		BOLLERA, MARIKA, ASEXUAL, PANSEXUAL, BISEXUAL, POR DINERO, SM, PRÁCTICAS SEXUALES CON CUERPOS NO NORMATIVOS

Fuente: Elaborado por el Equipo Nahia a partir de Miquel Missé, 2014.

En algunos contextos, la norma llega a aceptar a aquellas personas que responden al modelo de la tríada, que aspiran a “ser normales”, que reproducen la heterosexualidad como deseo. Los gais y las lesbianas, blancos y blancas, con posibilidades económicas, que se casan, que no tienen pluma, con cuerpos normativos, que no muestran sus afectos y deseos en público. En definitiva, lo que el modelo dominante señalaría como gente de bien, gente normal, que no se les nota lo que son.

Gracias a las luchas del movimiento LGTBQ+, en muchos países del mundo se han dado grandes avances en leyes que pretenden garantizar los derechos de estas personas. Aun así, son constantes las agresiones y violencias que se viven por motivo de la DSG, en el caso del Estado español, tal y como señala el Informe de delitos de odio 2019 del Observatorio Redes contra el odio (2019), que estima que sólo se denuncian el 17% de los delitos cometidos contra estos colectivos. O, por ejemplo, en Honduras que, como señala la Red lesbica feminista Cattrachas, entre el 2009 y el 2020, 366 muertes violentas por orientación sexual e identidad de género.

Si bien, en cada contexto, la violencia hacia las personas LGTBQ+ se ejerce de diferentes maneras e intensidades, existe un hilo invisible que relaciona unas realidades con otras, ya que el modelo dominante de la tríada es el mismo.

Frente a estas violaciones sistemáticas de derechos, **medicmundi** señala como un resultado de sus principios rectores que

contribuirá a la reducción de las inequidades de género en salud, impulsando procesos y políticas que incorporen la Diversidad sexual y de género en la lucha por la erradicación de la vulneración de los Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y las violencias machistas.

En esta apuesta que realiza, tiene claro que las personas LGTBQ+ ya están organizadas en cada rincón del planeta para hacer frente a estas agresiones y para imaginar alternativas colectivas al modelo dominante de la tríada. Sujetos políticos de transformación social que llevan años tejiendo alianzas y exigiendo esas vidas dignas de ser vividas. Colectivos como Guayaqueer en Ecuador, alQaws en PalestinaMST, Indígenas LGBTQ en Brasil, el MST en Brasil o harro plataforma en Euskadi.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

Poco a poco, la DSG se va abriendo paso en los diferentes ámbitos y entornos, como el de la salud, el educativo, el judicial, los servicios sociales, la academia o la empresa. Incorporar esta perspectiva no significa que la perspectiva de género sea sustituida u ocultada, sino que es complementada y abre nuevas posibilidades de intervención.

Sin embargo, a pesar de estos avances, en el caso concreto de la salud, en algunos contextos las personas LGTBQ+ ven vulnerados sus derechos en los servicios públicos. Existen informes que así lo muestran, tanto en países del Sur como del Norte global. Incluso, en algunos países, ni siquiera existen legislaciones que penalicen la exclusión de estas personas. Se puede decir que la situación de una salud precarizada de muchas personas LGTBQ+ está determinada por los contextos en los que viven, así como por las causas estructurales y sistémicas provocadas por el modelo dominante de la tríada (relacionadas con la raza y la clase) generando unas opresiones específicas a estos colectivos.

Según la OPS-OMS (2018), los Servicios de Salud de los estados americanos, disponen de unos mecanismos de rendición de cuentas de las políticas para las personas LGTBQ+ que, o bien son débiles o bien inexistentes.

Las inequidades en el acceso a la salud están condicionadas por los contextos en los que las personas nacen, viven y trabajan. O lo que es lo mismo, por los Determinantes Sociales de la Salud.

Como señala la OMS (2011), estos Determinantes son sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Las situaciones que viven las personas y las comunidades están condicionadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos, tanto a nivel local como global. Los Determinantes Sociales de la Salud están organizados en dos categorías:

- los estructurales (como la distribución de ingresos, la discriminación -por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual- y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades)
- los intermedios (como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud) (...)

Además, en este sentido, la OMS señala que, para una mayor equidad en la salud, también es preciso actuar sobre otra serie de prioridades sociales.

Por ejemplo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018) menciona que, la situación económica determina la calidad de los servicios médicos que reciben las personas trans. Igualmente, señala que ser LGTBIQ+ no es lo que determina la infección por VIH, sino las condiciones de discriminación y vulnerabilidad en las que viven estas personas.

En el caso del Estado español, Christian Carlo Gil-Borrelli, César Velasco, Carlos Iniesta, Paula de Beltrán, Javier Curto y Pello Latasa (2017) plantean que las personas LGTBIQ+ también afrontan situaciones de inequidad en la salud, en comparación con las personas heterosexuales, marcadas por los contextos familiares y sociales de opresiones y discriminación.

Como se muestra, el enfoque social de la salud tiene el reto de avanzar en la Diversidad sexual y de género como un eje más de desigualdad de los Determinantes estructurales e intermedios de la salud.

LA INTERSECCIONALIDAD COMO ENFOQUE

La interseccionalidad es un enfoque que surge en el seno del feminismo, impulsado por las experiencias de las mujeres racializadas en Estados Unidos. Sentían que el feminismo hablaba de las mujeres como un todo homogéneo, cuando realmente tenía un sesgo importante de raza (blanco) y de clase (media o alta). Plantearon complejizar las propuestas feministas a partir de sus experiencias vitales atravesadas por múltiples opresiones. Autoras como Kimberlé Crenshaw, Nira Yuval-Davis, Julia S. Jordan-Zachery, María Lugones, Audre Lorde, Angela Davis o Patricia Hill Collins, entre otras, han ido dotando de sentido a este enfoque.

Las opresiones que vivimos las personas se dan en unos contextos concretos y están determinadas por los diferentes ejes que nos atraviesan (raza, clase, capacitismo, género, sexualidad, etc). Por ejemplo, una mujer no es

negra en un momento, trans en otro, con un trabajo precario en otro, sin papeles en otro. La interseccionalidad es un enfoque que permite comprender las vidas en su complejidad, no como un sumatorio de ejes, sino como vidas completas en las que el modelo dominante genera unas opresiones determinadas. La mujer del ejemplo es todos esos ejes a la vez y se enfrenta a unas situaciones determinadas por el momento y el lugar en que se encuentre.

Para María Rodó-Zárate (2021) la cuestión no es determinar el eje que explica prioritariamente una situación, sino identificar aquellos que ayudan a comprender las situaciones concretas de desigualdad, así como las causas estructurales que las generan. Christian Carlo Gil-Borrelli *et al.* (2017), cuando plantean la interseccionalidad dentro del colectivo LGTBQ+, señalan que hay que incorporar otros ejes al análisis, como la situación de migración de las personas, la edad, la privación de libertad, pertenecer a un grupo étnico determinado, la situación de prostitución, etc.

La interseccionalidad, tal y como Angela Davis muestra, ayuda a reconocer la interrelación que existe entre los diferentes ejes que nos atraviesan. Pero, además, es un enfoque que plantea la articulación de las diversas luchas por la justicia social. Así pues, la interseccionalidad destaca por ser un enfoque que puede ayudar a un abordaje coherente con los Determinantes Sociales de la Salud, de forma colectiva entre los diversos agentes sociales.

LAS EXPERIENCIAS QUE SE VAN TEJIENDO

El abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud requiere de miradas más amplias, que involucren a las personas y colectivos de la comunidad. Es un desafío tejer complicidades que nos permitan imaginar alternativas de forma interseccional.

Por este motivo se propone el diálogo entre diferentes experiencias que nos ayuden a identificar nuevos retos que, desde cada contexto local, abran nuevas posibilidades de cambios también en lo global.

Os proponemos profundizar sobre la relación que entre la salud, la interseccionalidad y la Diversidad sexual y de género; así como la importancia de un enfoque psicosocial, cómo influyen los espacios que habitamos y el papel de la comunidad.

En este debate nos acompañan personas de Honduras, Estados Unidos y Euskadi que nos ayudarán, desde sus realidades concretas y sus diversas experiencias, a dar sentido a los Determinantes Sociales de la Salud. Juntas, juntos y juntas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTAMIRA, FERNANDO y BONI, SANDRA (2020): *Estaban y no los veíamos: la cooperación transformadora no normativa, la que incorpora la diversidad sexual y de género* en Libro de Actas V Congreso Internacional de Estudios del Desarrollo. 2020.
- BUTLER, JUDITH (2002): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, Paidós, Buenos Aires.
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2018): *Reconocimiento de derechos de personas LGTBI*. Washington.
- GIL-BORRELLI, CHRISTIAN CARLO; VELASCO, CÉSAR; INIESTA, CARLOS; DE BELTRÁN, PAULA; CURTO, JAVIER y LATASA PELLO (2017): *Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España*. *Gaceta Sanitaria* 31 (3), 175-177
- MISSÉ, MIQUEL (2014): *Diversidad sexual e identidades de género*, Conferencia en el Seminario *Diversidad sexual e identidades de género en las políticas para la igualdad* Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, noviembre de 2014.
- MORONDO, DOLORES y BLANCO, MAITE DANIELA (2018): *La situación de las personas LGTBI del norte de Centroamérica con necesidades de protección internacional en Guatemala y México*, AECID, Madrid.
- OBSERVATORIO REDES CONTRA EL ODIO (2019): Informe 2019. Delitos de odio. FELGTB, Madrid
- OMS (2011): *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Documento de trabajo. Río de Janeiro.
- OPS-OMS (2018): *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. 162ª sesión del comité ejecutivo. Washington
- RODÓ-ZÁRATE, MARÍA (2021): *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Barcelona, Bellaterra.

DESDE EL MARGEN AL CENTRO: INTERSECCIONALIDAD Y DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA

RODRIGO AGUAYO-ROMERO, PhD

Doctor en Psicología Clínica. Brigham and Women's Health/
Harvard Medical School/ The Fenway Institute. Boston, MA

BIOGRAFÍA

Investigador Postdoctoral en el Departamento de Medicina, Brigham and Women's Hospital, Escuela Médica de Harvard y el Instituto Fenway en Fenway Health.

Rodrigo Aguayo-Romero obtuvo su doctorado en el programa de Psicología Clínica/Comunitaria de la Universidad George Washington en EE. UU. Rodrigo está completando un programa postdoctoral en investigación de salud de la población transgénero en el Brigham and Women's Hospital, con afiliaciones en la Escuela de Medicina de Harvard y el Instituto Fenway en EE. UU.

Rodrigo es co-presidente del grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psicología encargada de actualizar las 'Guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas género no-conforme.' Su investigación se centra en los comportamientos de riesgo y las disparidades de salud que enfrentan las minorías de género, sexual, étnico-racial y socioeconómicamente afectadas por el VIH y el SIDA. Su investigación se enfoca principalmente en las disparidades de salud que afectan a las personas racializadas transgénero y los hombres Latinos que tienen sexo con hombres utilizando marcos de interseccionalidad y sindemias.

RESUMEN

Desde sus inicios la interseccionalidad ha sido concebida con un enfoque de diversidad sexual y de género. La interseccionalidad nace gracias a los aportes invaluable de varias feministas Negras, varias abiertamente lesbianas. La interseccionalidad es un marco analítico que se puede utilizar para describir cómo las personas marginadas por las desigualdades estructurales interactúan con estos sistemas opresivos y como esto impacta su salud. Entre varias maneras de categorizar a los distintos análisis interseccionales están la interseccionalidad descriptiva y la interseccionalidad analítica. Ambas categorías de análisis pueden contribuir a metas de reducir inequidades en salud en la población LGTBQ+. La interseccionalidad descriptiva nos permite decidir dónde distribuir recursos identificando qué grupos interseccionales específicos los necesitan. Mientras que la interseccionalidad analítica nos ayuda a la identificación de modificadores que pueden ser el enfoque de intervenciones. Además, entender el contexto histórico y geopolítico en el que se desarrollan inequidades es fundamental para poder determinar recomendaciones de cómo mejorar la salud de la población LGTBQ+. Cuando diseñamos e implementamos iniciativas en torno a procesos sociales en lugar de identidades sociales y nos aseguramos de que cada aspecto de nuestra implementación se centre en las personas LGTBQ+; el espíritu de interseccionalidad se mantiene vivo.

DESDE EL MARGEN AL CENTRO: INTERSECCIONALIDAD Y DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA

Estar al margen es ser parte del todo pero estar fuera del cuerpo principal. Para las personas estadounidenses Negras que vivíamos en un pequeño pueblo de Kentucky, las vías del ferrocarril eran un recordatorio diario de nuestra marginalidad. Alrededor de esas vías estaban las calles pavimentadas, las tiendas a las que no podíamos ingresar, los restaurantes en los que no podíamos entrar a comer, y personas que no podíamos mirar directamente a la cara.

Alrededor de esas vías había un mundo en el que podíamos trabajar como sirvientes, conserjes, prostitutas, siempre que fuera como servicio. Podíamos entrar a ese mundo, pero no podíamos vivir allí. Siempre tuvimos que volver al margen, más allá de las vías, a las chozas y casas abandonadas a las afueras de la ciudad. Había leyes para garantizar nuestro regreso. No volver era arriesgarse a ser castigadas. Viviendo como lo hicimos, al límite, desarrollamos una forma particular de ver la realidad. Miramos tanto desde afuera hacia adentro como de adentro hacia afuera. Centramos nuestra atención tanto en el centro como en el margen. Entendimos los dos. Este modo de ver nos recordó la existencia de todo un universo, un cuerpo principal compuesto por margen y centro. Nuestra supervivencia dependía de una conciencia pública continua de la separación entre margen y centro y un reconocimiento privado continuo de que éramos una parte necesaria y vital de todo ese conjunto

(hooks, 1984)

La feminista estadounidense Negra bell hooks (1984) en su libro 'Teoría Feminista: De los Márgenes al Centro' reflexiona que las personas históricamente marginadas están al tanto de su posicionamiento de opresión que es mantenido a nivel estructural por leyes o políticas públicas. Y es con conciencia y reconocimiento que invita a que el feminismo sea un movimiento de justicia social que priorice las necesidades de aquellos que habitan en los márgenes tanto en sentido literal como figurado. Es gracias a feministas Negras como bell hooks que hoy en día contamos con la interseccionalidad como un marco analítico. Entre las mujeres Negras que han brindado invaluables aportaciones al feminismo Negro en el Norte global, principalmente en Estados Unidos, tenemos como una de las primeras en el registro histórico a la exesclava y abolicionista Sojourner Truth con su discurso '¿Acaso no soy yo una mujer?' en 1851. En el Sur global tenemos a feministas decoloniales racializadas como Ochy Curiel, Yuderkis Espinosa Miñoso y Mara Viveros Vigoya que también han aportado invaluablemente al entendimiento de las opresiones desde el contexto sociocultural Latinoamericano. Es en los años 60 que muchas de las ideas fundamentales de la interseccionalidad se forman de manera más concreta cuando las mujeres Negras estadounidenses se organizan bajo movimientos sociales feministas Negros (Collins, 2015). Uno de los textos fundamentales es el manifiesto del colectivo Combahee River Collective (Combahee River Collective, 1983). Pero es en 1989 que estas ideas fundamentales del feminismo Negro llegan a la academia y son elaboradas por feministas Negras académicas como Patricia Hill Collins y Kimberlé Crenshaw quien es la responsable de elaborar estos conceptos como 'interseccionalidad' (Collins, 2000; Crenshaw, 1989, 1991).

TEORÍA

Hay tres principios fundamentales dentro de la definición de interseccionalidad que son necesarios para su aplicación (Bowleg, 2012; Cho et al., 2013; Crenshaw, 1991)(Else-Quest & Hyde, 2016): (1) todas las personas poseen identidades y posiciones sociales múltiples, que se cruzan y se constituyen mutuamente (por ejemplo, género, raza/etnia, clase); (2) es necesario un análisis del poder y la desigualdad para discutir el espectro de poder incrustado dentro de cada posición social; y (3) las múltiples posiciones a nivel individual se cruzan con los procesos sociales a nivel estructural para producir condiciones de salud dispares.

La implementación de la interseccionalidad, a medida que el interés en utilizarla ha aumentado exponencialmente, se ha enfocado principalmente en la evaluación de la intersección de múltiples identidades sociales sin poner atención al énfasis central de la interseccionalidad en la teoría y la práctica (Aguayo-Romero, 2021; Crenshaw, 1989). La interseccionalidad fue concebida para analizar sistemas entrelazados de privilegio y opresión y para desarrollar estrategias que desafíen esos sistemas, con énfasis en el racismo, el sexismo, el heterosexismo y el clasismo (Aguayo-Romero, 2021; Bowleg, 2012; Combahee River Collective, 1983; Crenshaw, 1989). La distinción de que la interseccionalidad se centra en la intersección de sistemas de privilegio y opresión en lugar de la intersección de identidades sociales es clave. Todas las personas tenemos identidades sociales que se intersectan, pero no todas las personas pertenecen a grupos históricamente marginados o han vivido experiencias de opresión sistémica intersectadas (Aguayo-Romero, 2021).

La población LGTBQ+ es considerada población vulnerable y la susceptibilidad a problemas de salud son el resultado de la opresión sistémica que enfrentan. Un enfoque de diversidad sexual y de género es esencial para que las intervenciones de salud pública puedan identificar y satisfacer las necesidades de la población relacionadas directamente con la orientación sexual o identidad de género. Un eje exclusivo en la diversidad sexual y de género tiene el riesgo de ignorar otros sistemas de opresión y como resultado lleva a proveer respuestas que, aunque aplicable a la población LGTBQ+ ,en general, no es suficiente para poder satisfacer las necesidades de aquellos que más lo necesitan en la población LGTBQ+. Las cuales son aquellas personas que también pertenecen a otros grupos vulnerables como por ejemplo las personas LGTBQ+ racializadas de bajos recursos económicos. Y es por lo que la interseccionalidad, con un enfoque de diversidad sexual y de género, tiene mayor potencial de satisfacer las necesidades de la población LGTBQ+.

Además, las vulnerabilidades de la población LGTBQ+ no son siempre atribuidas principalmente a su orientación sexual. Por ejemplo, yo realicé un estudio enfocado en analizar la relación de la intersección de transmisoginia, racismo y clasismo entre las mujeres transgénero racializadas y sus patrones de pruebas del VIH (Aguayo-Romero, 2019). Los resultados mostraron que las mujeres transgénero racializadas que reportaron experiencias intersectadas de transmisoginia, racismo y clasismo tenían mayores probabilidades de hacerse la prueba del VIH en el último año, lo que indica una asociación entre vivir discriminación interseccional y participar en comportamientos resilientes como la prueba del VIH. Sin embargo, las mujeres transgénero racializadas que reportaron sólo experiencias de racismo tenían una probabilidad desproporcionadamente más alta de no haberse hecho nunca la prueba del VIH comparadas con las otras participantes en el estudio. Si me hubiera centrado en un solo eje, como la transmisoginia, no habría identificado los matices de cómo el racismo afectó negativamente los comportamientos de hacerse las pruebas del VIH, pero cuando se cruzó con otras opresiones, se asoció con un aumento en las pruebas del VIH. La aplicación de la interseccionalidad permite la identificación con mayor precisión de cómo los procesos que

se intersectan dan como resultado condiciones de salud que se ven tanto perjudicadas como protegidas. Como resultado, los médicos pueden priorizar a los más vulnerables al asignar servicios de prevención y tratamiento que sean proporcionales a las necesidades de las comunidades de interés. Y de tal manera la implementación de la interseccionalidad nos permite también identificar los sistemas de opresión que pueden tener mayor impacto en la salud de la población LGTBQ+.

Cabe destacar que tener un enfoque de diversidad sexual y de género en nuestros esfuerzos en la promoción de acceso a servicios de salud va mano a mano con los principios de la interseccionalidad. El marco teórico en sí fue, desde el principio, desarrollado con concientización de diversidad sexual y de género. Por ejemplo, en su manifiesto, el colectivo Combahee River explícitamente menciona que está activamente comprometido a una lucha en contra de la opresión racial, sexual, heterosexual, y de clase (Combahee River Collective, 1983). Además, algunas de las principales contribuidoras del feminismo Negro han discutido abiertamente que son mujeres Negras lesbianas como en el caso de bell hooks, Audre Lorde y Barbara Smith. Y en años recientes la teoría ha sido adaptada para la aplicación específica a la población transgénero y de género diverso enfocado en el cisgenderismo como el sistema de opresión principales que impacta a esta población (de Vries, 2015; Lacombe-Duncan, 2016; Wesp et al., 2019).

PRAXIS

Existen un sinnúmero de sistemas de opresión impactando a la población LGTBQ+ y en la práctica nuestro análisis se vuelve cada vez más complejo, mientras exploramos más sistemas de opresión. Es necesario centrar el análisis en un eje principal desde el cual se analizan varios sistemas. Desde el enfoque de diversidad de sexual y de género nuestro análisis debe tener como eje principal de análisis como el heterosexismo y cisgenderismo impactan la salud de la población LGTBQ+. Adicionalmente al heterosexismo y/o cisgenderismo, nuestro análisis puede incluir también al racismo y al clasismo, ya que son dos de los más explorados en la práctica por su impacto perjudicial y extensivamente registrado en varios ámbitos (Aguayo-Romero, 2021; Combahee River Collective, 1983). Existen otros sistemas de opresión que, dependiendo del contexto, deberían también ser considerados ya que también afectan críticamente las condiciones de la salud como el capacitismo (Aguayo-Romero, 2021).

METODOLOGÍAS

Las metodologías cualitativas han sido las más usadas en la implementación de la interseccionalidad como marco teórico en investigaciones. Mientras que las metodologías cuantitativas han ido ganando mayor aceptación en su implementación con marcos teóricos interseccionales en los últimos años. Esto se debe, en parte, a los avances en los tipos de análisis cuantitativos posibles. La selección de metodologías depende de varios factores y en general existen grandes beneficios en la aplicación de metodologías mixtas. Se han desarrollado varias guías de cómo implementar metodologías cualitativas, cuantitativas, y mixtas. En esta comunicación quiero resaltar dos categorías de análisis cuantitativas: interseccionalidad descriptiva e interseccional analítica (Bauer & Scheim, 2019).

Interseccionalidad descriptiva se refiere a aquellos análisis que examinan la distribución de resultados entre varios grupos que son definidos basados en sus posiciones de poder y privilegio interseccional (Bauer & Scheim, 2019). Mientras que interseccionalidad analítica se refiere a aquellos análisis que tiene como meta identificar los procesos causales que llevan a las inequidades entre los resultados (Bauer & Scheim, 2019). La categoría de interseccionalidad descriptiva es la más comúnmente utilizada, ya que es la más fácil de aplicar y debido a que en la práctica se le ha dado más enfoque a la intersección de identidades (orientación sexual, raza/etnia) que a la intersección de procesos sociales (discriminación por heterosexismo o racismo). Es importante recalcar que pertenecer a múltiples grupos históricamente marginados por desigualdades estructurales no garantiza que una persona vivirá opresión, alguna vez o todo el tiempo. Lo que hace que las personas sean vulnerables a la opresión es cómo otros las perciben en función de las propias normas sociales, realidades políticas y entorno legales (Aguayo-Romero, 2021). No todas las personas LGTBQ+ van a tener experiencias de opresión y debido a eso utilizar identidades sociales como marcadores de opresión y poder es una limitación en la implementación de interseccionalidad (Aguayo-Romero, 2019, 2021). No obstante cuando una población ha sido excluida de manera sistémica, comenzar con interseccionalidad descriptiva tiene grandes beneficios ya que va a permitir identificar de qué manera varios grupos interseccionales son afectados, como por ejemplo comparar quiénes tienen tasas más altas de VIH entre mujeres transgénero Negras y mujeres transgénero Blancas.

Por otro lado la interseccionalidad analítica nos permite enfocarnos en los procesos sociales, como las experiencias de discriminación, y nos permiten evaluar el efecto de la intersección de sistemas de privilegio y opresión a nivel individual y también mejorar nuestra comprensión a nivel de población (por ejemplo, discriminación estructural) (Aguayo-Romero, 2019, 2021; Crenshaw, 1989). Hay que distinguir que la interseccionalidad no es una teoría comprobable tradicional sino un marco analítico. Pero investigaciones interseccionales cuantitativas recientes indican que la identificación de múltiples sistemas de privilegio y opresión que se intersectan no está necesariamente asociada con peores resultados de salud y, en algunos casos, puede asociarse con resultados protectores, como en mi ejemplo antes mencionado (Aguayo-Romero, 2019, 2021; Bowleg, 2012; Earnshaw et al., 2018). Ambas categorías de análisis pueden contribuir a metas de reducir inequidades en salud, la interseccionalidad descriptiva nos permite decidir dónde distribuir recursos identificando qué grupos interseccionales específicos los necesitan. Mientras que la interseccionalidad analítica nos ayuda a la identificación de modificadores que pueden ser el enfoque de intervenciones. En otras palabras, podemos crear intervenciones para reducir el heterosexismo o cisgenerismo ya que se enfoca en el proceso social como tal y no en la identidad social. Además, entender el contexto histórico y geopolítico en el que se desarrollan inequidades, es fundamental para poder determinar recomendaciones de cómo mejorar la salud de la población LGTBQ+ (Aguayo-Romero, 2021).

Podemos ilustrar el uso de interseccionalidad descriptiva hablando sobre la respuesta a la pandemia de la covid-19 de EEUU y Ecuador. Menciono a EEUU y a Ecuador por que son los países con los que estoy más familiarizado, pero también porque los puedo utilizar como ejemplos del Norte y Sur global respectivamente. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en EEUU y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INISP) en Ecuador son las instituciones principales responsables de reportar los datos e indicadores de los casos de la covid-19 en sus respectivos países. Una visita a sus páginas web muestra claramente a qué identidades se les da prioridad cuando se reportan los datos. Por un lado, el CDC desagrega los reportes de casos de coronavirus por sexo, raza/etnia, edad, discapacidad, y jurisdicción/estado/región. Mientras que el INISP solo desagrega datos por sexo y provincia. Tomando en cuenta el contexto sociocultural, se puede decir que en EEUU existe mayor énfasis en el

racismo como uno de los principales sistemas de opresión, mientras que en Ecuador, aunque no se ve reflejado en los datos del INISP, se da mayor énfasis al clasismo. Pero en ambos casos no han existido iniciativas del Estado priorizando a la población LGTBIQ+ en su respuesta a la pandemia de la covid-19. Aunque en ambos países la población LGTBIQ+ es considerada población clave en términos de salud pública. Pero en EEUU, comparar los casos a nivel de intersecciones de raza/etnia, sexo, edad, y otras identidades ha permitido que se realicen campañas de pruebas y de vacunación dirigidas específicamente a subgrupos interseccionales facilitando su acceso. Esto ha sido particularmente beneficioso para comunidades con grandes concentraciones de personas racializadas. En EEUU y en Ecuador no se ha priorizado darle un enfoque de diversidad de sexo y género a la respuesta de salud pública con la población LGTBIQ+ a nivel del Estado. Ambos países se pueden beneficiar tremendamente siendo más intencionales en su implementación de un enfoque de diversidad sexual y de género y de interseccionalidad ya que no existen datos específicos y claros de cómo ha sido afectada la población LGTBIQ+. Ha sido la sociedad civil y las organizaciones LGTBIQ+ no gubernamentales quienes han desarrollado respuestas enfocadas en las necesidades de la población LGTBIQ+.

Se puede decir que, a nivel del Estado, de EEUU y de Ecuador, han mantenido a la población LGTBIQ+ en los márgenes en su respuesta a la COVID-19, al no recolectar datos, ha llevado a la invisibilización de cómo ha sido esta población afectada por la pandemia. Esta respuesta Estatal resalta la importancia de llevar a las poblaciones LGTBIQ+ del margen al centro, no tan solo cuando se trata de la covid-19. Para llevar a la población del margen al centro, la interseccionalidad enfatiza varias maneras de cómo se puede centrar a las personas marginalizadas.










La interseccionalidad nos exige que para poder llevar a las personas LGTBIQ+ del margen al centro deben ser incluidas en cada paso, de principio a fin del proceso en el que estemos trabajando. En el caso de investigación, significa que personas LGTBIQ+ deben formar parte del desarrollo, implementación, análisis y difusión de la investigación (Aguayo-Romero, 2019, 2021). Idealmente, más allá de ser sólo participantes de la investigación, las personas LGTBIQ+ deben ser parte del proceso de investigación mediante el uso de metodologías, como la investigación-acción participativa, un enfoque alineado con el énfasis de la interseccionalidad en la praxis. Además, la revisión de la literatura no solo debe citar, sino también comprometerse críticamente con las contribuciones de autores que pertenecen a los grupos marginados de interés, así como de las académicas feministas Negras y lesbianas que desarrollaron y continúan expandiendo la teoría y praxis de la interseccionalidad (Agénor, 2020; Aguayo-Romero, 2021; Bowleg, 2012; Combahee River Collective, 1983; Crenshaw, 1989; Curiel, 2017). Los equipos de investigación deberían incluir a personas LGTBIQ+, porque aportan experiencias vividas y conocimientos encarnados a todos los aspectos del proceso de investigación. Los integrantes del equipo investigativo que no pertenecen a la población LGTBIQ+ deben reconocer y examinar su posición para evaluar las fortalezas y limitaciones de su comprensión de las comunidades de interés.


CONCLUSIÓN


En los distintos ámbitos de la salud pública, debemos ir más allá de simplemente reconocer la presencia de heterosexismo o cisgenderismo estructural y evaluar explícitamente el efecto de los sistemas de opresión interconectados en los resultados relacionados a la salud.


Cuando diseñamos e implementamos iniciativas en torno a procesos sociales en lugar de identidades sociales y nos aseguramos de que cada aspecto de nuestra implementación se centre en las personas LGBTQ+, el espíritu de interseccionalidad se mantiene vivo en nuestro trabajo (Aguayo-Romero, 2021). Tenemos la responsabilidad de avanzar la teoría e informar la praxis contribuyendo a esfuerzos de justicia social más amplios que promuevan la equidad en salud de la población LGBTQ+.


REFERENCIAS


-  AGÉNOR, MADINA. (2020). Future directions for incorporating intersectionality into quantitative population health research. *Am J Public Health*, 110(6), 803–806. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305610>
-  AGUAYO-ROMERO, RODRIGO A. (2019). *Intersection of Transmisogyny, Racism, and Classism, and HIV Testing Patterns among Transgender Women of Color*. ProQuest.
-  AGUAYO-ROMERO, RODRIGO A. (2021). (Re)centering Black Feminism Into Intersectionality Research. *American Journal of Public Health*, 111(1), 101–103. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306005>
-  BAUER, GRETA R., & SCHEIM, AYDEN I. (2019). Advancing quantitative intersectionality research methods: Intracategorical and intercategory approaches to shared and differential constructs. *Social Science and Medicine*, 226(March), 260–262. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.018>
-  BOWLEG, LISA. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
-  CHO, SUMI, CRENSHAW, KIMBERLÉ, & MCCALL, LESLIE. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 785–810. https://doi.org/10.1163/_afco_asc_2291
-  COLLINS, PATRICIA. H. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment* (2nd ed.). Routledge.
-  COLLINS, PATRICIA. H. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 1–20. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>
-  COMBAHEE RIVER COLLECTIVE. (1983). The Combahee river collective statement. *In Home girls: A Black feminist anthology* (pp. 264–274).
-  CRENSHAW, KIMBERLÉ. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist policies. *The University of Chicago Legal Forum*, 139, 139–167. <https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.23>.
-  CRENSHAW, KIMBERLÉ. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
-  CURIEL, OCHY. (2017). Género, raza, sexualidad: Debates contemporáneos. *Intervenciones En Estudios Culturales*, 3(4), 41–61.


-  DE VRIES, KYLAN. M. (2015). Transgender people of color at the center: Conceptualizing a new intersectional model. *Ethnicities*, 15(1), 3–27. <https://doi.org/10.1177/1468796814547058>

-  EARNSHAW, VALERIE A., ROSENTHAL, LISA, GILSTAD-HAYDEN, KATHRYN, CARROLL-SCOTT, AMY, KERSHAW, TRACE S., SANTILLI, ALYCIA, & ICKOVICS, JEANNETTE R. (2018). Intersectional experiences of discrimination in a low-resource urban community: An exploratory latent class analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 28(2), 80–93. <https://doi.org/10.1002/casp.2342>

-  ELSE-QUEST, NICOLE M., & HYDE, JANET S. (2016). Intersectionality in quantitative psychological research: I. Theoretical and epistemological issues. *Psychology of Women Quarterly*, 40(2), 1–16. <https://doi.org/10.1177/0361684316629797>

-  HOOKS, BELLE. (1984). *Feminist theory: From margin to center*. South End Press.

-  LACOMBE-DUNCAN, ASHLEY. (2016). An intersectional perspective on access to HIV-related healthcare for transgender women. *Transgender Health*, 1(1), 137–141. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0018>

-  WESP, LINDA M., MALCOE, LORRAINE H., ELLIOTT, AYANA, & POTEAT, TONIA. (2019). Intersectionality Research for Transgender Health Justice: A theory-driven conceptual framework for structural analysis of transgender health inequities. *Transgender Health*, 4(1), 287–296. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0039>

DETERMINANTES SOCIALES Y DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN LA SALUD MENTAL

MARÍA SILVA

Médico psiquiatra, responsable en el Centro de Salud Mental de Barakaldo,
Red de Salud Mental de Bizkaia - Osakidetza

BIOGRAFÍA

Médico psiquiatra, responsable del Centro de Salud Mental de Barakaldo-Adicciones, Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza.

Cursé mis estudios en la facultad de medicina de la Universidad del País Vasco, en Gasteiz. Hice mis 4 años de formación en psiquiatría como Médica Interna Residente del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao.

Tras terminar mi residencia, trabajé en larga y media estancia del Hospital Psiquiátrico Aita Menni y de ahí di un salto a la consulta externa de Trastornos de la Conducta Alimentaria y servicio de psiquiatría de enlace del Hospital de Galdakao. Durante el tiempo que trabajé en la consulta de TCA fui consciente de como la presión social heteronormativa determinaba el aspecto que debíamos tener las mujeres y como esto generaba sufrimiento y patología.

Tras 3 años en este trabajo, decidí darme una vuelta por Centroamérica durante un año y esto me enseñó a mirar mi trabajo desde una perspectiva psicosocial.

En el año 2008 empecé a trabajar en el CSM de Adicciones de Barakaldo. La crisis financiera de entonces cristalizó la incorporación de los Determinantes sociales de la salud (DSS) a mi práctica clínica. El contexto social como elemento indisoluble del uso problemático de sustancias implicaba un trabajo en estrecha coordinación con entidades y servicios sociales. El estigma de las personas usuarias de sustancias reflejaba una causalidad de origen social que se retroalimentaba. El especial impacto del estigma en las mujeres, su reducida representación en los centros de asistencia a adicciones me llevó a indagar en la perspectiva de género y su implicación en el uso de sustancias y múltiples violencias derivadas.

INTRODUCCIÓN

En el plan de Salud Euskadi 2013-2020 se afirma que el nivel de salud de una población está relacionado con la distribución de salud entre los grupos sociales y refleja las desigualdades entre ellos. Mejorar la salud poblacional supone tener en cuenta estas desigualdades sociales, que son *las diferencias sistemáticas, evitables e injustas entre grupos sociales definidos de acuerdo con el género, la clase social, el lugar de residencia, el país de origen, la discapacidad, el tipo y las condiciones de trabajo*. ¹

El modelo de salud que incorpora en su marco teórico los determinantes de salud es el modelo biopsicosocial, un enfoque integral que implica interacción entre las partes, entre la biología, la psicología y el contexto social y que entiende la causalidad en el proceso de enfermar como resultado de la interacción dinámica entre estos tres elementos y por tanto multifactorial.

Me voy a centrar en el campo de las adicciones que es mi área de trabajo para seguir hablando de DSS (Determinantes Sociales de la Salud), modelo biopsicosocial y fragilidad social.

EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

El desarrollo del modelo neurobiológico de la patología adictiva es apasionante, con un desarrollo impresionante en los últimos años y habiéndose convertido en un terreno de investigación atractivo y puntero. Sin embargo, no es menos interesante en esta relación droga/sujeto, el efecto del contexto sociocultural y de la fragilidad social. La conceptualización etiopatogénica de una adicción ya no está centrada en la sustancia (o conducta potencialmente adictiva) y en la relación binaria sustancia-sujeto, sino en un modelo basado en la interacción dinámica entre sujeto, sustancia y contexto sociocultural.

El contexto sociocultural puede ser protector o generar desventaja y desigualdad en las oportunidades para el desarrollo físico, mental y social del ser humano. La vulnerabilidad social hace referencia a esas condiciones de desventaja.

Este concepto de fragilidad o vulnerabilidad social según Ayres et al. *busca visibilizar a grupos sociales e individuos en situaciones de fragilidad social, política y/o jurídica, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía. Este concepto fue introducido en la salud pública como resultado de intersecciones entre el activismo ante la epidemia de sida y el movimiento por los Derechos Humanos, en el esfuerzo por superar la noción de riesgo individual con una nueva perspectiva de vulnerabilidad social. El concepto epidemiológico pasó de ser grupo de riesgo al de situaciones de riesgo, que tiende a retirar el peso de la estigmatización de las personas, universaliza la preocupación por el problema y estimula una implicación activa en la prevención. De este modo, dicho concepto deja claro que el cambio hacia un comportamiento protector no se alcanza solo con la información y voluntad, sino con recursos culturales, económicos y jurídicos que están en la actualidad desigualmente distribuidos entre los grupos sociales. Para entender la complejidad de las situaciones de riesgo se debe pasar de las simplificaciones producidas por paradigmas biomédicos (sobre todo el de estilos de vida) a la idea de riesgo situado. Es decir, el riesgo ya no debe entenderse como comportamientos que se dan de manera aislada, sino que se deben tener en cuenta los elementos estructurales de la sociedad (escuela, trabajo, vivienda, salud, ocio)*. ²

Camarotti AC y Kornblit AI señalan que *hay que tener en cuenta que la vulnerabilidad no es binaria, sino multidimensional y relacional; no es unitaria, siempre hay graduaciones; no es estable, muta constantemente a lo largo del tiempo; las personas no son vulnerables, sino que están vulnerables*. De ahí que los abordajes de reducción de vulnerabilidad se hayan movido del plano individual al social. Esta “actitud constructivista” favorece el que las personas puedan buscar información que tenga sentido para ellas, movilizarse y hallar las herramientas que les permitan superar dicha vulnerabilidad. **2**

La vulnerabilidad psicosocial no una situación puntual, es un proceso en el que se articulan de forma interdependiente las trayectorias individuales (acontecimientos y hechos biográficos, situaciones que marcan giros existenciales, etc.), los vínculos, interacciones y contextos socioinstitucionales (las normas e instituciones sociales, políticas y culturales). Esta articulación va condicionando y mediando las prácticas y relaciones entre individuos, suministrándoles o negándoles el acceso a determinados recursos y capitales y, por ende, afectando sus niveles de exposición a situaciones de riesgo. **2**

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS), MODELO BIOPSIICOSOCIAL Y FRAGILIDAD SOCIAL

Esta vulnerabilidad o determinantes sociales de la salud, llamados también “causas de las causas” son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas financieras y sociales adoptadas, y explican la mayor parte de las inequidades en salud. **3**. Todo aquello que interfiere en la igualdad de oportunidades como el género, el abandono/fracaso escolar y las escuelas gueto, la etnicidad y país de origen, el tipo y condiciones de trabajo, el desempleo, la estigmatización de quien consume, la carencia de una vivienda digna, la pobreza y la exclusión social son elementos causales de los usos perjudiciales de sustancias y otras adicciones comportamentales. Así, trabajar en el campo de las adicciones o de la salud en general, implica tener en cuenta factores personales, familiares, educativos, laborales, sociales, económicos, culturales y políticos, además de los efectos de la propia sustancia/conducta adictiva.

Dentro de los DSS un elemento principal es el género. Entender la relación entre salud y género nos permite identificar aspectos esenciales para la elaboración e implementación de políticas y actuaciones eficaces en salud y garantizar una equidad en salud.

En el discurso médico – psiquiátrico se utilizan conceptos que quizá habría que aclarar antes de realizar propuestas específicas. Conceptos como Sexo, Género, Orientación sexual, Expresión de género, Identidad de Género/sexo, Trans, Transexual, Transgénero, son algunos de ellos que deberíamos manejar con sus definiciones actuales.

El género (femenino, masculino, no binario) es un concepto construido en los años cincuenta desde las disciplinas médico-psiquiátricas. Alude a la descripción de comportamientos asignados social y culturalmente a los sujetos según sean mujeres u hombres. Se construye socialmente en cada contexto histórico y es asimilado por las personas por medio del aprendizaje, es transmitido por el lenguaje y la necesidad de clasificar a través de un proceso de socialización diferenciada.

A diferencia del sexo (hembra, macho, intersexual) que sería la dotación biológica del sujeto, el género no es algo innato, sino que es el entorno quien dota de sentido y proporciona a cada uno la identidad de género (cis, trans, no binario). Una persona Cis -del lado de aquí- es aquella que su identidad sexual coincide con la que se le asignó al nacer en función de su anatomía. Las personas *Trans* -del lado de allá- la identidad no casa con la asignada.

Hasta ahora, el enfoque de género (EG) se centraba en la reflexión de las relaciones de poder y opresión que podían sufrir las mujeres cis por ser mujeres, o en la opresión de las personas que sufrían por su orientación sexual (homo, hetero, bi, asexual) o por la expresión de género (femenino, masculino, no binario) si no coincidía con el sexo de la persona.

Sin embargo, la mirada actual debe ser más amplia, se visibilizan colectivos que desafían el modelo de género binarista, planteando que existen muchas personas que no se identifican con alguno o con ninguno de los aspectos de género asignados a su sexo biológico. Es por lo que incorporar el enfoque desde la Diversidad Sexual y de Género permite trascender esta lógica binaria y abarcar la complejidad de las desigualdades generadas por el modelo heteronormativo dominante.

El EG aporta elementos cruciales para el análisis del contexto social y permite entender los papeles que desempeñan las diferentes identidades en el entramado social, permite identificar las discriminaciones que se producen en función del género, diferenciar necesidades específicas de cada grupo, y las barreras de acceso a los recursos sociosanitarios y económicos de manera equitativa. Además, incorporar esta perspectiva nos permite realizar con mayor precisión los diagnósticos, ya que la salud y la ausencia de esta, toma formas diversas dependiendo del género de las personas.

Hay que señalar que este enfoque tiene sentido si es parte de una visión global de las personas en relación con sus contextos, algo que refleja el concepto fundamental de “interseccionalidad”. La interseccionalidad permite abordar las opresiones y desigualdades de una forma compleja, ya que la vida de las personas está atravesada, como señalan Elisabete Arostegi y Patricia Martínez por *distintos ejes de desigualdad, otras variables y mecanismos de estratificación social que ponen en marcha diversos sistemas de jerarquía y exclusión y que por ello también crean subjetividades* 4 (como, por ejemplo, la clase social, la raza, la sexualidad, etc...). La interseccionalidad es un concepto básico para investigar o intervenir en salud pública y poder analizar las diversas fuentes de discriminación en la salud.

Las desigualdades sociales, según el género, tienen, como no, su efecto específico en la salud mental de hombres y mujeres Cis, así como de hombres y mujeres Trans. Según el informe SESPA 2020, en el contexto del estado los estudios confirman la mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres. Y esta empeora a medida que empeoran las condiciones de vida, siguiendo el gradiente social. También señala que las mujeres son medicadas más frecuentemente por ansiedad y depresión, a igualdad de diagnósticos y consultas realizadas, de ahí la importancia de la perspectiva de género a la hora de no medicalizar malestares cotidianos.

Si ponemos el foco en la salud mental de mujeres con usos problemáticos de sustancias, sabemos que las mujeres usan sustancias como una manera de afrontamiento de experiencias de socialización negativas. Cuando buscan ayuda a nivel social, se encuentran con barreras que las victimiza y les hace perder autonomía y agencia, y que

dificultan el que puedan recuperar espacios sociales que favorezcan un crecimiento personal y eviten la marginación. Además, sufren cargas económicas más pesadas que sus homólogos masculinos, ya que experimentan un menor empleo y niveles de ingreso con el deterioro de salud física y psicosocial que todo esto conlleva. Por otro, sabemos que la demanda de tratamiento de mujeres con uso perjudicial de sustancias no responde a la prevalencia de consumos, lo que nos indica que existen barreras para el acceso al tratamiento. En el manual “Mujeres y Drogas” de E. Arostegi y P. Martínez, se enumeran los obstáculos que afrontan para acceder a tratamiento:

- ausencia de perspectiva de género en el programa de tratamiento con lo que no se tienen en cuenta las necesidades de las mujeres,
- se reproducen en el trabajo los estereotipos de género con la penalización que esto supondrá para la persona atendida,
- el autoestigma como limitación importante para acudir a tratamiento sobre todo cuando el uso de sustancia puede cuestionar el rol maternal,
- el menor apoyo por parte de pareja y familiares,
- la casi inexistencia de recursos que permitan compatibilizar el tratamiento y el cuidado de menores o mayores.

El enfoque de género también muestra atención a las personas LGTBIQ+. Siguiendo con el informe SESPA 2020, señalan que *la heterosexualidad como patrón normativo de la identidad de género y de las relaciones afectivo-sexuales genera discriminaciones añadidas que son fuente de peor salud mental sancionando en especial a los hombres por el incumplimiento de los marcos dominantes de identidad y sexualidad.* 5

La orientación sexual y la identidad de género no están recogidas en la mayoría de los estudios de salud nacionales por lo que no se conocen bien las necesidades específicas, problemas de salud o inequidad de salud que sufren las personas LGTBIQ+ en el Estado español ni en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Múltiples organizaciones nacionales e internacionales visibilizan la existencia de discriminación y violencia hacia estas personas. También la literatura científica sugiere que las personas LGTBIQ+ afrontan inequidades de salud en comparación a la población heterosexual, con una mayor prevalencia de problemas de salud (más problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, suicidio sobre todo en la adolescencia, aislamiento en la vejez y abuso de sustancias) derivados de la no aceptación por su entorno de identidades de género no normativas, del estigma y de la negación de sus derechos. El acercamiento a esta materia es complejo porque cada identidad tiene diferentes problemas asociados. Hay que poner especial atención en la población trans, que sufren mayor discriminación y mayores tasas de violencia interpersonal que personas no trans. 6

Es importante recordar que ni todas las mujeres, ni todas las personas LGTBIQ+ viven las mismas situaciones. Nuevamente, la interseccionalidad nos puede ayudar a analizar mejor las causas, así como a intervenir de una manera más adecuada.

En su publicación “Sesgos de género en la atención sanitaria” María Teresa Ruiz Cantero señala que la investigación desde la perspectiva de género y cómo afectan las desigualdades de género apenas tiene 20 años de historia, aunque ha avanzado mucho en los últimos años. Su objetivo es demostrar *cómo la identidad y los roles de género, así como la posición social de menor poder (estatus de subordinación) de las mujeres, impactan en la salud y son responsables de desigualdades en salud entre los hombres y las mujeres*. La realidad es que buena parte de las investigaciones en salud utilizan a los hombres heteros como prototipos poblacionales, incurriendo en lo que se llama sesgos de género. Estas investigaciones producen nuevo conocimiento sobre las exposiciones a riesgos para la salud propias de los hombres, sobre la forma de enfermar de estos, y sobre su respuesta a los tratamientos y sus pronósticos, que con posterioridad se infiere a las mujeres, lo que en múltiples ocasiones ha sido erróneo desde un punto de vista científico. ⁷

Según esta autora, *el sesgo de género sería el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias de hombres y mujeres cis y trans, así como heteros o LGTBIQ+ (en su naturaleza, comportamiento y razonamientos)* que puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios y en la investigación y que sería discriminatoria. ⁷

Deberíamos por tanto valorar solo los resultados de investigaciones que desagreguen los datos por sexo/género, y que tengan en cuenta en sus instrumentos de medida, los sesgos de género derivados de construcciones de feminidad y masculinidad hegemónicas (cómo sucede, por ejemplo, en los instrumentos psicométricos). ⁵

Generar un entorno de tratamiento sensible al género es especialmente importante en los recursos sociosanitarios. FEDEAFES en su “Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres” ⁸ realizado en el 2012 asegura que *los servicios y programas dirigidos directamente a personas con sufrimiento mental grave atienden, de media, al doble de hombres que de mujeres. Las razones que se apuntan para este hecho son:*

- *El rol tradicional femenino, que las vincula al trabajo doméstico.*
- *El papel de las familias, que las sobreprotegen y las impulsan en mayor medida a quedarse en casa.*
- *El escaso nivel de empoderamiento de las mujeres con Enfermedad Mental Grave o sufrimiento mental grave, que les impide percibirse como sujeto de derechos.*
- *El hecho de que los recursos estén diseñados atendiendo a un patrón de necesidades masculino, centrado en el autocuidado básico para el que las mujeres –sobre todo las mayores –disponen de más herramientas, mientras que ignoran los requerimientos más sofisticados de cuidado femenino, centrados en lo emocional y en lo relacional.*
- *La posible existencia de diferentes sensibilidades que tienden a percibir como menos problemático que las mujeres con Enfermedad Mental Grave se queden en casa.*

Por otro lado, en este diagnóstico también se señala que no existen recursos de apoyo para madres con enfermedad mental grave y ya ni hablemos de madres con patología dual. Y que tampoco hay muchos grupos de apoyo de mujeres con sufrimiento mental grave que sean estables.

En cuanto al tratamiento de mujeres con adicciones también hay una escasez de programas de tratamiento centrados en las mujeres, cuando los datos emergentes respaldan que estos programas tienen mayores reducciones en el uso de sustancias, son más valorados y favorecen un mejor acceso. 9,10

Así que para favorecer el acceso a tratamiento podemos señalar medidas como:

- Reservar plazas para mujeres en los programas y servicios en los que estén claramente infrarrepresentadas.
- En los servicios menos utilizados por mujeres – o bien por hombres- visibilizarlas especialmente en todos los soportes utilizados para la difusión, a través de fotografías o menciones específicas.
- Diseñar las actividades de los dispositivos comunitarios en función de los intereses y necesidades de las mujeres, prestando especial atención entre sus contenidos a la violencia sexista contra las mujeres, la sexualidad, la autoestima, y la importancia del empleo y de la participación social.
- Impulsando también la creación de grupos de mujeres que tenga como objetivo visibilizar la situación de discriminación múltiple que sufren las mujeres con enfermedad mental, al tiempo que potencie su empoderamiento y posibilite su mayor participación social.

De nuevo, es necesario añadir que resulta necesario conocer más sobre la realidad de las personas LGTBQ+. Supone no dar por hecho que la persona que tenemos frente a nosotrxs es cis y hetero. Por lo tanto, resulta necesario que, partiendo del reconocimiento de esta diversidad, se pueden crear espacios físicos que garanticen la discreción y el respeto en el trato de estas personas, así como identificar experiencias significativas en la atención de la salud mental de estas personas, de las que se pueda aprender y realizar así un trabajo más adecuado.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que el cuidado de personas con sufrimiento mental grave está feminizado, ya que las mujeres hemos sido socializadas en un rol de cuidadoras, incluso dependientes emocionalmente de ese cuidado. Por tanto, son las mujeres las principales afectadas por la dependencia de estos familiares y por la imperfección de la ley de dependencia a la hora de valorar la sobrecarga que este cuidado produce, y por la insensibilidad de las valoraciones a las necesidades específicas de personas con enfermedades mentales graves. Así los recursos destinados a respiro o apoyo no son suficientes. La valoración que se hace de la sobrecarga de la persona cuidadora no dimensiona correctamente la sobrecarga emocional de no poder llegar a la conciliación de este cuidado con la vida personal, familiar y otras actividades laborales. Avanzar en este sentido debería servirnos para ser más activas como Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza (RSMB) en nuestra coordinación y colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia a través de los espacios establecidos, haciendo hincapié en las dificultades que observamos para que las herramientas de valoración reflejen la dependencia real de las personas con sufrimiento mental grave.

Otro capítulo que merece mención aparte es la elevada incidencia de violencia de género y agresiones sexuales que sufren las mujeres con sufrimiento mental grave (tiene menor credibilidad, mayor implicación en relaciones desiguales, menores posibilidades de defensa) además de las enormes dificultades para la detección e interven-

ción por parte de lxs profesionales de la salud que sentimos que no disponemos de las herramientas suficientes para ello. La RSMB creó en 2018 la Comisión de VG (CVG) como respuesta a la preocupación por esta elevada incidencia y problemas de detección. En el 2019, se inició la línea de formación continuada en género. Sería interesante, para abarcar la amplitud y complejidad del tema, seguir con esta línea de formación incorporando la diversidad sexual, optando así por una formación que permita abordar cuestiones de fondo, y no solo las definiciones de la nomenclatura.

En el año 2019, Osakidetza edita una nueva guía de actuación en Violencia de Género en el ámbito sanitario con pautas que se desarrollan en función de los diferentes contextos asistenciales. Esta guía cuelga, como otras guías de actuación, de la historia electrónica de cada persona usuaria formularios específicos cuya idea es facilitar la intervención y denuncia desde los recursos asistenciales.

Por otro lado, no hay que olvidar que en muchos de los recursos públicos de acogida para mujeres que han sufrido violencia de género grave ingresan frecuentemente mujeres con enfermedades mentales graves. Durante un tiempo, la atención psiquiátrica ambulatoria que precisaban estas mujeres era realizada por una sola psiquiatra referente en Bilbao, lo cual facilitaba la coordinación interinstitucional, agilizando las necesidades de tratamiento y garantizando una mayor calidad de este. Deberíamos valorar retomar esta actuación.

En cuanto a mujeres con Trastornos Graves por Uso de sustancias que sufren violencia de género grave, tenemos pendiente repensar cómo deberían ser los recursos residenciales específicos que den respuesta a sus necesidades, sobre todo cuando se requiere una actuación urgente por la complejidad de la intervención cuando hay consumos activos. ¹¹

Sin quitar relevancia a la violencia de género que sufren las mujeres por el hecho de serlo, parece importante aquí también, ampliar la mirada detectora de violencia asociada al género a la sufrida por personas LGBTQ+ -definida como delito de Odio-, de lo que sabemos más bien poco y en lo que es preciso continuar profundizando.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 DEPARTAMENTO DE SALUD, GOBIERNO VASCO. (2013). Política de Salud para Eskuadi 2013-2020. Recuperado de: www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2013_2020/es_def/adjuntos/plan_salud_2013_2020-web%2012_03_2018.pdf
- 2 CAMAROTTI, A. C. & KORNBLIT, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colect.* 11, 211-221.
- 3 SERVICIO CENTRAL DE PUBLICACIONES DEL GOBIERNO VASCO. (2017) VII Plan de Adicciones. Euskadi 2017-2021 Arriskuei Aurre Eginez, Osasuna Eraikiz, (2017). Recuperado de: www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf
- 4 AROSTEGI, ELISABETE Y MARTÍNEZ, PATRICIA, (2021) “Mujeres y Drogas. Manual para la Prevención de Recaídas. Género y Drogodependencias” Recuperado de: <http://www.generoydrogodependencias.org/mujeres-y-drogas/>.
- 5 BACIGALUPE, AMAIA; CABEZAS, ANDREA; BAZA, MIKEL Y MARTÍN, UNAI. (2020) El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020 | Lector mejorado de Elsevier. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911120301813?token=C614FCC08065DD-137790BE806EF55C55FAB1B35FAE992F4218C38780949450D0D2C0A97B87A91B95842701612707160F> doi:10.1016/j.gaceta.2020.06.013.
- 6 GIL-BORRELLI, CHRISTIAN CARLO ET AL. (2017) Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac. Sanit.* 31, 175-177.
- 7 RUIZ, MARÍA TERESA. NSP4. Sesgos de Género en la Atención Sanitaria. Universidad de Alicante. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de: [easp_nsp_sesgos_genero_nueva_sp_vinculado.pdf](http://easp.nsp_sesgos_genero_nueva_sp_vinculado.pdf).
- 8 FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. (2014). Recuperado de: Fedeafes_folleto-empoderamiento-mujeres_recomendaciones-conclusiones.pdf.
- 9 GREEN, CARLA A. Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. Publicaciones NIAAA. Recuperado de: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh291/55-62.htm>.
- 10 ELMS, NATASHA; LINK, KENDRA, NEWMAN, ADAM; BROGLY, SUSAN B. for the Kingston House of Recovery for Women and Children. (2018) Need for women-centered treatment for substance use disorders: results from focus group discussions. *Harm. Reduct. J.* 15, 40.
- 11 HANSEN, GISELA. (2021) El abordaje de las violencias en los recursos de adicciones: Una asignatura pendiente que ya no puede esperar. *lasDrogas.info* Recuperado de: <https://www.lasdrogas.info/opiniones/el-abordaje-de-las-violencias-en-los-recursos-de-adicciones-una-asignatura-pendiente-que-ya-no-puede-esperar/>.

UNA MIRADA A LA SALUD EN HONDURAS DESDE LA PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

LUIS ALBERTO VELÁSQUEZ

Sociólogo y profesor universitario en la CURLA, Honduras

BIOGRAFÍA

Luis Velásquez (San Pedro Sula, Honduras, 1981).

Sociólogo y docente universitario del Centro Regional Universitario del Litoral Atlántico, CURLA. Poeta por afición. En 2005 una selección de sus poemas fue incluida en la obra “El Ideal Interior”, del Ateneo Insular, República Dominicana. En 2020 publicó su primer poemario individual “Recuéstate en mis ojos”.

Se desempeña como Analista de Información del Observatorio Regional de la Violencia y la Unidad de Género, lo que, junto con los seminarios de Cultura y Salud que imparte para la Licenciatura en Enfermería, le permite activar como un promotor de derechos humanos de la población LGTBQ+ en la ciudad de La Ceiba, Honduras y en su natal San Pedro Sula.

RESUMEN

Incorporar el enfoque de diversidad sexual y de género en el ámbito de la salud es una tarea pendiente para el diseño de los programas y proyectos del sistema de salud pública en Honduras. Los avances que en las últimas dos décadas se deben principalmente a la incidencia política de organizaciones y colectivos LGTBIQ+ con el apoyo de agencias de cooperación internacional y organizaciones internacionales para el desarrollo como medicusmundi Bizkaia, Médicos Sin Fronteras y otras. En este artículo se presenta una aproximación somera al problema de la precariedad del sistema de salud público y privado, para hacer efectivo el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud desde la perspectiva de la salud comunitaria y desde la inclusión efectiva de las personas sexo-género diversas en los servicios de atención primaria en salud y las especialidades. La vulneración de derechos humanos elementales en el contexto de regímenes poco democráticos sucesores del Golpe de Estado de 2009 es el marco en el que se plantea la necesidad de fortalecer el movimiento social de la diversidad sexual y de género, para ganar espacios de representación en la toma de decisiones que en materia de salud nos afectan como población marginalizada.

INTRODUCCIÓN

La salud se ha vuelto una dimensión preponderante en los últimos años, a partir de la emergencia de la pandemia del COVID-19, sus implicaciones y consecuencias sanitarias, económicas, sociales y culturales (Somos CDC, 2020). Sin embargo, ya desde la crisis financiera global de 2008, el sector salud viene enfrentando retos que le hacen repensar su condición de derecho humano fundamental; por los recortes en los presupuestos de salud, la privatización de los servicios y la prevalencia de patologías propias de la vida moderna: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, y otras.

En ese contexto, la importancia del abordaje interdisciplinar para resolver las brechas de atención entre población general y grupos vulnerables, se hace más acuciosa tanto por el incremento de la incidencia política de los movimientos sociales, como por las resistencias históricas construidas a partir de patrones cis-hétero-patriarcales.

La visión de unos servicios de salud inclusivos, de calidad y con calidez, se aleja de la realidad en países como Honduras, donde los retos generalizados son tan grandes y las disparidades entre segmentos socioeconómicos disminuyen las expectativas y esperanza de vida saludable para amplios sectores de población, en detrimento aún más de las poblaciones sexo-género diversas.

Desde mi experiencia como catedrático de la Licenciatura en Enfermería en el Centro Regional Universitario del Litoral Atlántico, en los seminarios de Cultura y Salud, puedo brindar una mirada aproximativa a la realidad que enfrentan los colectivos de diversidad sexual frente a los retos del sistema sanitario hondureño.

LA INCORPORACIÓN DE LA DSG AL ÁMBITO DE LA SALUD

La salud es un todo integral que involucra la biología, psicología, la economía, las relaciones sociales y el ambiente cultural en que se desenvuelven las personas; no se puede reducir a la homeostasis física del individuo. Por lo tanto, cuando se trata de salud, es necesario tomar en cuenta todas las dimensiones que involucra el estar vivo, incluido el disfrute de los derechos humanos en todas sus generaciones.

Reconocer la orientación sexual, identidad de género y expresión de género de las personas es parte de la dinámica de la salud integral, puesto que una atención sanitaria plagada de estigmas y discriminaciones socava un fundamento sobre el que se debe construir todo sistema de atención en salud: el respeto a la diversidad humana.

Las personas sexo-género diversas nos encontramos con barreras al momento de acceder a los servicios de salud convencionales, especialmente debido al desconocimiento del personal sanitario héteronormado acerca de la diversidad sexual y de género (Plataforma Derechos Aquí y Ahora Honduras, 2020). Prevalecen mitos e imaginarios sociales que, en países como Honduras, mantienen la idea de que somos individuos marginales, raros representantes de una subcultura de degeneración sexual marcada por el pecado y el alejamiento de valores morales tradicionales y guiados por una ética oportunista e individualista.

Los discursos de líderes religiosos y políticos de derecha acentúan esa condición de marginalidad y de comportamientos presuntamente antisociales que se nos asigna desde dichos espacios de poder. Recordemos que, tras una reforma reaccionaria a la Constitución de la República en 2021, quedó blindada legalmente la posibilidad de reconocer la unión civil y el matrimonio igualitario entre personas sexo-género diversas (Naciones Unidas Honduras, 2021). En la misma reforma, quedó establecida la violación al derecho a decidir para las personas con capacidad gestante acerca de la interrupción del embarazo bajo cualquier circunstancia, incluso si la vida de la persona corre grave riesgo, si el producto de la fecundación es inviable fuera del útero y hasta en casos de violación e incesto.

Los derechos sexuales y reproductivos tienen una deuda inmensa en Honduras, y las organizaciones de mujeres y feministas así como los colectivos LGTBIQ+ se lo hacen saber al Estado hondureño constantemente, pese a su posición de sordera e inacción al respecto. La incidencia política se continúa a pesar del clima político y jurídico adverso, de la mano con la cooperación internacional que media y financia proyectos y programas que apuntan hacia una mayor inclusión y democratización de las condiciones en que vivimos las personas sexo-género diversas.

LA INCORPORACIÓN DE LA DSG AL TRABAJO QUE REALIZA EL PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD

Las comunidades de profesionales de la salud requieren urgentemente procesos de información y sensibilización acerca de las temáticas de la diversidad sexual y de género. Los prejuicios de origen religioso aún tienen un ejercicio de poder muy grande en la configuración de los servicios de salud institucional; en ese sentido, en la práctica educativa y los programas de formación se incluyen de hecho alusiones a la Biblia como norma de conducta ética; y en algunas asignaturas se practica la oración guiada por el/la docente antes de iniciar los contenidos programáticos. La educación laica es precaria y cuestionada por sectores conservadores como un intento de “ideologizar” en la mentalidad comunista. (Mejía & Ortega, 2019)

No obstante, hay mucho por qué tener esperanza. Desde el reconocimiento con personería jurídica en 2004 a las organizaciones LGTBIQ+ y sobre todo por el respaldo financiero e institucional de agentes de la cooperación internacional, el tema de la necesidad de incorporar el enfoque de género diferenciado por diversidad sexual y de género se ha venido posicionando en la agenda pública, pese a todas las resistencias ancladas en visiones cis y héteronormadas que prevalecen en los niveles de tomas de decisiones por parte de altos funcionarios de salud.

Y es que, como se ha apuntado, la deuda histórica en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos acusa un caudal aún muy grande. Como muestra un hecho casi insólito: en el marco del régimen surgido a partir del Golpe de Estado de 2009 en Honduras, se prohibió el uso, venta y distribución de la anticoncepción de emergencia, conocida popularmente como “píldora del día después”. Tal anticonceptivo formaba parte del kit de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual en los establecimientos de salud pública. Pese al trabajo de incidencia de organizaciones como medicusmundi Bizkaia, Médicos Sin Fronteras y otras ong’s, la medida no se ha logrado revertir, bajo el argumento -sin ningún fundamento científico- de que el método es abortivo y por lo tanto inconstitucional.

Así de atrasados nos encontramos en el país. Los gobiernos sucesivos después del Golpe de Estado, dominados por el Partido Nacional de Honduras, cuya doctrina partidaria declarada es el “humanismo cristiano”, se han empecinado en dejar fuera de las prioridades el fortalecimiento del sistema de salud pública y la adecuada regulación del sector de la salud privada, bajo estándares acordes a las Metas del Milenio hasta 2015, y en el tiempo subsiguiente según los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La esperanza radica en que colectivos de diversidad sexual se han empoderado a lo largo de las últimas dos décadas, para demandar de manera más enérgica el reconocimiento de los derechos humanos de las personas LGTBIQ+, de la asignación de presupuestos en salud que atiendan no solo la prevención y atención a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA; sino que se han comprometido, unas más y otras menos, en la capacitación a operadores de justicia, personal sanitario y del sector de educación formal, para que conozcan la realidad de la población sexo-género diversa, nuestras necesidades y planteamientos.

El personal de salud responde usualmente al principio con cierta reticencia a la temática, pero una vez abordados/as, el grado de sensibilización aumenta y eso se refleja en la calidad y calidez de atención, pese a que -en el sector público- los recursos materiales y técnicos con los que cuentan son deficientes, dado que especialmente en los últimos 12 años el mayor incremento presupuestario se ha destinado a la seguridad pública, a través de cuantiosos aumentos a los fondos de la Secretaría de Seguridad y la Secretaría de la Defensa.

LA RELACIÓN ENTRE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Sin duda alguna, los Determinantes Sociales de la Salud se conjugan para favorecer o entorpecer el acceso equitativo a la salud de las poblaciones sexo-género diversas. En Honduras, volviendo al tema de la marginalidad, la población más vulnerabilizada son las mujeres transgéneras y transexuales trabajadoras del sexo. Muchas de ellas han sido excluidas de sus propios hogares, impedidas de laborar en un empleo formal, imposibilitadas de ser reconocidas por el Estado en su identidad de género mediante el cambio de su nombre y sexo en el documento nacional de identidad, a falta de una Ley aprobada de Identidad de Género que tutele dicho derecho básico a la propia identidad.

El trabajo sexual se vuelve la única vía de acceso a recursos monetarios para sobrellevar la propia subsistencia, los tratamientos hormonales y el apoyo económico que muchas de ellas proveen a parientes bajo su cargo y cuidado. Los agentes de policía, en las calles donde ejercen el comercio sexual, se vuelven un enemigo de ellas, como lo demuestra el caso de Vicky Hernández y otras vrs. el Estado de Honduras (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2021), cuya sentencia en 2021 evidenció la complicidad del gobierno hondureño el día del Golpe de Estado en 2009, para violentar el derecho a la vida de Vicky, mujer trans activista de la comunidad LGTBIQ+ en la defensa de los derechos humanos.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos¹ determinó en la sentencia que no solo el derecho la vida se había violentado a Vicky, sino los derechos a una vida digna, en paz y saludable apropiada y consecuente con su identidad de género. Esto es, al final, no fueron solo los sospechosos agentes de la seguridad pública los responsables del desenlace fatal de su muerte sino toda una serie de condicionantes socioculturales que determinaron la situación de exclusión y marginalidad de su vida, pese a militar activamente en una organización de la diversidad sexual, contar con un historial de solidaridad con los colectivos LGBTQ+ y ser un sostén económico y moral para su familia.



Fuente: <https://pbs.twimg.com/media/ETPWHBuWsAUVbuF.jpg>

Se están realizando estudios que ayuden a comprender el grado de afectación en la salud mental de las personas de la diversidad y de género en Honduras, bajo el auspicio de colectivos como el Movimiento de Diversidad en Resistencia, una organización surgida de la lucha contra el Golpe de Estado de 2009 en las calles, y cuyos posicionamientos políticos les han llevado a ejercer la Secretaría de Diversidad Sexual en el único partido político hondureño que la tiene: Libertad y Refundación, un instituto político de centro-izquierda que tiene ostensibles posibilidades de ganar las elecciones generales este 28 de noviembre de 2021.

Atrás han quedado los años en que hablar de diversidad sexual y de género se limitaba a abordar las ITS y el VIH-SIDA, génesis del movimiento social en los años 80's y 90's. Ahora existe una mayor conciencia organizativa para demandar otros derechos humanos, como la atención en salud integral, con enfoque de género, diferenciada e inclusiva.

¹ Integrada por la jueza y jueces siguientes: Elizabeth Odio Benito, Presidenta; Patricio Pazmiño Freire, Vicepresidente; Eduardo Vio Grossi, Juez; Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, Juez; Humberto Antonio Sierra Porto, Juez; Eugenio Raúl Zaffaroni, Juez, y Ricardo Pérez Manrique, Juez.

Sin embargo, queda mucho trabajo por hacer: los determinantes sociales de la salud no están incorporados debidamente en los planes, programas y proyectos de la Secretaría de Salud y, por lo tanto, dicho enfoque está lejos de ser efectivo para la población en general, mucho menos para las personas sexo-género diversas. Quienes accedemos a una salud de calidad, lo hacemos generalmente con nuestros propios recursos, con especialistas privados, cuya formación tampoco garantiza que conozcan y apliquen el enfoque de los DSS. Prevalece aún una visión biologicista de la salud, aunque se den pequeños pasos hacia su superación como modelo dominante.

La medicina tradicional y popular aún es una alternativa válida para segmentos grandes de la población, también para las personas de la diversidad sexual. En plena pandemia del COVID-19, se han hecho esfuerzos por rescatar y dejar constancia escrita de remedios naturales administrados por agentes de salud comunitaria y étnica, especialmente desde las organizaciones de base del pueblo garífuna, una etnia afrohondureña habitante de la costa norte caribeña, que se extiende por Honduras, Guatemala y Belice. (Organización Fraternal Negra Hondureña, 2020)

DESAFÍOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS CON RESPECTO A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

Los DSS son una herramienta conceptual y pragmática para construir modelos de atención en salud que sean multiculturales, no biologicistas, inclusivos e incluyentes, cercanos a la realidad cotidiana de las personas en todas sus dimensiones socioeconómicas y culturales. Superar siglos de precariedad en el sistema de salud no es una tarea fácil, pero desde el trabajo de las organizaciones de mujeres y feministas, colectivos LGTBQ+ y el decidido posicionamiento político de partidos políticos con visiones más modernas de la democracia, es posible enfrentar los retos de deconstruir barreras ideológicas, financieras y actitudinales para forjar otra forma posible de promover la salud.

El primer gran desafío es lograr un cambio de paradigma en el enfoque del gobierno de turno próximo: pasar de tener una visión mercantilista y elitista de la salud hacia un enfoque basado en derechos humanos. Para ello, es necesario cambiar los funcionarios de alto rango que han ostentando la mayor jerarquía en la toma de decisiones políticas que afectan al sistema de salud.

El segundo desafío es pelear por las asignaciones presupuestarias que solventen la demanda de la atención primaria en salud y de las especialidades. Se trata de una tarea titánica en cuanto existen *habitus*² arraigados en los distintos gremios del sector salud, acostumbrados a luchas gremiales economicistas que son justas en exigir mejoras salariales y respeto a la contratación colectiva, pero poco dadas a la propuesta de reformas profundas que cambien de raíz los problemas que aqueja el sistema de salud pública.

2 Pierre Bourdieu: conjunto de disposiciones socialmente adquiridas que mueven a los individuos a vivir de manera similar a la de otros miembros de su grupo social. Cfr. <http://www.nocierrreslosojos.com/bourdieu-pierre-habitus/>

El cambio de paradigma implicaría un cambio de modelo de desarrollo económico, hacia uno que no privilegie las utilidades privadas, sino que regule y demande de los prestadores de servicios privados el cumplimiento de estándares internacionales que buscan subsidiar a las poblaciones más vulnerables al momento de ser atendidos en los establecimientos privados. Siquiera con que no aplicaran tarifas y precios tan absurdamente abusivos ya sería un avance significativo.

EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA SALUD COMUNITARIA: LAS ORGANIZACIONES LGTBIQ+

Uno de los roles fundamentales que se debería esperar de las organizaciones de sociedad civil LGTBIQ+ es el de informar y sensibilizar a la población y a los/as actores sociales claves en posiciones de poder, desde altos funcionarios/as hasta el personal de atención directa a la población, para que superen los prejuicios que la desinformación, o unos preceptos religiosos mal aplicados que aún afectan, tener acceso equitativo, de calidad y con calidez para todas las personas, sin discriminación alguna.

A pesar de contar con un marco jurídico prevalecientemente adverso, existen brechas de oportunidad para demandar mejores servicios de salud, con enfoque comunitario; por ejemplo, en el nuevo Código Penal (Congreso Nacional de Honduras, 2017), está expresamente penalizada la discriminación por orientación sexual e identidad de género, especialmente si se trata de servicios públicos. (Arts. 211 y 212).

“La unión hace la fuerza” dice el dicho; y esto es una realidad fáctica a la hora de empoderar el proyecto de reconocimiento de los derechos humanos de la población sexo-género diversa. Aunar esfuerzos alrededor de una Ley de Igualdad, Equidad y Contra Toda Discriminación -de la cual existe por lo menos una propuesta en discusión (Secretaría de Derechos Humanos, 2019)- es lo menos que podemos pedir a las organizaciones de base LGTBIQ+. Porque los intereses de los hombres gays, de las mujeres lesbianas, de las personas bisexuales, de la población transgénero y transexual, y de todas las demás identidades, orientaciones y expresiones de género, pueden ser disímiles; esto por condición de clase, edad, pertenencia étnica e identificación territorial, pero en lo que todes estamos de acuerdo es que nadie debe ser discriminado por nuestra condición sexual y de género.

Tender puentes con los esfuerzos que las organizaciones de mujeres y feministas ya realizan en el tema de la salud comunitaria, del autocuidado, de la sororidad y la fraternidad; de la solidaridad en todo caso, es imperativo para fortalecer el movimiento social de la diversidad sexual y de género, precondition para realizar los cambios tan anhelados en el sistema de salud pública y privada de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  CONGRESO NACIONAL DE HONDURAS. (2017). Código Penal, Decreto No. 130-2017 y sus reformas. Honduras. URL: <https://www.tsc.gob.hn/biblioteca/index.php/codigos/830-codigo-penal-2019>
-  CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. (2021). *Caso Vicky Hernández y Otras vs. Honduras*. Sentencia, Resumen Oficial, San José, Costa Rica. URL: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_422_esp.pdf
-  MEJÍA, JOAQUÍN., & ORTEGA, ANA. (2019, Junio). Crisis de legitimidad y crisis del Estado laico. *Envío*, 58, 21-27. URL: <http://guaymuras.hn/material/revistasenvio/envio17n58.pdf>
-  NACIONES UNIDAS HONDURAS [AMAYA, ALEJANDRA & CÁLIX, MARÍA ELENA]. (2021, Enero). *La ONU manifiesta su preocupación por la aprobación de la reforma constitucional que impide el aborto y el matrimonio igualitario en Honduras*. URL: <https://honduras.un.org/es/108906-la-onu-manifiesta-su-preocupacion-por-la-aprobacion-de-la-reforma-constitucional-que-impide>
-  ORGANIZACIÓN FRATERNAL NEGRA HONDUREÑA. (2020). *Medicina ancestral garífuna para combatir el Coronavirus*. (OFRANEH, Ed.) Honduras: Red Nacional de Defensoras de Derechos Humanos en Honduras [Coordinadora: Yessica Trinidad]. URL: http://im-defensoras.org/wp-content/uploads/2020/06/GUIA-MEDICINAL-GAR%C3%8DFUNA-PARA-COMBATIR-EL-COVID19_BC.pdf
-  PLATAFORMA DERECHOS AQUÍ Y AHORA HONDURAS . (2020). Retrieved from United Nations Human Rights Office of the High Commissioner: URL: <https://uprdoc.ohchr.org/uprweb/downloadfile.aspx?filename=7746&file=SpanishTranslation>
-  SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS [MINISTRA KARLA CUEVA]. (2019, Mayo 17). Secretaría de Derechos Humanos y Comunidad LGTBI trabajan de la mano para lograr respeto a sus derechos y evitar discriminación. Honduras. URL: <https://www.sedh.gob.hn/noticias3/349-secretaria-de-derechos-humanos-y-comunidad-lgtbi-trabajan-de-la-mano-para-lograr-respeto-a-sus-derechos-y-evitar-discriminacion>
-  SOMOS CDC [SORTO, ALEX & JIMÉNEZ, ABNER]. (2020, mayo). *Informe situacional de las personas LGTBI en relación a la pandemia del COVID-19 en Honduras*. URL: https://es.scribd.com/document/466120701/Informe-Situacional-de-las-Personas-LGTBI-en-relacion-a-la-Pandemia-del-COVID-19-en-Honduras#from_embed

LO COMUNITARIO DESDE LOS ESPACIOS QUE HABITAMOS

DYLAN DUARTE

Médico general, activista y defensor de los DDHH LGTBIQ+

BIOGRAFÍA

Dylan Duarte nació en la ciudad de Siguatepeque, Comayagua el 30 de octubre de 1990, lugar en donde creció junto a su papá y su abuela paterna. En esa misma ciudad cursó la educación primaria y secundaria. En 2008 obtuvo una beca y estudió medicina en la Escuela Latinoamericana de Medicina con sede en La Habana, Cuba donde regresó como Médico General en 2014.

Actualmente es estudiante del Diplomado en Estudios LGTBIQ+ que imparte la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Forma parte del Colectivo Hombres Trans y Transmasculinidades de Honduras y de la Asociación Honduras Diversa, donde colabora como Fiscal y Coordinador Regional de la zona norte del país.

Ha trabajado como docente en el área de nutrición y salud comunitaria con estudiantes de bachillerato, así como ha brindado Atención Primaria en Salud a adultos, niños y mujeres embarazadas en áreas rurales y comunitarias de su país.

Es médico colaborador de la Red Nacional de Defensoras de DDHH de Honduras, donde ha tenido la oportunidad de colaborar y trabajar en APS con la población perteneciente a OFRANEH y COPINH, dos organizaciones conocidas a nivel nacional e internacional por su labor en defensoría de los pueblos y territorios ancestrales.

Fue médico voluntario en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en el terremoto de Ecuador en 2016 y, junto al Equipo de Contingencia Popular en los huracanes ETA e IOTA que azotaron Honduras en 2020.

Ha realizado cursos de formación de líderes mentores en DDHH, acompañamiento y feminización en procesos migratorios, DDHH y Género de mujeres, niñas, jóvenes y personas LGTBIQ+, migración, Desplazamiento Forzado Interno y Derechos Sexuales y Reproductivos, entre otros.

Actualmente dirige su proyecto personal “Salud Inclusiva”, donde realiza incidencia, sensibilización y educación al personal de salud en Atención Integral en Salud para Personas LGTBIQ+ y le brinda charlas y talleres a la comunidad LGTBIQ+ en temas de salud.

RESUMEN

Lo comunitario desde los espacios que habitamos, lo entendemos en la actualidad gracias al aporte teórico fundamental de los estudios sociológicos que analizan la interseccionalidad (desarrollados por el feminismo negro que surgió en los Estados Unidos), que explica los complejos sistemas de opresión que actúan de manera conjunta en razón de clase, raza y género y que interceden de manera directa en dichos espacios. Involucran el territorio y el espacio donde se desarrollan la mayoría de sus acciones y actividades.

Los Determinantes de Sociales de Salud (DSS) que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”; indican que los espacios donde nos desarrollamos afectan de manera directa o indirecta nuestra salud.

La creación y la promoción de políticas públicas que promuevan el desarrollo de espacios es imperativa en el contexto donde se desarrollan las comunidades, tomando en cuenta la diversidad cultural, la sexualidad, la educación, el espacio laboral y social y los servicios de salud, la interculturalidad, la raza y por supuesto, la diversidad sexo-genérica, para que puedan garantizarse los derechos humanos.

Los espacios que logramos habitar y ocupar resultan ser producto de miles de luchas ancestrales e historias de vida que al final nos llenan de fuerza para seguir resistiendo y existiendo dentro de un sistema de muerte y desplazamiento, pobreza y tristeza, es por eso que es urgente que el Estado de Honduras gestione planes estratégicos en pro de la salud y derechos no solo de la cúpula que habita el poder, sino de la población trabajadora que sobrevive y lucha.

LO COMUNITARIO DESDE LOS ESPACIOS QUE HABITAMOS

En el contexto socio-cultural actual en el que se desarrolla Honduras, Estado extremadamente heteronormado y conservador donde no se reconocen nuestros derechos y éstos se violentan de manera sistemática, es común encontrarnos personas homofóbicas y con conductas nocivas en espacios pensados para las mujeres o para la diversidad sexual.

Entonces, surgen las interrogantes: ¿qué espacios ocupamos dentro de la ciudad como personas diversas? Y, si existe un impacto negativo sobre la diversidad sexual que atraviesa nuestra existencia en las ciudades, ¿cuál es el impacto de los espacios comunitarios en la diversidad sexual?, ¿Cómo se relacionan esos espacios con las dinámicas sociales heteronormadas que nos rodean?

Hypergeo, una enciclopedia electrónica, define la espacialidad como un conjunto de condiciones y prácticas de la vida individual y social que están ligadas a la posición relativa de los individuos y los grupos, unos con otros. Un postulado fundamental de la geografía es que estas posiciones relativas (o situaciones geográficas) determinan, probablemente o en parte, la forma y la intensidad de las interacciones sociales. Cada sociedad organiza su territorio según una espacialidad que le es propia y que depende de sus valores y de sus normas, así como también de la elección de sus actividades y de su dominio técnico.

Entendemos que el espacio es variable de persona a persona, de una cultura a otra y del área geográfica en donde residimos y las circunstancias que nos rodean. La esencia del espacio es social. Según María Dolores García Ramón (2008) la Geografía –ciencia centrada en los análisis espaciales- ha ignorado sistemáticamente la variable género como elemento de diferenciación social, “...hasta hace poco la Geografía analizaba la sociedad y el medio como un conjunto neutro, homogéneo y asexuado. Es decir, interpretaba el mundo desde una visión masculina y se tenían en cuenta tan sólo las experiencias de los hombres...”; en otras palabras, tomaba lo masculino como criterio normativo.

La distribución geográfica de problemas de salud o de componentes del sistema adquiere tal importancia, que se ha estimado que el 80% de las necesidades de información de quienes toman decisiones o definen políticas está relacionado con una ubicación geográfica.

Los espacios públicos, sociales, comunitarios e incluso privados están diseñados a partir de la masculinidad hegemónica, es decir, han sido espacios contruidos social y culturalmente para un hombre blanco, heterosexual y privilegiado, por lo que estos espacios además de ser heteronormativos son sexistas, clasistas, racistas y de difícil acceso. Esto lo entendemos en la actualidad gracias al aporte teórico fundamental de los estudios sociológicos que analizan la interseccionalidad (desarrollados por el feminismo negro que surgió en los Estados Unidos), que explica los complejos sistemas de opresión que actúan de manera conjunta en razón de clase, raza y género y que interceden de manera directa en dichos espacios.

En ese sentido, los espacios que habitamos deben construirse en base a una sociedad justa, equitativa, solidaria e inclusiva con igualdad de oportunidades para el desarrollo humano. Sin embargo, en Honduras la garantía del cumplimiento de derechos básicos como salud y educación son un gran privilegio al que la mayor parte de la población no puede acceder puesto que el 73% de los hondureños viven en pobreza.

La salud es un derecho humano universal. Está involucrada íntimamente con el territorio y el espacio donde se desarrollan la mayoría de sus acciones y actividades, puesto que el ejercicio disciplinar integra los conceptos de salud y enfermedad como procesos de cuidado, estableciendo una relación causal y determinante de los espacios y los territorios con las acciones y respuestas al cuidado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por otro lado, en el Capítulo I, Artículo 1 del Código de Salud de Honduras se define la salud como “un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico; es un Derecho Humano Inalienable y corresponde al Estado así como a todas las personas naturales o jurídicas el fomento de su protección, recuperación y Rehabilitación”.

Sin embargo, esas definiciones se encuentran muy alejadas de la realidad. El sistema de salud hondureño es precario y con deficiencias en todos sus niveles, no cubre ni siquiera las necesidades básicas de la atención primaria en salud, ni del área urbana ni del área rural. El Estado no ha tomado como prioridad la salud y ha violentado sistemáticamente el derecho a la misma; no hay medicamentos en los hospitales ni en los centros de salud, no hay insumos básicos, no existe mantenimiento adecuado de los equipos, y sumado a ello, ha sido víctima de la corrupción.

Tomando en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”; podemos afirmar que los espacios donde nos desarrollamos afectan de manera directa o indirecta nuestra salud. Estos sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos, que siguen siendo dirigidas desde una mirada hegemónica excluyente. Las condiciones anteriores son diferentes en la comunidad diverso sexual por lo que dan lugar a diferencias marcadas en materia de salud.

Es indispensable que las políticas públicas reconozcan la función de la diversidad sexual y de género como un fuerte determinante estructural de la salud. Por ejemplo, las mujeres trans tienen mayores problemas de salud porque además de no poder acceder a una Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) dirigida por un médico especialista, recurren a la automedicación, y además, muchas ejercen el comercio sexual, y este influye también de manera negativa en su salud, tanto física como emocional. Al mismo tiempo, no es lo mismo una mujer lesbiana que reside en una ciudad a una lesbiana que reside en una comunidad. Y desde una mirada interseccional, no es lo mismo un hombre trans blanco y privilegiado que un hombre trans negro y de escasos recursos económicos.

Podemos constatar que existe una relación directa entre el estatus social de las personas y la salud, pero también entre su orientación sexual, su identidad de género y su salud. En el campo de la sociología médica, según William C. Cockerham, los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en esta propuesta se incorpora claramente una relación dialéctica entre las opciones de vida y las oportunidades de vida.

América Latina es una de las regiones con mayor diversidad en el mundo. Partiendo de ahí, es importante diferenciar entre dos conceptos complementarios e interdependientes: Sociedad y Cultura. La sociedad es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat y la cultura es lo que da forma y envuelve a esa sociedad.

En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importantes unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas de cada persona o grupo social.

La cultura es un constructo social, y por lo tanto también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas y por supuesto, normativas. Los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado y este se rige en base al lugar donde viven, por lo tanto, los comportamientos sociales y culturales son distintos en la comunidad con respecto a la urbanidad.

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, se necesita un enfoque integral que combine características sociológicas y antropológicas como biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad.

Según el artículo “La salud y el contexto cultural”, desde la antropología médica para lograr entender las enfermedades -desde un enfoque ecológico y cultural- se hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud que éste tiene son principalmente creados por la cultura.

Asimismo, este artículo apunta que la cultura es la que determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías:

- Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades.
- Desde un punto de vista global, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud.

La salud pública se ve enfrentada a grandes desafíos, especialmente en Latinoamérica donde para brindarle a la población una atención en salud integral se necesitan diversos componentes. Es así, como la diversidad cultural no solo agrupa conocimientos médicos sino también creencias indígenas y prácticas ancestrales tradicionales. A su vez, establece desigualdades socio-económicas muy marcadas que limitan el acceso a la salud desencadenando impactos negativos en la salud de la comunidad.

Las desigualdades existentes en una misma población que nace, crece, se desarrolla y vive en desventajas de todo tipo, a nivel urbano o comunitario, son propicias a que dicha población tenga escaso o nulo acceso a educación, a un trabajo digno con buena remuneración, a una alimentación sana y equilibrada. En temática de salud, estas condiciones desventajosas son las causas principales al desarrollo de enfermedades e incluso la muerte en comparación al resto de la población que vive en condiciones privilegiadas o más favorables.

A su vez, es necesario hacer énfasis en que las condiciones socioeconómicas de una población no son las únicas que influyen en la salud de la misma. Las políticas de salud en Honduras, -por ejemplo- se basan en la medicina curativa y enfocan las estrategias de salud a la curación, pero el enfoque de promoción y prevención de salud, aunque existe, no es favorable y no tiene resultados positivos.

Es imperativa la promoción de políticas públicas que promuevan la creación de espacios donde además de respetar la diversidad cultural de nuestras comunidades ancestrales, sin limitarlas ni cuestionar su sexualidad, se creen servicios que cuiden la salud, respetando los derechos humanos, la interculturalidad, la raza y por supuesto, la diversidad sexo-genérica.

A modo de ejemplo, en enero del 2017 me enfermé. Pasé un poco más de 20 días yendo y viniendo entre médicos, clínicas y medicamentos. Nadie podía darme un diagnóstico certero hasta que me realizaron una tomografía axial computarizada (TAC). Luego de varios ultrasonidos, falsos diagnósticos y días sin dormir, los resultados mostraron una peritonitis grado I, un íleo paralítico y un plastrón periapendicular. Me tenían que ingresar de emergencia, iniciar antibioticoterapia, suspender vía oral e iniciar hidratación, además de evaluar qué día me operarían entre otras situaciones. Sin embargo, el costo era demasiado elevado. Ni mis padres ni yo podíamos permitirnos ese gasto. Las opciones no eran muy satisfactorias así que solicité una referencia médica al cirujano de la clínica privada donde estaba y junto a mis padres, me fui al Hospital Escuela (principal centro asistencial público del país) al área de Emergencia. Estuve ingresado por 10 días. Me dieron el alta médica, me indicaron medicamentos, me derivaron al coloproctólogo del hospital quién sería mi cirujano. Sin embargo, es noviembre del 2021 y aún no me han operado. No puedo ir al Instituto Hondureño de Seguridad Social porque no tengo seguro médico y no estoy afiliado.

El sistema de Salud de Honduras está integrado por dos sectores: el público y el privado. El sector público está compuesto por la Secretaría de Salud (SESAL), que presta servicios al 60% de la población y por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que es el encargado de recaudar, administrar los recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores, y presta sus servicios al 12% de la población. El sector privado está compuesto por instituciones de salud con o sin fines de lucro.

Sin embargo, en Honduras, 9 de cada 10 personas no están cubiertas por ningún tipo de seguro de salud y se estima que el 18% de la población (más de 1.5 millones de hondureños) no tiene acceso a los servicios de salud. La infraestructura hospitalaria y de los centros de salud es deficiente; los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas. Algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren de una fuerte inversión en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo. El mantenimiento es escaso lo que ha generado el deterioro, tanto de la infraestructura como del equipo.

La población que forma parte de las minorías y que reside en comunidades rurales, como las personas indígenas, las personas negras y racializadas y personas de la diversidad sexual, enfrentan situaciones que les dificulta aún más el acceso digno a salud: discriminación en base a sexo, raza, género, orientación sexual e identidad de género. No existen protocolos de abordaje integral en salud para personas de las minorías, por ende, el personal de salud presenta falencias al momento de abordar a estas poblaciones.

En cuanto a la comunidad diverso-sexual, en específico la población trans, no existe en el país una Ley de Identidad de Género que les permita acceder a educación, al cupo laboral, al cambio de nombre en su cédula de identidad y a una salud integral. Esta comunidad se enfrenta a grandes niveles de discriminación y estigma continuo en los espacios que habitan por su valentía de sobrevivir y resistir ante un sistema binario cisheterosexual que no reconoce su identidad de género. Muchas personas trans deben recurrir al trabajo sexual para poder subsistir; están expuestas a agresiones de todo tipo, al contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), e incluso, a crímenes de odio.

Asimismo, la población trans, al no tener una Ley de Identidad de Género, se enfrenta a un sistema de salud que además de ser precario y deficiente, no cuenta con personal de salud calificado que puedan orientarlos de manera integral y adecuada para iniciar una terapia de reemplazo hormonal, por lo que de manera frecuente se automedican y se inyectan sustancias nocivas, mismas que inciden de manera negativa en su salud causándoles diferentes patologías e incluso la muerte. Tampoco existe un abordaje adecuado con respecto a su salud mental, cuando estudios derivados de organizaciones internacionales tales como la “World Professional Association for Transgender Health (WPATH)”, OMS, OPS, Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans, Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA), entre otras, señalan que la población trans es la que presenta más índices de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Depresivo, Trastorno de Estrés Postraumático, Ideaciones Suicidas e Intentos Suicidas en comparación a la población heterosexual.

Los espacios donde transitan se dan en un contexto de inseguridad y violencia desproporcionada, que no les brinda garantía a sus derechos humanos. Esto les ha obligado a desplazarse de manera forzada dentro del territorio nacional o migrar fuera del país con la esperanza de mejorar su calidad y condición de vida y de vivir de manera libre y segura su sexualidad y de buscar una salida a la violencia imperante en sus comunidades para disminuir de una u otra forma la vulnerabilidad a la que se enfrentan.











Según el Observatorio de la Red Lésbica Cattrachas, Organización de Derechos Humanos LGTBIQ+ en Honduras, en su Informe sobre Muertes Violentas de la Comunidad LGTBIQ+ 2009 - marzo 2020, se registraron 355 muertes violentas de la población LGBTTI en Honduras. Informan, además, un incremento de las muertes de hombres gays, seguido de personas trans, aclarando que en su mayoría fueron mujeres trans, registrando un total de 111 muertes violentas de personas trans.

Sabemos que, un sistema de salud solvente y eficiente mejora la salud de la población, además de que contribuye al crecimiento de la economía y el resto de sectores del país.

Podemos concluir, que las personas de la diversidad sexual, defensoras y defensores de los derechos humanos y territorios en Honduras se enfrentan a contextos y ambientes violentos gestados por Gobiernos que son incapaces de garantizar la vida y derechos humanos de las ciudadanas/os/es.

Los espacios que logramos habitar y ocupar resultan ser producto de miles de luchas ancestrales e historias de vida que al final nos llenan de fuerza para seguir resistiendo y existiendo dentro de un sistema de muerte y desplazamiento, pobreza y tristeza, es por eso que es urgente que el Estado de Honduras gestione planes estratégicos en pro de la salud y derechos no solo de la cúpula que habita el poder, sino de la población trabajadora que sobrevive y lucha.

REFERENCIAS

-  AGENCIA EFE (12 de Julio de 2021): La pobreza en Honduras podría aumentar de 70 a 75 % en 2021 por la covid-19, agencia efe. Recuperado de <<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-pobreza-en-honduras-podria-aumentar-de-70-a-75-2021-por-covid-19/20000013-4584810>>
-  BRICEÑO-LEÓN, ROBERTO, MINAYO, MARÍA CECILIA DE SOUZA, COIMBRA JR., CARLOS E. A. (2000): Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Editora Fiocruz. Recuperado de <<https://books.scielo.org/id/rmmbk/09>>
-  COLOMBARA, MÓNICA (2017): Geografía con perspectiva de género: estado de arte en américa latina. Observatorio Geográfico América Latina. Recuperado de <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal16/Teoriaymetodo/GeografiahistoricaehistoriadelaGeografia/11.pdf>>
-  CONGRESO NACIONAL DE HONDURAS (03 de febrero de 1992): Código de Salud, Capítulo 1, Artículo 1. Recuperado de: <<http://www.bvs.hn/Honduras/Leyes/CodigodelaSalud.pdf>>
-  HERNÁNDEZ, NICANOR ANIORTE (28 de octubre de 2020). La salud y el contexto cultural. Salud y Cultura. Recuperado de: <http://www.anior-te-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm>
-  HYPERGEO (2014). Espacialidad. Recuperado de: <<http://www.hypergeo.eu/spip.php?article175>>
-  ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (Octubre 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, suplemento de la 45a edición. Recuperado de: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>
-  ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2017). Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. PAHO. Recuperado de: <<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>>
-  RED LÉSBICA CATTRACHAS (Marzo 2020). Informe sobre Muertes Violentas de la Comunidad LGBTIQ+ 2009 - marzo 2020. Recuperado de: <<https://www.cattrachas.org/informes>>
-  SAUCEDA GONZÁLEZ, KATHERINE JULISSA (24 de septiembre de 2021): Deficiencias en el sistema de salud pública y su impacto en la pandemia del COVID-19. Revista Médica Hondureña, volumen 89. Recuperado de: <[file:///C:/Users/Fundacion%20ProFuturo/Downloads/Numero2-2021-ArtOpinion-DeficienciasSaludPublica%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Fundacion%20ProFuturo/Downloads/Numero2-2021-ArtOpinion-DeficienciasSaludPublica%20(1).pdf)>

ARQUITECTURA, DISEÑO URBANO, PANDEMIA Y SALUD

ANARTZ ORMAZA

Arquitecto, especialista universitario en Ordenación y Gestión del Territorio y en Territorio y Lengua

BIOGRAFÍA

Bakio, Bizkaia, 1981. Arquitecto por la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de San Sebastián de la Universidad del País Vasco (EHU-UPV), postgrado en “Ordenación y Gestión del Territorio” y postgrado en “Territorio y Lengua: Evaluación Del Impacto Lingüístico”.

Socio fundador del estudio TEO Arkitektura, en los que desarrolla proyectos de rehabilitación, reforma y obra nueva, y formación especializada relacionada con educación en arquitectura en la infancia. Socio de la asociación estatal Ludantia, asociación en torno al diálogo entre arquitectura, educación e infancia-juventud, siendo a día de hoy integrante de la junta directiva de la misma. Socio activo y colaborador habitual del Departamento de Arqueología Histórica de la Sociedad de Ciencias Aranzadi, desarrollando proyectos entorno al patrimonio cultural construido. En la actualidad dirigiendo en esta entidad el proyecto “Begoñako Argia/La luz de Begoña”, entorno a la memoria histórica y exhumaciones en el cementerio de Begoña en Bilbao. Director del Departamento de Arquitectura de UEU (Udako Euskal Unibertsitatea), e integrante del consejo de redacción de la revista “Aldiri Arkitektura eta abar”. Colaborador habitual del programa de televisión Ahoz Aho de Euskal Telebista, con un espacio sobre arquitectura y del Periódico Bilbao, con colaboración mensual en la sección de derivas arquitectónicas, así como en diferentes programas de radio, como “Hágase la Luz”, de Radio Euskadi.

RESUMEN

La pandemia provocada por la covid-19 y las medidas adoptadas para hacer frente a la misma (principalmente e inicialmente los confinamientos) han colocado a la arquitectura frente al espejo, principalmente a las viviendas y a las ciudades. Las carencias que presentan han quedado al descubierto y como consecuencia de los confinamientos ha aumentado la conciencia sobre el espacio que nos rodea y la influencia del mismo sobre las personas. Se ha hablado mucho de cómo debe ser la “arquitectura post-covid” y de cómo deben ser las ciudades en adelante, y se han difundido varios conceptos en los medios, ideas nuevas para la amplia sociedad pero que llevan años en voces de las personas expertas y en diferentes espacios de reflexión. La pandemia ha facilitado, en cierta medida, la toma de conciencia sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la arquitectura y en el urbanismo, que incida, entre otros, en la salud de las personas.

ARQUITECTURA, URBANISMO Y PANDEMIA

Resulta muy pertinente hablar de diseño urbano y salud en un momento en el que todo se ha visto alterado por una pandemia mundial. Esta crisis sanitaria, provocada por el covid-19, ha puesto a la sociedad, en muchos aspectos, delante de un espejo y así ha sucedido en gran medida con la arquitectura y el urbanismo. Nos ha llevado a darnos cuenta de cómo el entorno que nos rodea nos influye en diferentes aspectos de la vida, y la salud es uno de ellos. A consecuencia de los confinamientos, la ciudadanía ha pasado semanas encerrada en sus casas. Y, por lo general, hacía tiempo que había perdido la costumbre de pasar largos periodos de tiempo en las viviendas. En la medida en que las casas se convirtieron en alojamientos, lugares de trabajo, gimnasios, escuelas, espacios de ocio... se puso atención como nunca en éstas, en sus espacios y en los usos de estos espacios, así como en sus carencias.

La nueva situación dio a un espacio de reflexión. Muchas personas se dieron cuenta de que las viviendas, en algunos casos, son demasiado pequeñas para todas las tareas y actividades que se tuvo que realizar en ellas. Otras, que los espacios son demasiado rígidos, que no facilitan la convivencia. De un día para otro, las personas que tienen balcón o terraza (ni qué decir jardín) en sus viviendas, se convirtieron en unas privilegiadas. Las condiciones de las viviendas, siendo unas u otras, influyeron en diferente medida en la salud (mental, emocional, incluso física) de las personas que las habitan.

Se podría decir que la pandemia reconectó a las personas con la arquitectura. El tiempo que pasaron encerradas en casa, fueron (y son, desde entonces) más conscientes que nunca del espacio que las rodea. Primero, del espacio más cercano, de la vivienda. Después, cuando pudieron volver a salir a la calle, de la ciudad, de las características del espacio urbano. El espejo que la pandemia puso frente a la sociedad reflejó, al menos, algunas cosas buenas, ya que, de una u otra manera, se atisbó la necesidad de un cambio en nuestros espacios. Nunca antes las personas profesionales dedicadas a la arquitectura habían ocupado tantas líneas o minutos en los medios de comunicación. La sociedad quería saber el porqué de que las viviendas o las ciudades fueran así, cómo se deben organizar nuestras ciudades de cara al futuro, qué otros factores, que probablemente no se tenían en cuenta hasta ese momento, habría que tener en cuenta a la hora de diseñarse las casas de aquí en adelante, etc.

LA VIVIENDA, A JUICIO

En el campo de la arquitectura, y concretamente sobre las viviendas, han sido varios los temas que han estado sobre la mesa. Todos ellos, temas que influyen directamente en la salud de las personas (emocional, física o mentalmente).

Por un lado, se habló mucho a cerca de la falta de flexibilidad en los espacios de los hogares. Como se ha mencionado anteriormente, se tuvo (y se tendrá) que utilizar la casa para actividades muy diferentes, pero nos encontramos con la rigidez de los espacios de las mismas. Ha aflorado la necesidad de espacios multifuncionales que no sirven para nada pero que sirven para todo. Resulta necesaria la flexibilización de los espacios de las viviendas, que responda a una forma de vida que necesariamente se ha flexibilizado. Al contrario de como hasta ahora, donde las viviendas se siguen diseñando según un modelo de familia concreto y limitado que hace tiempo dejó de ser único, las viviendas deberán proyectarse para habitarlas de formas diversas.

Otro punto que estuvo en boca de todas las personas fue la relación entre las viviendas y los espacios exteriores. La carencia de espacios exteriores en los hogares fue, probablemente, una de las mayores carencias detectadas en las viviendas durante los confinamientos. La tendencia durante décadas ha sido cerrar balcones y terrazas de viviendas para ganar metros útiles en el interior de las mismas, restando importancia a la pérdida de tener un espacio exterior en las casas. Por poner un ejemplo, a este respecto, el decreto de habitabilidad de viviendas vigente en la Comunidad Autónoma del País Vasco solamente requiere que las viviendas dispongan de un espacio exterior mínimo de 1,5 metros cuadrados destinado a tendedero de ropa, y siempre con un sistema de ocultación que impida ver las prendas tendidas desde el exterior. Afortunadamente la necesidad de un espacio estancial exterior en las viviendas que posibilite la relación con el exterior, con el entorno, es un tema que vuelve a estar sobre la mesa.

Reflejo de esta reivindicación es que, tras el primer confinamiento, el Gobierno Vasco anunció que el nuevo decreto de habitabilidad del Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda apoyará la construcción de terrazas y balcones en los nuevos edificios. Por un lado, en el decreto se recoge el concepto de espacio exterior como elemento del programa mínimo de vivienda y se indica que debe tener una superficie mínima de 4 metros cuadrados. Y para facilitar su ordenación, cuando sea posible, no se considerará superficie útil de la vivienda. Por otro lado, el proyecto prevé la construcción de viviendas más flexibles para adaptarse con el tiempo a las condiciones de la población y a las formas de vida y necesidades actuales, haciendo referencia, entre otras novedades, a la desjerarquización de la vivienda. Además, pocas semanas después, el Gobierno Vasco anunció también que el Departamento de Vivienda subvencionará con hasta 5.000 euros por vivienda a las personas vecinas de edificios de más de cuarenta años que quieran instalar nuevos balcones o terrazas en sus viviendas.

Siguiendo con las características de las viviendas, también se puso el foco en la salud de las casas. Anteriormente la tendencia era poner la atención en la salud de la vivienda cuando afloraba ya alguna patología (humedad, condensaciones...), pero se empieza a reconocer la importancia de que una casa tenga una ventilación adecuada para mantenerse sana, que tenga un soleamiento suficiente, un aislamiento térmico adecuado... resumiendo, que se tengan en cuenta las condiciones térmicas mínimas (temperatura adecuada, soleamiento), las acústicas (nivel de ruido) y las higroscópicas (calidad del aire, humedad). El estado de salud de la vivienda es también el estado de salud de sus habitantes.

En relación con este último punto, el de la salud de los edificios, también se escribió sobre los materiales que se utilizan en los hogares y de la importancia que tiene la presencia de materiales naturales en nuestro entorno (maderas...). No sólo porque sean estéticamente bellos, sino porque éstos, junto con la vegetación, influyen positivamente en nuestro bienestar emocional y cognitivo.

Fuera de la propia vivienda, durante la época de encierro, surgieron en los bloques de viviendas y barrios diversas iniciativas de cuidado mutuo entre la vecindad, con diferentes grados de espontaneidad u organización: por un lado, se estrecharon las relaciones vecinales en muchos casos y por otro surgieron redes solidarias de protección y apoyo a las personas más vulnerables de la comunidad o barrio. Se despertó un gen altruista que hizo más llevadero el confinamiento a la gente que vive sola, a la gente mayor... Y con ello se pusieron en el punto de mira los espacios comunes de las comunidades de vecinos: se vio la necesidad de reactivar algunas zonas comunes de los

edificios, para facilitar su uso. Las azoteas o tejados planos de los bloques de viviendas, por ejemplo, podrían ser espacios idóneos para que la vecindad los utilice de diferentes maneras: jugar al aire libre con los niños y niñas de la escalera, disponer de huertos urbanos, lugares para reunirse, hacer ejercicio físico, recuperar actividades perdidas como tender la ropa, etc.

Todos estos aspectos tienen el objetivo de que las viviendas sean puntos de respiro para poner a las personas y la salud de ellas en el centro, espacios que posibiliten la socialización comunitaria y el cuidado mutuo.

LA CIUDAD, A JUICIO

El diseño de las ciudades ha sido otro aspecto sobre el que la ciudadanía ha reflexionado durante y tras la pandemia. Tras los confinamientos en las casas, una vez que la ciudadanía tuvo la oportunidad de volver a hacer uso del espacio público, surgieron muchas preguntas, pero sobre todo una: ¿para quién están diseñadas nuestras ciudades? Decir que nuestras ciudades están diseñadas según un modelo productivo de hace aproximadamente medio siglo, basadas en el consumo y con el coche como usuario principal de las mismas, no es nada nuevo. No hay más que leer las obras de la reconocida Jane Jacobs para entender la procedencia del modelo de ciudad actual. El urbanismo se ha organizado en torno a un hombre blanco, joven, sano, heterosexual, cis, propietario de un coche y con poder adquisitivo que vive en la ciudad. Pero, ¿en qué momento la sociedad en general se ha dado cuenta de que esto es así? Después del primer confinamiento estricto, cuando salió a una ciudad que en ese momento no permitía consumir. Una ciudad sin comercio ni hostelería. Un centro urbano que, fruto del descenso de la actividad laboral, donde la movilidad y la presencia de coches era mínima (y por tanto más segura que nunca). Donde las zonas de juegos permanecían cerradas a la infancia. En ese momento la sociedad se da cuenta de que las aceras se han quedado pequeñas, que el espacio público solamente para estar es cada vez más escaso. Entonces, cuando el único cometido de las personas era pasear, estar, se sintió la falta de parques, árboles y zonas verdes.

La intención de sacar el vehículo privado de los núcleos urbanos es un tema que lleva años encima de la mesa; no es una cuestión nueva. Por las acciones que se llevaron a cabo en la mayoría de las ciudades, es previsible que sea un proceso que se haya acelerado: en algunos casos, se ampliaron las aceras, ocupando plazas de aparcamiento; se peatonalizaron calles provisionalmente; se acondicionaron tramos de calles para bicicletas... Se realizaron diferentes acciones de flexibilización de los espacios urbanos. La flexibilidad de estos, que se hizo más evidente durante la pandemia, es una cuestión que ya se venía abordando en varios lugares, por ejemplo, a través de espacios compartidos (shared spaces): espacios compartidos por coches, bicicletas y peatones. Varios ejercicios en este sentido determinan que cuando se camina por una vía no exclusiva para uno mismo, y se es consciente de ello (ya sea coche, peatón o bicicleta), aumenta el respeto hacia el otro (porque hay que tener más cuidado), al tiempo que aumenta la responsabilidad personal. Este modelo influye directamente en la velocidad de los coches y en el número de accidentes causados por los mismos.

La movilidad en las ciudades fue también un tema que estuvo en boca de todas las personas y que tuvo su repercusión en los medios de comunicación. Entre otros se habló mucho sobre “la ciudad de los 15 minutos”, un concepto

que venía de París basado en la cercanía: una ciudad descentralizada, organizada en barrios donde todo lo que se necesita para vivir (educación, cultura, trabajo, equipamientos de salud, comercio y ocio) estaría como máximo a 15 minutos de distancia de casa, a pie o en bicicleta. Es decir, que en la gran ciudad se formen microciudades autosuficientes que no necesiten del vehículo privado (y en menor medida del transporte público), con la influencia que esto tendría, por ejemplo, en el cambio climático o en la salud de las personas. Bien es cierto que habría que estudiar de qué manera este modelo se pudiera ajustar a la realidad territorial local de cada caso, pero es un avance en sí mismo el hecho de que se haya socializado el concepto.

Mención especial merecen iniciativas surgidas entorno al urbanismo y los entornos que habitamos, como el manifiesto promovido por el colectivo de arquitectos Hiritik At en pleno primer confinamiento (mayo 2020), bajo el título «Euskal Herria para las personas». En él, se insta a que, tras la covid-19, se construya una Euskal Herria para las personas. Se enumeran varios puntos reivindicando que las vidas de las personas se pongan en el centro, y llama a organizarse y ser responsables con nuestro futuro. Las personas firmantes (más de 250 personas, muchas de ellas profesionales de la arquitectura y personas expertas de referencia en la materia) se comprometieron a colaborar y trabajar en red y promover espacios de encuentro para el debate sobre estos temas. El manifiesto está basado en cinco puntos fundamentales (que se detallan a fondo): un futuro equilibrado para todo el territorio, la reordenación de la movilidad y la reapropiación de las calles, la (re)naturalización de la ciudad, la desmercantilización de la vivienda y de los servicios básicos y el decrecimiento.

LA ARQUITECTURA DE LOS CUIDADOS, UN NUEVO URBANISMO ECOFEMINISTA DE LO COMÚN

Si bien es cierto que todas las cuestiones anteriormente mencionadas pueden considerarse ideas innovadoras para la sociedad en general (y de ahí su repercusión en los medios de comunicación, que han contribuido a su difusión como nunca antes), no son debates nuevos.

Ejemplo de ellos son las publicaciones “Arquitectura y Política” y “Política y Arquitectura”. El primer libro fue publicado en 2011, y la segunda edición, revisada del anterior, publicada en 2020. La primera edición, escrita por el doctor-arquitecto Josep Mari Montaner y la igualmente doctora-arquitecta Zaida Muxí, se centra en la responsabilidad de la arquitectura hacia la sociedad: el papel social de los profesionales de la arquitectura y urbanistas, la vida comunitaria y la participación. El libro identifica las vulnerabilidades de la arquitectura contemporánea y analiza las formas de vida alternativas que ya se experimentaron para entonces. Sin embargo, en la edición de 2020 (el libro vio la luz durante la pandemia del covid-19, pero se editó en 2019), incluye debates de las últimas décadas, reflexiones tras dedicación del autor a la política institucional durante varios años. La revisión, centrada en las nuevas formas de hacer política, se complementa con el feminismo y se subtitula “por un urbanismo ecofeminista de lo común”. Analiza los sistemas de la ciudad contemporánea; hace una encendida defensa del espacio público; reivindica el urbanismo común, el urbanismo feminista, basado en los barrios; y analiza los nuevos modelos de vivienda, entre otros aspectos. Todo ellos en un momento anterior a la pandemia.

Otro ejemplo cercano, de que estas reflexiones ya estaban encima de la mesa antes de la pandemia, es la edición del 2019 del festival “UrbanbatFest” de Bilbao, que se desarrolló bajo el lema “hacia una arquitectura de los cuidados”. En 2019 se publicó un libro con todo lo tratado durante el festival, una publicación que recoge, entre otros, los resultados del taller de co-creación que se realiza en el festival: una vez detectadas algunas patologías de los entornos urbanos, recoge una serie de propuestas para interiorizar los cuidados en el diseño urbano como respuesta a las mismas. Y además incluye textos de diferentes autores que reflexionan sobre la ciudad y los cuidados.













Los debates, reflexiones y teorías se han trasladado también (ya antes de la pandemia) al plano práctico, con resultados muy enriquecedores. Un claro ejemplo de ello es el trabajo del reconocido estudio de arquitectura Lacaton & Vassal, que en 2019 recibió el premio Mies Van de Rohe de arquitectura europea. El premio fue para el proyecto de transformación de tres enormes bloques que albergan 530 viviendas de los años 60 en el Grand Parc de Burdeos. El proyecto consiste básicamente en sustituir la fachada antigua de los edificios por una nueva piel, añadiendo a las viviendas un espacio polivalente, que es interior y exterior al mismo tiempo. Con ello se consigue mejorar totalmente las viviendas y las condiciones de vida de las personas que las habitan. Un proyecto ejecutado y en marcha que pone la vida de las personas usuarias en el centro.







Otro ejemplo destacable es el edificio residencial La Borda, realizado por la cooperativa de arquitectura Lacol de Barcelona, en 2018. Las ideas clave del proyecto fueron la participación de la vecindad en el diseño, construcción y uso de las viviendas; la sostenibilidad; la vida comunitaria; la adaptabilidad y flexibilidad de los espacios y el concepto de open building; y la perspectiva de género. ¿El resultado? Un edificio con varios espacios comunes que realizan la transición entre los espacios privados o íntimos y el espacio público, facilitando la vida comunitaria y posibilitando el cuidado mutuo: espacios conectados de relación (galerías, amplios rellanos, cubierta plana,...), un gran patio central, espacios comunes en planta baja, y módulos flexibles de vivienda adaptables a las necesidades de las personas.

Por lo tanto, antes de la pandemia ya se estaba haciendo camino pero, quizá, no se le prestaba la misma atención que durante la misma. Parece que con la etiqueta “post-covid” se entró en un proceso de revisión arquitectónica y urbanística, anunciando (y socializando) postulados nada nuevos en sí mismos como si fueran nuevas recetas. Podemos afirmar que las medidas a adoptar ahora, en el cercano momento “post-covid”, son las mismas que, en la época “pre-covid”, eran ya urgentes (pero que no terminaban de adoptarse), ya que antes de la crisis generada por la pandemia, el actual modelo social, arquitectónico y urbanístico ya había entrado en crisis. El virus no ha traído nuevas necesidades a nuestras viviendas o ciudades. Seguimos teniendo las mismas que teníamos antes, pero ahora son más visibles.

Por lo tanto, a pesar de que la reflexión sobre la necesidad de cambiar el modelo de arquitectura y urbanismo lleva tiempo en los foros de discusión especializados, se puede decir que la pandemia del covid-19 ha facilitado que muchas de esas reflexiones se socialicen y compartan entre la ciudadanía en general.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

-  BARNÓ, LORENZO Y STEPIEN, AGNIESZKA (2020): 10 Preguntas que debes hacerte para conseguir el hogar ideal en tiempo de pandemia... y para siempre. Recuperado de <https://www.stepienybarno.es/blog/2020/06/17/10-preguntas-que-debes-hacerte-para-conseguir-el-hogar-ideal-en-tiempo-de-pandemia-y-para-siempre/>.
-  BEREZIARTUA, GORKA (2020): Etxebizitza covid-19aren garaian, Larrun 256 (Argia). Recuperado de https://www.argia.eus/astekaria/docs/2705/azala/larrun_256.pdf
-  EZQUIAGA, JOSÉ MARÍA (6 de mayo de 2020): La ciudad post-COVID será la ciudad postautomóvil, eldiario.es. Recuperado de < https://www.eldiario.es/madrid/entrevista-ezquiaga_128_5956730.html>.
-  FOGUÉ, URIEL (2020): La ciudad dentro de casa, UrbanbatFest 2020. Recuperado de <http://9festival.urbanbat.org/eu/hiria-etxea-barruan/>
-  GARCIA, TERE (2 de junio de 2020): ¿Hay realmente una falta de espacio público?, El País.
-  GOBIERNO VASCO (2020): El Decreto de Habitabilidad del Departamento de Vivienda favorecerá la construcción de terrazas y balcones en los nuevos edificios. Recuperado de <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2020/el-decreto-habitabilidad-del-departamento-vivienda-favorecera-construccion-terrazas-y-balcones-nuevos-edificios/>
-  GORTAZAR, ANDER (2020): Hamabost minutu, Gaur8 (Gara). Recuperado de https://www.naiz.eus/es/hemeroteca/gaur8/editions/gaur8_2020-05-23-07-00/hemeroteca_articulos/hamabost-minutu.
-  LLORENTE, ANALÍA (2020): Coronavirus en Francia: qué es la “ciudad de 15 minutos” que está implementando París y cómo podría ayudar a la recuperación económica tras la pandemia, BBC News. Recuperado de <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-53589225>>
-  MARTINEZ, JAVIER (6 de mayo de 2020): No podemos dar un paso atrás, las ciudades no asumen tanto coche, Deia.
-  MOLINER, NURIA (2020): Urbanismo y arquitectura para una nueva normalidad, Barcelona Metròpolis, 115, 22-26. Recuperado de <<https://www.barcelona.cat/metropolis/sites/default/files/revistes/bm115baixa.pdf>>.
-  MOLINER, NURIA (presentadora) (2020): Andar por casa [televisión], Escala Humana (RTVE-La2). Recuperado de <<https://www.rtve.es/alcarta/videos/escala-humana/escala-humana-andar-casa/5679467/>>
-  MONTANER, JOSEP MARIA Y MUXÍ, ZAIDA (2011): Arquitectura y política, ensayos para mundos alternativos. Barcelona: Gustavo Gili.

-  MONTANER, JOSEP MARIA Y MUXÍ, ZAIDA (2020): Política y Arquitectura, por un urbanismo de lo común y ecofeminista. Barcelona: Gustavo Gili.
-  PAISAJE TRANSVERSAL (2020): Cómo la arquitectura y el urbanismo pueden hacer frente a la pandemia. Recuperado de <https://paisajetransversal.org/2020/06/arquitectura-urbanismo-pueden-hacer-frente-a-la-pandemia/>.
-  REDACCIÓN (2020): El Gobierno Vasco financiará con 5000 euros la renovación de balcones y terrazas, EITB. Recuperado de <https://www.eitb.eus/eu/albistek/ekonomia/osoa/7351346/jaurlaritzak-5000-euroekin-finantzatuko-ditu-balkoi-eta-terrazen-berriztatzeak/>.
-  SATRUSTEGI, IÑIGO (13 de mayo de 2020): Kaleak berriro ere hartuta, Berria.
-  URRUTIKOETXEA, ANE (25 de mayo de 2020): Etxeen egitura koronabirusaren ondoren, Gaztezulo. Recuperado de <https://www.gaztezulo.eus/albistek/etxeen-egitura-koronabirusaren-ondoren>.
-  VARIOS AUTORES (2019): Hacia una arquitectura de los cuidados. Bilbao: Urbanbat.

ATENCIÓN PRIMARIA,
DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD Y
ABORDAJE COMUNITARIO
DE LOS MISMOS.
CONTEXTUALIZACIÓN
PARA UNA APROXIMACIÓN
LGTBIQ+

KOLDOBIKA NISTAL

Médico de familia en el Centro de Salud de Txurdinaga en Bilbao, Bizkaia

BIOGRAFÍA

Me llamo Koldo Nistal y soy natural de Laudio, un pueblo a unos 10 km de Bilbo. Allí viví mientras cursé los estudios de medicina en la UPV-EHU. Milité en varios movimientos estudiantiles y participé en las movilizaciones contra el proceso Bologna, que entendíamos como parte de una estrategia capitalista para la privatización de la educación superior entendiendo poco a poco que amenazas similares acechaban sobre el terreno de la salud

Me especialicé en medicina familiar y comunitaria en el centro de salud de Elorrio y el Hospital de Galdakao y mi interés por la medicina social y las políticas de salud se fue incrementando.

Realicé un rotatorio en la Consejería de salud pública de Asturias por este motivo que terminó de convencerme de la vital importancia de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de abordajes poblacionales y participativos para afrontar su impacto. Me enorgullece decir que muchas de estas preocupaciones son compartidas en Osatzen, sociedad vasca de medicina familiar y comunitaria, en la cual también participo.

Tras la residencia, y después de un largo periplo laboral por decenas de centros de salud a lo largo y ancho de Bizkaia, soy actualmente médico de familia en el Centro de Salud de Txurdinaga en Bilbo.

RESUMEN

Los factores que más impactan en la salud de las personas son de carácter social, llamados determinantes sociales de la salud. Las desigualdades que existen en la distribución de los mismos generan diferencias injustas y evitables, denominadas inequidades en salud, y actuar sobre ellas mejoraría el bienestar de muchas personas y salvaría numerosas vidas. Lamentablemente los esfuerzos que las instituciones realizan en este sentido se siguen orientando hacia la inversión en recursos sanitarios, obviando que ello apenas influye en la raíz de los problemas. Si queremos actuar sobre las causas más iniciales de enfermedad y muerte, son necesarias estrategias poblacionales y políticas públicas que generen entornos y comunidades saludables. La salud comunitaria se perfila como estrategia indispensable en este sentido y la atención primaria de salud parece un actor importante y estratégico a tener en cuenta. Los colectivos y organizaciones sociales que componen en tejido asociativo deberían de ser sin embargo las verdaderas protagonistas de estos procesos, diseñándolos, liderándolos y ejecutándolos. La reivindicación por la liberación sexual debe de ser, interseccionando con el resto de movimientos que luchan contra las opresiones estructurales, una de las voces que colaboren en la consecución de una comunidad más gozosa, libre y saludable.

ATENCIÓN PRIMARIA, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ABORDAJE COMUNITARIO DE LOS MISMOS. CONTEXTUALIZACIÓN PARA UNA APROXIMACIÓN LGTBIQ+

Me gustaría empezar este documento haciendo una sincera declaración de mis conflictos de interés. Mi nombre es Koldo Nistal, soy un hombre cis, homosexual, blanco, euskaldun y médico de familia en el centro de salud de Txurdinaga, un barrio de Bilbao. He vinculado mi vida personal a diferentes movimientos sociales y políticos y actualmente soy miembro de Osatzen, sociedad vasca de medicina familiar y comunitaria. Interesado en una visión de la salud que vaya más allá de lo biomédico, así como los abordajes comunitarios de la misma. A menudo nos centramos en las tesis y los discursos y olvidamos enmarcarlos en las personas o individuos que componen las plataformas desde las que estos se articulan. Sirva esta pequeña presentación pues, para aclarar cuáles son los privilegios (de raza, de clase, de género...) desde los que hablo y los ejes de opresión que han podido atravesar mi discurso.

Trabajo en un sistema de salud que se supone público, universal y cofinanciado. Me gustaría aterrizar estos conceptos en el ámbito de la atención primaria, donde trabajo, para que podamos hacernos una idea de cómo creo que mis pacientes viven esta realidad.

Existen varias razones para preocuparnos sobre la publicidad del sistema sanitario. Pudiera parecer que estamos lejos aquí en el País Vasco de escándalos como los de los hospitales públicos de gestión privada de Valencia (modelo Alzira) o Madrid, pero no podemos olvidar las múltiples formas de privatización de las que somos testigos aquí. Se subcontratan servicios de limpieza, transporte sanitario y cocina. Algunas de nuestras pruebas complementarias se realizan en hospitales y clínicas privadas. Servicios sanitarios privados atienden las urgencias domiciliarias en algunas zonas. La industria farmacéutica privada decide qué investigar, cómo producirlo y a qué precio venderlo. La llamada “colaboración público-privada”, o como dice Javier Padilla (médico de familia y autor del libro *A quién vamos a dejar morir*) ¹ “Parasitación público-privada”, emerge como una amenaza cada vez más tangible de debilitación premeditada de la sanidad pública en beneficio de aseguradoras, farmacéuticas y demás industria sanitaria privada.

Según la OMS la atención primaria de salud debería de ser capaz de atender entre el 80 y 90% de las necesidades sanitarias ². Eso la coloca en un lugar estratégico y privilegiado de cara a lograr una cobertura sanitaria universal, uno de los objetivos de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible ³. Si bien los indicadores parecen buenos en España (la necesidad insatisfecha de atención médica se sitúa en el 0.4% según el INE ⁴), la realidad de las consultas, en ocasiones, parece otra. Existen dificultades administrativas (pasaportes, padrón...) que entorpecen la accesibilidad para cierta población migrante. Un medio de comunicación nacional arrancaba este verano un artículo con el titular “Una sanidad no siempre accesible para latinoamericanos en España”, bajo el que se podía leer “El acceso a la sanidad pública es un derecho universal en España, o al menos eso dice la ley, porque en la práctica la falta de un simple papel puede excluir a colectivos como los inmigrantes, muchos de ellos latinoamericanos.” ⁵.

La financiación de la asistencia sanitaria es probablemente el factor que más desigualdades en salud genera. El copago farmacéutico puede resultar, pese a las amortiguaciones que se realizan por renta per cápita, un verdadero problema para aquellas personas con altas necesidades de tratamientos. Existen además múltiples medicamentos

y accesorios (antitusivos, lágrimas artificiales, medias de compresión) que se encuentran fuera de la financiación pública. Y a esto tenemos que añadir lo más importante, que se trata de aquellas prestaciones sanitarias que se encuentran fuera de la cartera de servicios. Los tratamientos odontológicos conservadores o las lentes para corrección de errores de refracción quedan directamente excluidos y servicios como la psicoterapia o la fisioterapia en pacientes no leídos como enfermos graves se ven claramente insuficientes para atender las necesidades de nuestros pacientes. Esto es más dramático en aquellos con peores condiciones de vida, que suman en su haber peor salud y calidad de vida y menor poder adquisitivo para poder enfrentarse a ello cuando precisan asistencia privada.

Esto último de las condiciones de vida cobra especial importancia en la atención primaria de salud. Resulta irrenunciable en nuestro ámbito tener claros los conceptos de condiciones de vida y determinantes sociales de la salud, así como su impacto en los hábitos de vida y la salud objetiva y percibida (si es que esa diferenciación tiene utilidad y/o sentido). Han pasado décadas desde que aquel ministro de salud canadiense reflexionara en el informe Lalonde sobre la importancia de los factores biológicos y socioeconómicos en la salud de las personas y alertara sobre el peso de los segundos [6](#). Una de sus críticas se centraba en la inversión de recursos para mejorar la salud, que se centraba en el sistema sanitario, poniendo el foco en el lugar que menos impacto tenía para ese fin, algo que sigue en la actualidad completamente vigente.

La OMS define así los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Es de vital importancia entender que aquellas condiciones pueden distribuirse de manera desigual entre las diferentes personas sin que pueda impedirse, pero que muchas de ellas resultan evitables y son generadoras por tanto de inequidades en salud. La desigualdad en salud que se genera a lo largo del continuo de la condición socioeconómica se denomina gradiente social, algo que se estimó ya en 1999 que provoca en España 35 000 muertes más al año en las zonas más desfavorecidas que en las zonas más prósperas [7](#).

Detectar estas inequidades, sopesar cómo impactan en la salud de las personas que atendemos y enfocar las intervenciones bajo esa mirada es uno de los trabajos más difíciles a los que nos enfrentamos las profesionales de los equipos de atención primaria. Existen ejes de desigualdad sobre los que no podremos influir de ninguna manera, pero siempre deberíamos reconocerlos y acompañar a nuestros pacientes en sus procesos.

Algo muy interesante y alarmante en este sentido es que existe a menudo el riesgo de que lejos de mitigar las desigualdades respecto a la salud en nuestras consultas, tenemos la capacidad de incrementarlas y aumentar esa brecha entre nuestros pacientes. El personal sanitario que compone los equipos de atención primaria pertenece probablemente a un grupo de personas de una cierta homogeneidad. Ya seamos enfermeras, médicas o auxiliares de clínica, nuestras condiciones de vida nos han procurado los recursos suficientes para poder estudiar, formarnos y desarrollarnos en la sanidad pública, con el privilegio y los beneficios que ello nos ha reportado. Somos en nuestra mayoría blancas, payas, cis y de clase media-alta y esto nos coloca en un lugar muy concreto con respecto a la población a la que atendemos. Nosotras, con todos esos apellidos que antes mencionaba, construimos y componemos el sistema sanitario, que resulta cómo no (y esta vez de manera estructural) blanco, payo, hetero, cis y burgués. Y como colectivo homogéneo que somos, no tenemos costumbre de lidiar con la diversidad, con los márgenes, algo que nos incomoda y que tendemos de manera inconsciente a evitar y minimizar. Julian Tudor

Hart, médico general británico, reflexionó sobre este hecho en lo que denominó la “Ley de Cuidados Inversos”, que establece que la disponibilidad de una buena atención médica es inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida 8. Y es que establecemos una mejor relación clínica (más sencilla y gozosa) con aquellos pacientes a los que nos parecemos, aquellos cuyos determinantes sociales de la salud son más favorables y por tanto más sanos, invirtiendo más recursos (pruebas, tratamientos, tiempo en consulta) en aquellas personas que por tanto menos lo necesitan.

Todo esto se complejiza cuando intentamos analizar más de un eje de desigualdad en nuestros pacientes. No debemos de olvidar que las opresiones (al igual que los privilegios) se entrecruzan y se potencian. Esto cobra vital importancia cuando diseñamos o llevamos a cabo estrategias poblacionales desde la atención primaria de salud. Si en nuestro centro de salud decidimos ejecutar un plan dirigido a mejorar la salud osteomuscular de las mujeres cuidadoras, es imprescindible que identifiquemos que otros factores pueden estar operando además del género en nuestro público target. Si no tenemos en cuenta el antes mencionado gradiente social de la salud, obviaremos que las mujeres migrantes tienen de manera sistemática peores condiciones de vida que generan mucho más dolor que en las demás mujeres. Si no pensamos en ellas cuando diseñemos el proyecto, nuestras actividades serán más accesibles y atractivas para las mujeres blancas que menos lo necesitan, tal como dicta la ley de cuidados inversos, aumentando la brecha en salud en lugar de disminuirla.

La salud comunitaria se define como la salud entendida en clave colectiva, con las interacciones que ocurren entre individuos, familias, movimientos sociales, comunidades, sistema sanitario y factores sociales, culturales y políticos. Más interesante es sin duda la reflexión en torno a las características que describen a las intervenciones comunitarias. Estas deben de estar orientadas a incrementar el control de las comunidades sobre los factores que determinan su salud, con liderazgo de la propia comunidad y deben de basarse en procesos de participación.

Gobierno vasco, departamento de salud y Osakidetza llevan años incluyendo en sus planes estratégicos la salud comunitaria como eje clave para promover el bienestar en la comunidad autónoma vasca 9. Centran su discurso en la creación de grupos promotores y redes locales de salud que dinamicen proyectos para incidir principalmente en estilos de vida saludables. Se han elaborado incluso guías metodológicas de calidad, pero se plantean varios problemas a este respecto 10. Siguen priorizándose al sector salud y gobernanza como “starters” de dichas redes. Puede parecer lógico pensar que es ahí donde se disponen de recursos (económicos, materiales, metodológicos y humanos) para iniciar los procesos, pero ello resta calidad participativa, relevancia y me temo que legitimidad al mismo. Individuos y asociaciones sociales deberían de ser a la mayor brevedad (desde el inicio) protagonistas y dirigentes de la totalidad de los procesos. Estas redes de salud comunitaria deberían de garantizar una representación lo más diversa posible, de manera que se priorizaran tareas que afectaran a los sectores más desfavorecidos, siendo siempre el objetivo principal luchar contra las inequidades en salud, superando la superficial lectura de los estilos de vida saludable como simples hábitos individuales.

Cabe mencionar la amenaza que se cierne sobre algunos procesos comunitarios, que empiezan ya a suscitar interés entre sectores privados con ánimo de lucro, como la industria farmacéutica. Definir aquellos agentes que pueden tomar parte de estas dinámicas es una tarea que debería debatirse siempre en cada foro, solicitando por ejemplo una declaración de conflictos de interés a los participantes que exponga si hubiera, los posibles réditos que pudieran esconderse tras su colaboración.

Creo por supuesto en un sistema de salud que promueva la salud comunitaria como estrategia de base para alcanzar el mejor estado de bienestar de las personas, pero sin obviar que el objetivo debe de ser siempre que sea la propia comunidad quien diseñe, lidere, ejecute y evalúe el proyecto, cuyo objetivo debe de ser, no olvidemos, reducir las inequidades en salud.

Definir el papel que juegan las organizaciones de la sociedad civil en los procesos destinados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades es un asunto delicado.

Por una parte, no olvidemos que garantizar que tanto servicios sanitarios, departamentos de salud pública y demás agentes institucionales del sector salud presten los mejores servicios es una obligación de los gobiernos. Es comprensible que en ciertas situaciones (emergencia social, crisis de recursos...) asociaciones del ámbito social asuman tareas que se debieran prestar desde los servicios públicos, pero esto no debería de suponer una excusa para que los segundos se comprometieran a encargarse de ellas a la mayor brevedad. Un colectivo de personas trans, movido por la situación de indefensión que sienten en el sistema sanitario, comienza a realizar acompañamientos a personas que precisan asistencia en unidades de transición específicas; Las conducen en sus tránsitos, aconsejan en las diferentes etapas, ofrecen apoyo grupal, puede que incluso elaboren materiales para ello. Se trata de una iniciativa fantástica, que supondrá sin duda un alivio para las usuarias que lo necesitan. Parece lógico pensar que las propias profesionales del sistema sanitario empiecen a recomendar sus servicios, pero eso no puede ser una disculpa para que la unidad específica no realice los cambios estructurales necesarios que terminen con la hostilidad que genera en las usuarias. En ocasiones apoyar iniciativas pasa más por ceder verdaderos locus de poder desde los que influir en propuestas y políticas que por permitir, promover o incluso financiar sus servicios.

La atención primaria de salud tiene mucho que aprender en torno a la diversidad sexual y la atención a personas que componen el colectivo LGTBIQ+. Asumir que la diversidad sexual implica únicamente a las consultas relacionadas con las infecciones de transmisión genital y a procesos de transición es tan simplista como lo es resumir la atención a la mujer a la gineco-obstetricia. Trabajamos en un sistema sanitario cis, hetero, monógamo y con familia nuclear tradicional, algo que se refleja en cartelería, materiales, programas de salud, investigación y actitudes de las profesionales, que asume además que las personas que lo atraviesan, las pacientes, son también de la misma manera (cisnorma, heteronorma). Tenemos un sistema de inscripción de personas que no permite registrar identidades no binarias, un programa informático que no permite codificar ciertos diagnósticos con según qué géneros. No recibimos formación en liberación sexual que nos capacite para la atención a personas que consultan por motivos afectivo-sexuales (más allá de la reproducción-anticoncepción-infección genital), lo que hace que la sensibilidad de la profesional que atienda a la usuaria que lo necesita dependa únicamente del azar. Las personas que vivimos y gozamos diferente nos sentimos a veces violentadas en pasillos y consultas y eso nunca debería de ocurrir.

Me gustaría invitar a todas aquellas que componen los servicios sanitarios, así como a los agentes sociales que trabajan por la liberación sexual, a reflexionar sobre estrategias que incluyan una mirada LGTBIQ+ en la atención primaria de salud, entendiéndola como un DSS más que intersecciona con el resto de ellos, y sin olvidar que el objetivo siempre será eliminar las inequidades en salud que hacen que suframos, enfermemos y muramos más, peor y de manera injusta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 PADILLA, JAVIER (2019) ¿A quién vamos a dejar morir? Madrid, España. Capitán Swing.
- 2 Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- 3 NACIONES UNIDAS (2015), Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/70/L.1). Recuperado de <https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Agenda2030/PNUDArgent-DossierODS.pdf>
- 4 ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA. INE. Recuperado de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944487867&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259947308577
- 5 REGLERO, LUIS ÁNGEL 29 de julio de 2021. Una sanidad no siempre accesible para latinoamericanos en España. Eldiario.es. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-no-accesible-latinoamericanos-espana_1_8181041.html
- 6 LALONDE, MARC (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada.
- 7 BENACH JOAN, YASUI YUTAKA. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. J Epidem Community Health 1999; 53:423-31.
- 8 JULIAN TUDOR HART. The inverse care Law. The Lancet, Vol. 297, Issue 7696, 1971, Páginas 405-412
- 9 MARCO ESTRATÉGICO 2021-2024. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. 1 de octubre de 2020.
- 10 AITZIBER BENITO...ET AL. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2016. Vitoria-Gasteiz.



INICIATIVAS DE
COOPERACIÓN
Y DESARROLLO

FINANCIADO POR:



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA

AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO