

**Construyendo un  
modelo no normativo y  
feminista de la salud:**

**REFLEXIONES SOBRE  
LA DIVERSIDAD SEXUAL  
Y DE GÉNERO EN LA  
ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD**

Investigación

**Construyendo un modelo no normativo y feminista de la salud: REFLEXIONES SOBRE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

ELABORADO POR:

**medicus**mundi Bizkaia

**Aldarte.** Centro de atención a gays, lesbianas y trans



EQUIPO MOTOR DE LA INVESTIGACIÓN:

**Inmaculada Mugika Flores, Ane Zubieta Egaña, Artemiss Torres Fernández, Iñaki Markez Alonso, Maria Silva Gordón, Teresa Rosa Calvo Martinez, Koldo Nistal Garamendi, Marga Saenz Herrero, Raúl San Román de la Puente y Marco Antonio Imbert Escobar, Irati Álvarez Llano, Jorge Pozuelo Bonilla y Ricardo Fernández Quintana.**

FECHA: noviembre 2023

ISBN : 978-84-09-55179-8

DEPÓSITO LEGAL: D 01024-2023

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Zirrimarra Estudio Grafikoa (Andoain)

IMPRESIÓN:

Leitzaran Grafikak SL (Andoain)

EDITADO POR:



FINANCIADO POR:



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

# Índice:

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	7
<b>EL PARADIGMA BIO MÉDICO EN EL QUE SE MUEVE OSAKIDETZA, UN PARADIGMA A SUPERAR</b> .....	8-9
<b>LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</b> .....	10-11
<b>LA (CIS)HETERONORMATIVIDAD Y SUS VIOLENCIAS</b> .....	12-13
<b>LA PRESENCIA LGTBIQ+ EN LA CONFIGURACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA</b> .....	14-15
<b>LOS APARTADOS SANITARIOS DE LAS LEYES LGTBIQ+</b> .....	16-17
<b>EL ACOMPAÑAMIENTO PSICO SOCIAL A LA POBLACIÓN LGTBIQ+</b> .....	18-19
<b>LA PrEP</b> .....	20-21
<b>LA VICTIMIZACIÓN DE LAS PERSONAS LGTBIQ+</b> .....	22-23
<b>EL CHEMSEX</b> .....	24
<b>TRANSICIONES</b> .....	25-30
<b>PARA EL EJERCICIO DE BUENAS PRÁCTICAS</b> .....	31-32
<b>PARA ENTENDERSE: pequeño glosario</b> .....	33
<b>DOCUMENTOS MANEJADOS POR EL EQUIPO PARA INSPIRAR LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE</b> .....	34-35



Introducción

**medicusmundi** Bizkaia apostamos por una cooperación transformadora con capacidad para incorporar nuevas miradas y enfoques que permitan abordar los problemas y barreras en el acceso a la salud para todas las personas independientemente de su condición de clase, etnia o identidad de género.

La norma social dominante, invisibiliza, niega y banaliza las situaciones de injusticia y la vulneración del derecho a una atención de calidad y con calidez que padecen muchas personas y colectivos en los servicios de atención primaria por el mero hecho de sentir y expresarse de una forma distinta a la mayoría.

**medicusmundi** Bizkaia ante esta situación de injusticia que se da en los servicios de atención primaria de muchos países, tanto en el sur global como el norte global, proponemos un nuevo modelo que incorpore las necesidades y demandas de las personas LGTBIQ+ en la Atención Primaria en Salud (APS) que, hemos de recordar, es la puerta de entrada a los Sistemas Nacionales de Salud.

Por esta razón y de acuerdo a nuestra misión, visión y valores iniciamos hace algunos años un proceso de análisis y reflexión sobre los ámbitos de actuación en los países que cooperamos y en la estrategia de Educación para la Transformación Social que desarrollamos aquí. Para hacer frente a esta discriminación de las personas LGTBIQ+, **medicusmundi** Bizkaia en coordinación con colectivos y organizaciones de la Diversidad Sexual y de Género comenzamos a pensar en una estrategia de abordaje que fuera integral, que planteara la resolución de las necesidades prácticas del día a día, pero también, orientada hacia la necesidad de cambios más estructurales.

En este camino es fundamental contar con un marco de referencia sólido y basado en el conocimiento y experiencia de personas y entidades especializadas en el ámbito de la salud y la Diversidad Sexual y de

Género, el “cuaderno de reflexiones” que os presentamos responde a esta necesidad dando la voz a informantes clave y generando un grupo motor que durante un año ha analizado y diseccionado las barreras al acceso a la salud y la vulneración de derechos que sufren las personas LGTBIQ+ en la Atención Primaria con el objetivo de avanzar hacia un nuevo modelo de atención más justo y equitativo.

Este documento es el punto de partida y una excelente oportunidad para conectar diferentes percepciones, sensibilidades, puntos de vista y opiniones en torno a la atención a la diversidad sexual en los espacios sanitarios.

El modelo sanitario biomédico que hemos naturalizado como el único posible, margina y relega a un segundo plano la empatía, las capacidades humanas y sociales de los profesionales de la salud y esto es sin duda una gran pérdida para el sistema de salud y para la prestación de servicios adecuados a las necesidades y particularidades de todas las personas y colectivos.

Desde **medicusmundi** Bizkaia queremos agradecer a todas las personas participantes su voluntad y compromiso en la promoción de un nuevo modelo de salud pública más justo y abierto a todas las formas de vivir y sentir.

Queremos también reconocer especialmente el compromiso de Aldarte con este proceso, sin su mirada experta, capacidad de análisis y su importante articulación con el movimiento LGTBIQ+, no hubiera sido posible el éxito de esta iniciativa.

Por último, y como decíamos al inicio, este es el punto de partida de un recorrido que apunta a la necesaria transformación del actual modelo hegemónico heteropatriarcal que constriñe la vida y conculca los derechos de las personas LGTBIQ+.



# Presentación

A lo largo del año 2022 se ha desarrollado este proyecto cuyo objetivo ha sido el de generar un conocimiento crítico sobre el estado de la Atención Primaria en Salud (APS), desde una mirada feminista, no normativa y diversa. En concreto se buscaba reflexionar sobre la Diversidad Sexual y de Género (DSG) y feminismo en la APS con personas que trabajaran en el ámbito de la salud pública.

Para ello se invitó a profesionales activos de Osakidetza a participar en un proceso de reflexión colectiva donde se abordaron temáticas concretas en torno a la sanidad relacionadas con la DSG y el feminismo. Se les propuso participar en 10 reuniones mensuales de 2 horas de duración. Aunque estas reuniones tenían fundamentalmente carácter presencial podían ser seguidas también vía online. Cerca de una veintena de personas han participado en los diferentes momentos del desarrollo del proyecto.

La metodología que se planteó desde el principio puso en diálogo los diferentes conocimientos y opiniones sobre los temas tratados de las personas participantes en las reuniones. Las reflexiones transcurrieron en un tono amable, de confianza, de respeto y libre de prejuicios que con frecuencia se tienen cuando se abordan temas referidos al género y a la sexualidad.

Cada reunión fue grabada, transcrita y sistematizada. Las sistematizaciones, una vez aceptadas por las personas participantes, fueron un punto de partida para los debates de las reuniones siguientes ya que

a menudo reflejaban reflexiones en las que se quería profundizar.

Para inspirar el diálogo compartido se contó con la lectura de documentos relativos a la DSG y el feminismo. Documentos muy variados que podían ser propuestos por cualquier persona del grupo y que por lo general han reflejado la actualidad del debate en materia de salud, DSG y el feminismo en la sociedad.

Las reflexiones contenidas en este documento son el resultado de este trabajo conjunto y reflejan, sobre todo, los esfuerzos de las personas participantes por acercarse y entender las realidades LGTBQ+ abordadas. Se ofrecen de manera abierta y proyectan la diversidad de personas que las realizan y la pluralidad de opiniones que las mismas tienen sobre los temas tratados. Este aspecto puede provocar que cuando se acometa la lectura de las reflexiones no se entiendan muy bien porque unas se contradicen con otras o porque no se guarda una coherencia entre las mismas.

Sería interesante que antes de la lectura de las diversas partes del documento se repasaran los textos que han inspirado las reflexiones. Por ello se aportará para algunos apartados la relación de documentos leídos a los cuales hacen referencia las reflexiones que se van a leer.

Solo esperamos que estas reflexiones os lleven a otras, a las vuestras.

## **EL PARADIGMA BIO MÉDICO EN EL QUE SE MUEVE OSAKIDETZA, UN PARADIGMA A SUPERAR**

Paradigma bajo el cual se estructuran los servicios de salud que entiende la misma como ausencia de enfermedad. Explica este binarismo salud-enfermedad atendiendo a modelos unifactoriales, biologicistas y reduccionistas, sin reconocer los determinantes sociales del entorno o los estructurales de la salud.

Las lógicas de este modelo son patologicistas (se abordan enfermedades y no la salud o el bienestar) y patologizantes, etiquetan de enfermedad cualquier malestar, cuerpo, expresión, conducta,...que se aleje de la norma (la “salud”).

Este paradigma es hegemónico en el sistema de salud y dirige en mayor o menor medida sus planes, estrategias y prácticas asistenciales.



### **Un modelo limitado para la DSG**

El modelo bio-médico seguido por Osakidetza y la mayor parte de sistemas sanitarios occidentales es muy limitado a la hora de tener en cuenta no solo la DSG sino también cualquier aspecto que se salga de la triada síntoma-diagnóstico-fármaco y que tenga que ver con determinantes psico-sociales y económicos de la salud.

Este es el contexto en el que se desarrolla el trabajo en Osakidetza y en el que hay que pensar como incorporar la DSG. Un contexto en el que:

- Se va imponiendo el funcionamiento formato OSI (Organización Sanitaria Integral donde se fusionan la atención primaria y especializada) que amenaza con la debilitación de la atención primaria y las estrategias comunitarias
- La realidad de la APS es que es una atención muy generalista que enfrenta problemas muy complejos, muy diversos y muy específicos con una formación continua respecto a los últimos dispositivos con los que hay que tratar a pacientes.
- El desafío es como gestionar necesidades muy concretas desde servicios muy generalistas. Puede que proponer a profesionales de la APS abordajes muy concretos en lo que respecta a los problemas sanitarios de las personas LGTBIQ+ no se corresponda con la realidad que profesionalmente se vive en APS.

### **Dificultades para un modelo psico-social centrado en la prevención**

- La atención primaria que es donde supuestamente hay que hacer prevención y promoción de la salud desde miradas plurales y diversas, está en serias dificultades y esto es un obstáculo importante para abordar realidades como la de las personas LGTBIQ+.
- No hay que olvidar que Osakidetza está compuesta por profesionales que en ocasiones no son capaces de representar la diversidad de las poblaciones a las que atiende. El colectivo médico, por ejemplo, es extremadamente uniforme en lo que respecta a clase, raza, sexualidad y/o género,... Atender a la diversidad desde la uniformidad supone cuando menos un hándicap a la hora de diseñar y desarrollar estrategias en salud. De ahí la necesidad de que se hable con las personas o grupos organizados LGTBIQ+ para que aporten sus ideas.
- Desde una perspectiva psico-social el ámbito sanitario parece que no avanza, ya que es un ámbito cada día más medicalizado, aún así es importante tener en cuenta que el hecho de la existencia de las Unidades de Identidad de género (UIG) en la sanidad pública (cuestión que costó mucha movilización de calle y mucho debate social) supone un avance de nuestro ámbito público sanitario. Otra cuestión es que las UIG tengan que ser replanteadas con otros enfoques que aseguren un abordaje no patologizante de las experiencias trans.
- La medicalización se trata del planteamiento y abordaje sanitario de los problemas y situaciones de las personas a las que se atiende, incluso cuan-



do el sustrato de estos no es tal; soledad, desempleo, falta de vivienda, conflictos mentales, ...Son consecuencia directa de esto la medicalización y el sobre uso de otras tecnologías sanitarias, cuyo último beneficiario económico resultan grandes industrias, principalmente las farmacéuticas.

---

### **La medicalización ha supuesto la patologización y la búsqueda de terapias curativas para las personas con sexualidades, géneros y cuerpos que no se adecúan a la norma.**

- A menudo cuando se habla de medicalización se pone en cuestión iniciativas que surgen de las propias personas LGTBIQ+ como la PrEP, las modificaciones corporales que realizan las personas trans, la inseminación asistida, y se corre el peligro de obviar que son cuestiones muy ligadas a la propia autonomía del paciente. Hay que tener en cuenta que son las propias personas quienes piden estos servicios.
- La autonomía del paciente es un valor a considerar en la consulta médica, sin miedos o pánicos añadidos. Enfrentarse al reto de la DSG desde el paradigma biomédico del sistema sanitario precisa primero patologizar la propia DSG para dar luego una solución, el tratamiento. Reconocer que se atiende problemas que escapan a los algoritmos de diagnóstico médico no debería ser pretexto para ofrecer soluciones sanitarias (véase la PrEP), evitando siempre un uso innecesario de diagnósticos que puedan acarrear estigmas a colectivos.
- Pero esta cuestión importante no quita que se hagan lecturas medicalizadas de la realidad LGTBIQ+ que a menudo limitan y coartan la real autonomía o libertad de las personas. El tema es el planteamiento medicalizador de nuestras vidas, del que las personas LGTBIQ+ no se libran.
- Podemos solicitar que desde un punto de vista sanador, todo sea rápido y sencillo y lo más simple posible para solucionar un tema médico. Pero ¿esto significa asumir planteamientos medicalizados de nuestras vidas?. Por mucho que tengamos derecho a los tratamientos variados, ¿tenemos que aceptar sin más lo que significa de medicalización de nuestras vidas? ¿Nos tenemos que creer que los tratamientos médicos solucionan conflictos que tienen una raíz social?
- No se trata de asumir que nuestras, identidades, orientaciones,...tengan diagnóstico ni tratamiento.

Tampoco de renunciar a las ventajas que diferentes intervenciones (algunas incluso sanitarias) puedan tener en nuestras vidas. Se trata de promover el empoderamiento de personas y colectivos para que conozcan, elijan y asuman consecuencias libre y conscientemente y defender un sistema de salud público que garantice la provisión justa, ética y de calidad de los servicios de salud.

---

### **De pacientes a personas activas, algunas claves**

- Si las personas llegan a entender cómo se construyen y se recomponen en su sexualidad, van a estar más capacitadas para poder aplicar una reducción de riesgos en sus conductas sexuales frente a otras personas. De ahí la necesidad de una educación sexual que nos haga trascender las modas, el ambiente, los patrones culturales que nos dicen quienes debemos ser o los paradigmas históricos en los que nos toca vivir y nos lleve a aceptar, de forma crítica, quienes somos como personas sexuadas y tener nuestros esquemas propios para actuar con autoestima y ciertas fortalezas.
- Se destaca la necesidad de un enfoque que no nos aleje de las personas y que salvaguarde las subculturas en las que se encuentran. Las drogas, y su consumo, el sexo por el placer de tener sexo, el sexo en grupo o en público, etc. no son malos en sí mismos. Hay que tener en cuenta los determinantes sociales y que los problemas de salud se dan, por lo general, no por determinadas prácticas en sí mismas, sino porque vivimos en un sistema patriarcal, heterosexista, capitalista, racista,... que exige a las personas unas condiciones de vida que atentan contra su dignidad e integridad mental. “El realismo depresivo” se define como aquello que hace que muchas personas busquen las drogas, el consumo compulsivo de sexo o los ansiolíticos para soportar vidas precarias en un sistema hetero-patriarcal, neoliberal y racista.
- Frente a la culpa por no cuidarnos lo suficiente, que es lo que obsesivamente promueve el sistema, está la responsabilidad (que no es culpabilidad) que es la capacidad que tenemos las personas de poder actuar de forma crítica y de otras maneras a las que espera el sistema. Se puede adquirir responsabilidades, fomentarlas y desarrollarlas para poder hacer elecciones diferentes a las que se espera. En esto radicaría hacer educación para la salud o para la vida.

## LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

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

La (cis) heteronormatividad y el binarismo son ejes estructurales de desigualdad que actúan sobre las construcciones sociales que se hacen de los cuerpos, las sexualidades y los géneros, constituyendo un determinante importante de la situación de salud de las personas y de las poblaciones.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Agencia SINC en Pikara Magazine (2020) [“La ansiedad de las mujeres no se soluciona con pastillas, sino cambiando sus condiciones de vida”](#)
- Laura Yustas en el Saltodiario (2022): [Feminismos a la deriva en la cultura terapéutica](#)
- Pikara Magazine (2016): [La salud de la mujer](#)
- Daniele Paletta (2021): El Informe Anual 2021 de ILGA Mundo
- FELGTBI+ (2022): [FELGTBI+ pide seriedad y que no se vincule al colectivo LGTBI+ con la viruela del mono](#)



### Osakidetza tiene un diseño binario y(cis) heteronormativo

- Profesionales sanitarios reproducen esquemas binaristas y (cis) heteronormativos porque entre otras cuestiones así funciona también la sociedad de la que se forma parte. Estos esquemas interfieren en las intervenciones médicas.
- Este diseño alcanza a la Unidad de Identidad de Género (UIG) de Cruces encargada de los procesos de transición química y corporal de las personas transexuales. En esta unidad establece para una intervención hormonal o quirúrgica definirse con total claridad como hombre o como mujer. No se interviene en personas NB (no binarias) o en personas que no tenga muy definido o muy claro la pertenencia a uno de los géneros legalmente existentes hoy día. Este criterio funciona para menores y adultos. Las personas NB demandan a sanidad una hormonación y operaciones de modificación de cuerpos que solo se contemplan para personas transexuales binarias.

### Intervenir en las decisiones sobre salud pública que implica personas LGTBIQ+

- Es interesante y necesario estar en los debates sobre sanidad que se da en las iniciativas de las organizaciones LGTBIQ+.
- Todos los temas que implica la salud LGTBIQ+ son debatibles por las personas que trabajan en Osakidetza, pero hay que tener en cuenta:
  - Que la cartera de servicios a las que optan las personas en Osakidetza son posibles gracias a decisiones políticas que hay que acatar considerando que el papel del personal sanitario tiene que ser técnico.
  - Que Osakidetza satisface muchos deseos que se tienden a convertir en derechos, para ello pone mucho dinero en unos sitios y en otros no.
  - Que las decisiones políticas de Osakidetza respecto a algunos servicios que se ofertan se realizan con algunos topes o límites (de edad p.e.) y habría que analizar por qué se ponen esos topes, puede ser porque se deja ese nicho de mercado a la industria, o porque no conviene esa intervención a partir de ese límite.

## Respecto al trabajo comunitario y la APS

El enfoque comunitario es lo que dará fuerza para retomar aspectos ligados a la DSG o al género. No se debería concebir una APS digna y de calidad si no es comunitaria.

- Una cuestión es definir mejor ese trabajo comunitario, sus objetivos, consecuencias y el papel que toca como personal sanitario. A este respecto estaría bien hacerse algunas preguntas:
  - ¿Con que visión se hacen? ¿se hacen por nuestras propias necesidades como sanitarios? ¿Nos entrometemos sin más en áreas que realizan mejor otros agentes sociales? ¿Invadimos la comunidad en vez de integrarnos?
  - ¿Qué impacto tienen? ¿Se ayuda a reducir las desigualdades sanitarias? ¿Los proyectos llegan a la parte más precaria de la sociedad o a quienes realmente no lo necesitan? ¿Se tiene en cuenta que tenemos una formación estrictamente bio-médica y que la mera sensibilización o concienciación no sirva para mejorar la salud comunitaria?
  - ¿Se fagocitan proyectos comunitarios *medicalizándolos* o *psiquiatrizándolos*?
- Otra cuestión es como la APS puede realizar este trabajo:
  - ¿Es el centro de salud quien tiene que impulsar acciones comunitarias? ¿Quién tiene que ser un actor en red con el resto de actores comunitarios, del entorno geográfico donde está ubicado?
  - Sería necesario salir de la asistencia pura y dura en la que coloca la estructura de Osakidetza para dirigir la mirada al trabajo comunitario que está en general muy abandonado.
  - La formación (p.e. en género y salud) ayuda a llevar procesos comunitarios que a largo plazo van dando resultados positivos.
  - El trabajo comunitario es más asequible y más acertado con la persecución del objetivo de disminuir las desigualdades:
    - En centros de salud con cupos de pacientes más pequeños que grandes.
    - Cuando se tiene en cuenta la diversidad de actores sociales (en la manera en cómo se organizan y en cómo enfocan su quehacer social y político)
    - Cuando se cuenta con profesionales con formación en salud pública y en intervención social: en la sociología, trabajo social, educación social,...
    - Cuando se conocen y manejan recursos sociales para la derivación de pacientes a los que no llegan los planes comunitarios.
    - Cuando no se infravalora la APS.

## LA (CIS)HETERONORMATIVIDAD Y SUS VIOLENCIAS

El sistema sexo-género de carácter (cis)heteronormativo y binario es generador de innumerables desigualdades, discriminaciones y violencias que se cometen sobre las personas cuyas sexualidades y géneros no son normativos, poniéndoles en una situación de menor disponibilidad de recursos como la vivienda, un trabajo digno y un medio ambiente físico y social saludable, factores que inciden en su estado de salud y bienestar tanto físico como mental. Estas violencias no son sufridas por las personas (cis)heteronormativas y binarias.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Marina Prast en huffingtopost (2022): Así son las terapias de conversión en España: “se genera un ambiente como de caza de brujas”
- Lucie Chiquer, Camille Cottais, Darren Chim Kasanga, Naomi Ouattara & Jeanne Pavard (2020) Las “terapias de conversión” a través del mundo: una tortura aún poco conocida
- FELGTBI+ (2022): FELGTBI+ pide seriedad y que no se vincule al colectivo LGTBI+ con la viruela del mono
- Christian Ponferrada en Público (2021): Los jóvenes LGTBI, desamparados por la sanidad pública ante el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental
- Campos, S. (2022) Las otras espinas en nuestra comunidad LGTBI artículo de Eldiario. es de 5 de octubre de 2022



### Las violencias que reciben las personas LGTBIQ+

- Es interesante no percibir a la población LGTBIQ+ como un conjunto homogéneo de personas que pasan por idénticas situaciones de opresión (cis) heteronormativas viviéndolas de igual manera y con la misma intensidad. Se precisa un análisis interseccional de la misma que nos den a conocer de forma más precisa, como funciona en cada momento histórico y social y su impacto real sobre las personas, para construir herramientas y/o recursos personales y colectivos que le hagan frente.
- Tener en cuenta en nuestros discursos sobre la violencia LGTBIQ+fóbica la realidad de una sociedad cambiante en relación a cómo aborda la diversidad sexual y de género y los cambios en cómo se ejercen estas violencias sobre las personas LGTBIQ+.
- Analizar cómo impactan en la población las rígidas normas sexuales y de género, las cuales demandan seguir unos carriles de obligado cumplimiento en cuanto a lo que se permite hacer o no en relación a nuestra sexualidad y género. Cuestiones como el amor romántico, los celos, el control de los cuerpos, encerrarse en relaciones únicas y monógamas, el binarismo, etc. se replican en todo tipo de rela-

ciones (homos o no, cis o no). Se cumplen una serie de constantes que hacen sufrir a muchas personas en un sistema relacional que se vive socialmente y con el que es necesario romper.

### Las percepciones, actitudes y conductas sociales respecto al colectivo LGTBIQ+, a lo largo de los años, ¿se dan cambios sociales de mejora? o ¿mejoramos ocultando lo que en realidad son actitudes machistas y LGTBIQ+fóbicas?

- Hay personas que piensan que realmente no se da una mejora, que todo es una ilusión. Que ahora se lleva lo progre, el ser tolerante o lo políticamente correcto. Hay muchos indicios de que las cosas no han cambiado mucho: actitudes como que nos cuesta asumir la homosexualidad de hijos/as, las que se han visto en fiestas con el tema “pinchazos” o sumisión química, las continuas y constantes violencias que todavía se están dando, etc.
- Otras piensan que el colectivo LGTBIQ+ no recibe la misma violencia de hace 30 años y que la misma ha variado en sus formas, que no se da de la misma manera desde la transición hasta ahora y que los discursos se tienen que adaptar a las realida-

des sociales cambiantes. Han cambiado aspectos como el de poder tener mayor visibilidad, o tener más recursos de socialización para poder manejar situaciones complicadas derivadas del estigma LGTBIQ+. La gente joven en la actualidad tiene más recursos personales y colectivos como redes sociales, cuadrillas visibles. Se tienen más referentes y estrategias personales para abordar el estigma.

- Las violencias han cambiado o se han transformado, se puede reflexionar si a mejor o a peor. Ya no se reciben palizas ante algunas situaciones como antes ocurría, pero en la actualidad se siguen produciendo situaciones incómodas. Las violencias por pertenecer al colectivo LGTBIQ+ siguen existiendo. Es verdad que sufrirla no te convierte en una persona amargada o en una perdedora o en un ser despreciable o enferma para toda la vida. Pertenecer a los márgenes puede dar la oportunidad de comprender otros tipos de opresiones y de saber aprovechar estos sufrimientos, los aprendizajes que pueden aportar y de colectivizarlos con otras personas LGTBIQ+.
- Tener perspectiva histórica de cómo las violencias han cambiado empodera a las personas pero esta no puede llevar a deslegitimar las peleas que en la actualidad concurren, porque si no, no se avanza. Las peleas actuales de reivindicar mi homosexualidad en las consultas médicas son tan importantes como las de la transición solicitando que se despatologice la homosexualidad.
- A nivel terapéutico en el desarrollo de herramientas de respuesta, se percibe el problema de cómo valorar las violencias que sufren las personas LGTBIQ+. ¿Podemos tratar todas violencias de manera similar? ¿Es igual que te miren mal a que te apaleen o maten? ¿Es una cuestión de grados que es importante tener en cuenta para poder dar una respuesta acertada a las diferentes violencias que recibe la población LGTBIQ+? Se percibe la necesidad de afinar, y tener un análisis más sutil de cómo funciona la (cis)heteronormatividad en el día a día de una persona LGTBIQ+.

## LA PRESENCIA LGTBIQ+ EN LA CONFIGURACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

Una conclusión a la que llegan numerosos estudios sobre la realidad LGTBIQ+ en lo que atañe al ámbito de la atención sanitaria, suele ser que la misma funciona sin una perspectiva de DSG. Se trata, por lo general, de un ámbito heteronormativo que invita a la invisibilidad y, aunque muchas personas LGTBIQ+ puedan sentirse bien tratadas, algunas consideran que son atendidas sin respeto, sin comprensión y, en ocasiones, sin ética profesional.

¿Esto cambiaría si estuviera más presente lo LGTBIQ+ en el diseño de las políticas sanitarias o en la institución misma?

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Villén Jimenez A., Fraile Pascua I., Sanchez Mariscal D. (AMF 2022) Atención a la diversidad sexual (I). Atención a mujeres que tienen sexo con mujeres.
- Villén Jimenez A., Fraile Pascua I., Sanchez Mariscal D. (AMF 2022) Atención a la diversidad sexual (II). Hombres que tienen sexo con hombres
- FELGTBI+ (2022): [FELGTBI+ pide seriedad y que no se vincule al colectivo LGTBI+ con la viruela del mono](#)
- Christian Ponferrada en Público (2021): [Los jóvenes LGTBI, desamparados por la sanidad pública ante el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental](#)



### Lo LGTBIQ+ en la políticas públicas de sanidad

- En la práctica clínica se ven las consecuencias de las violencias LGTBIQ+fóbicas y el sufrimiento que conlleva. Abordar las mismas requieren miradas específicas adaptadas a las realidades del colectivo LGTBIQ+.
- Una vez comprobado que los servicios generalistas llegan de forma sesgada y estigmatizada al colectivo LGTBIQ+. Es interesante defender servicios especializados y específicos porque la situación de violencia estructural los exige.
- Toca ser más críticos frente a las instituciones que son las que pueden generar nuevos recursos. Hace falta trascender la política de subvenciones a colectivos determinados por ser algo muy limitado que permite que Osakidetza no se implique o no se impliquen las instituciones sociales públicas, las cuales no acaban de llevar políticas diferenciadas en este tema. Delegar servicios en colectivos LGTBIQ+ no deja de venir bien pero que está lejos de por donde tendrían que ir las cosas.
- Es necesario hacer políticas preventivas específicas para colectivos, porque existen riesgos asociados

a ciertas prácticas realizadas por colectivos. Pero habría que llevar adelante políticas preventivas específicas que no estigmaticen.

- Las instituciones no son diversas y afrontar la diversidad desde la homogeneización que suponen los poderes públicos es muy difícil. A menudo ocurre que las personas que diseñan las políticas públicas son muy (cis) heteros, blancos y desconocen las necesidades reales y diversas de las personas de los colectivos LGTBIQ+.

### Falta de profesionales LGTBIQ+ en la sanidad

- Hacen falta profesionales LGTBIQ+. A menudo las personas LGTBIQ+ no pueden acceder a posiciones de poder en las instituciones por la falta de oportunidades para estudiar.
- A la par que tiene que haber personas LGTBIQ+ en los servicios públicos, también hacen falta paradigmas diversos en las políticas sanitarias que se implementan, las cuales de forma frecuente reflejan enfoques muy determinados (neoliberales, biologicistas, medicalizadores,...) que no representan a todas las sensibilidades LGTBIQ+ que existen.

- Cuando se abordan conflictos relacionados con la DSG el componente social y político es muy grande y hablar con profesionales sin formación es complicado, por lo que habría que asegurarse profesionales formados para abordar estos temas.
- 

### **Sobre la intervención del asociacionismo LGTBIQ+ en Osakidetza**

- Es necesario que la participación de los colectivos en sanidad sea algo más que interperlativa como es ahora, hay que escuchar pero no solo, también ceder espacios de poder, tiene que haber representación LGTBIQ+ en el diseño de las políticas de sanidad.
- La participación de las asociaciones en sanidad tendría que representar la diversidad de las mismas. La diversidad tendría que estar representada en las experiencias participativas pero no es así. Políticamente hablando sanidad ya sabe con qué organizaciones LGTBIQ+ tiene que hablar para legitimarse en este terreno.
- La UIG de cruces está muy supervisada por organizaciones trans. El problema, en este caso, no es la falta de supervisión, cercanía o asesoramiento por parte de estas. Por ejemplo, Osakidetza cuando anuncia mejoras de atención a las personas trans va de la mano de un asociacionismo determinado: el más binario, esencialista y el que apuesta (en relación a otros colectivos trans y LGTBIQ+) por un modelo médico.
- Hay que promover la participación de personas LGTBIQ+ en la toma de decisiones. El que estos no sean críticos no significa que no tengan que estar. Pero hay que tener en cuenta que a Osakidetza solo le interesa el asociacionismo que esté de acuerdo con sus planteamientos. Para sanidad es muy buena estrategia aliarse con determinados colectivos no críticos con sus políticas porque dan un capital político y social muy fuerte que puede redundar en votos. Hay que dar espacios de poder.

## LOS APARTADOS SANITARIOS DE LAS LEYES LGTBIQ+

Un ejercicio de análisis se centró en los apartados sanitarios de las leyes LGTBIQ+. De todas las leyes trans y LGTBI existentes, objeto de lectura y posteriores reflexiones fueron la Ley Foral 8/2017 de 19 de junio para la Igualdad Social de las personas LGTBI+, el Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI y la Proposición de Ley de segunda modificación de la ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.  
Sección 4a. Medidas en el ámbito de la salud.
- LEY FORAL 8/2017, DE 19 DE JUNIO, PARA LA IGUALDAD SOCIAL DE LAS PERSONAS LGTBI+  
CAPÍTULO III. Medidas en el ámbito de la salud
- Proposición de Ley de segunda modificación de la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.



### ¿Abordar la cuestión sanitaria a través de leyes específicas?

- Algunas personas consideraban que sí. Es muy interesante el que haya leyes sobre esta cuestión ya que el punto de partida es la nada, o casi nada. Es un paso hacia delante. Son necesarias para asegurar que las personas LGTBIQ+ sean tratadas con igualdad y respeto. Estamos en una sociedad (cis) heteronormativa y son necesarias, por lo que se necesita legislación específica.
- Otras personas consideraban que no. Se piensa que estas leyes específicas no son necesarias ya que hay una normativa sanitaria suficientemente amplia como para abordar la DSG y otros temas relativos a los derechos de las personas en el ámbito sanitario aplicando la transversalidad. La salud de las personas LGTBIQ+ no es diferente al resto de personas. Se realiza una pregunta: ¿Haciendo este tipo de leyes específicas se va a conseguir que se despatologice la realidad LGTBIQ+? Además se está hablando de una cuestión de derechos humanos (DDHH), de personas usuarias de Osakidetza, no de la identidad LGTBIQ+. Las leyes basadas en la identidad crean fronteras entre quienes pueden usarlas y no dentro del propio colectivo LGTBIQ+ y no suelen tener en cuenta la diversidad del mismo.

### Ya que las leyes LGTBIQ+ son tendencia y son inevitables que se redacten con otros enfoques

- En definitiva estas leyes son inevitables y son la tendencia. Pero se podrían tener en cuenta en su redacción otras perspectivas de enfoque distintas a las que se están dando en la actualidad: mayor valoración de la sanidad pública, enfoque interseccional, más caminos que la medicalización, una perspectiva de género, mayor contextualización,...
- Se percibe como muy normal y muy naturalizado el que las leyes LGTBIQ+, en concreto la parte trans, tengan unos apartados sanitarios extensos y disposiciones con un listado enorme de operaciones a realizar. Las leyes se redactan con el paradigma de se nace en el cuerpo equivocado y suponen que la transexualidad es un problema médico, no un fenómeno social por lo que se asume el hecho de que las personas trans acaben, por lo general, en el médico o en el pediatra.
- El debate no es si hay que echar atrás o no la asistencia pública sanitaria para las personas trans, sobre todo porque constituyó el resultado de una larga y dura reivindicación del movimiento LGTBIQ+, y está bien que se blinde a través de las leyes. Pero dado el planteamiento actual sobre la cuestión



trans y de género la reivindicación de un modelo médico para las personas trans hay que hacerlo con críticas y cuestionamientos porque la vía médica (hormonación y cirugías) no es la solución a los malestares que tienen las personas trans.

---

### **No está mal que se oiga a la ciudadanía en el diseño de la sanidad pública**

- Osakidetza no deja de ser un espacio de ejercicio de poder donde a menudo la ciudadanía de a pie no puede intervenir u opinar sobre la cartera de servicios, desde esta perspectiva que la ciudadanía organizada lance propuestas y se le haga caso no está mal. Así las leyes en su parte sanitaria se han realizado en base a las necesidades que las personas LGTBIQ+ plantearon a Osakidetza.
- 

### **Es imprescindible una sanidad pública fuerte y no tan medicalizada algo que las leyes no aseguran**

- Las políticas sanitarias tienen que apostar por la sanidad pública y fortalecerla frente a la privada. Si queremos combatir la brecha de desigualdad en el ámbito sanitario es imprescindible una sanidad pública fuerte para que la salud llegue por igual a todas las personas LGTBIQ+ y a las personas tradicionalmente más desfavorecidas en este colectivo.
- La falta de un enfoque psico-social y la centralización en un abordaje médico, arbitrado además por unas leyes, hace que la mirada social sobre las personas LGTBIQ+ sea necesariamente medicalizada, sobre todo las trans. Esta mirada no tiene en cuenta el nivel de intervención que significa un proceso de transición química y quirúrgica del cuerpo.
- Esta mirada medicalizada es un medio para legitimar un mercado privado de la salud cuyo objetivo es ganar dinero, el rendimiento económico, no la salud de las personas o acabar con la discriminación que estas pudieran sufrir en el ámbito público de la salud.
- En un contexto de crisis y continuo recorte presupuestario para la sanidad pública el colectivo LGTBIQ+ realiza toda una serie de demandas que no hacen más que engrosar, por ley, la cartera de servicios que tiene que ofertar Osakidetza. Algunos servicios son difíciles de realizar por la pública por lo que la derivación a la privada vía pago público será un hecho. Una cuestión que se puede ver como una

estrategia enmascarada del sector privado quien presiona (vía colectivos LGTBIQ+) para que ciertas demandas se hagan ley y tengan que ser derivadas a la privada. Además el que estas leyes demanden tantas intervenciones ya nos introduce a la privatización de las demandas porque Osakidetza no va a poder cumplirlas.

- Las discriminaciones de que son objeto las personas LGTBIQ+ son aprovechadas por el sector privado para crear un nicho de mercado.

## EL ACOMPAÑAMIENTO PSICO SOCIAL A LA POBLACIÓN LGTBIQ+

Cuando se habla de acompañamiento se hace referencia a un tipo de abordaje de la acción socioeducativa, comunitaria y terapéutica, que se puede vincular a prácticas relacionadas con la atención a las personas, las relaciones de ayuda y la educación.

Las cuestiones que emergieron en los debates pueden ilustrar los retos del acompañamiento a las personas LGTBIQ+ que en la actualidad pueden existir.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Muguruza, J. (2022) *Lo trans en la infancia. Algunas preguntas* revista GALDE nº 38
- Arango, C. Entrevista periódico El Mundo 8 de octubre de 2022, <https://www.elmundo.es/papel/2022/10/08/634062b8e4d4d89c0c8b45b3.html>
- Noticia de estudio publicado en 'The Lancet', realizado en Holanda, que sugiere que tras una "evaluación diagnóstica exhaustiva" el arrepentimiento tras estas terapias es residual, El País 20 de octubre 2022
- Christian Ponferrada en Público (2021): Los jóvenes LGTBI, desamparados por la sanidad pública ante el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental



### Caminar al lado de las personas:

- Puede ser interesante aplicar el *modelo de reducción de riesgos en adicciones*, que pone a la persona en el centro y quiere saber cuáles son las necesidades de esa persona y sus deseos, que idea de salud tiene, los riesgos que quiere asumir y cuáles no, etc.
- Lo importante es realizar un acompañamiento experto, que no tiene que ser, por necesidad, una persona sanitaria.
- Se acompaña para seguir avanzando y asegurar espacios donde las personas estén totalmente comprendidas y no sean juzgadas. El acompañamiento no se impone y además no precisa diagnóstico psiquiátrico.
- Se gasta el dinero en los medicamentos y nada más, hay que empezar a gastar dinero en buenos programas de acompañamiento psico-social.

### ¿Quién tendría que realizar el acompañamiento?

- El mundo sanitario igual no, porque tiene problemas reales para hacerlo como la falta de formación, la saturación y la falta de tiempo. Además hay dudas de que sepan hacer un acompañamiento porque es un ámbito donde cuesta mucho dejar y respetar las decisiones del paciente.
- En el sistema sanitario debe de haber otras figuras aparte de profesionales sanitarios que trabajen esas cosas. Contar con equipos disciplinariamente más diversos vendría muy bien.
- Puesto que al sanitario no le corresponde un papel que le corresponde a la comunidad ¿Es el movimiento social el que mejor puede hacer altavoz de diferentes opciones?.
- Si se quiere que un acompañamiento funcione hay que dar agencia a las personas implicadas. Dar agencia para conectar con las personas que se atienden, contar con ellas, atender a sus deseos, a sus necesidades, a sus experiencias, etc. ¿Eso significa que solo lo pueden hacer personas que hayan pasado por las mismas experiencias? Puede que no.
- Así, a la hora de diseñar acompañamientos es importante que las personas del colectivo LGTBIQ+ formen parte del proyecto para que sus necesida-

des se tengan en cuenta. El conocimiento es más deseable que la experiencia pero hay que tener en cuenta que hay mucho conocimiento que es vivencial, y si no se tiene en cuenta se pierde el aporte de muchas experiencias personales y colectivas. El conocimiento vivido se tiene que construir a partir de muchas experiencias.

- Esto no significa que el acompañamiento en sí tenga que estar realizado por personas LGTBQ+. A menudo una persona LGTBQ+ no es por definición quien mejor puede atender a otra persona LGTBQ+. A menudo formar parte de este colectivo te hace tener posiciones muy rígidas de lo que debe ser una persona del colectivo y esto puede provocar la realización de malas atenciones.

---

### **Contemplar la diversidad para acompañar**

- Experiencias hay muchas dentro de las personas que conforman el colectivo LGTBQ+ que no es nada homogéneo y puede haber grandes diferencias entre las que viven unas u otras personas.
- Con frecuencia las personas LGTBQ+ que precisan un acompañamiento no buscan un reflejo de sí mismas en la persona que las atiende. No están buscando que exactamente hayas vivido la misma situación que ellas.
- Además hay que tener en cuenta el contexto social. En los últimos años, la sociedad cree que hay experiencias que valen más que otras y se considera que el casarse, tener criatura, la transición hormonal, la cirugía, etc. define más a las personas del colectivo LGTBQ+ que otras situaciones vitales. Tener sexo en grupo, el cruising o no casarse también forman parte de las experiencias del colectivo LGTBQ+ pero por lo general quedan marginadas, no son reconocidas (si no es para estigmatizarlas) y no se habla de ellas con lo que quedan fuera del circuito del acompañamiento.
- Una clave es ver la diversidad que hay y ese ver diverso muchas veces no está asociado a la experiencia. Como persona que acompaña la cuestión es no haber pasado por la misma experiencia, sino ser consciente de que la misma es diferente a la de la otra persona por muchas cosas que pueda haber en común.
- Para acompañar hay que escuchar a las personas que forman parte de colectivos vulnerables y hablan de sus necesidades, problemas y quejas respecto

al sistema de salud o realizan testimonios porque han pasado por determinados procesos. Para saber que hay que hacer y cómo hacerlo, escuchar es imprescindible así como tener actitud activa de revisar constantemente los prejuicios que siempre tenderán a salir.

## LA PrEP

La PrEP es el acrónimo de *profilaxis preexposición*, medicamentos utilizados para reducir las probabilidades de contraer el VIH cuando hay exposición al mismo. En el País Vasco Osakidetza suministra la PrEP desde el año 2020.

Como medicamento la PrEP nace como una estrategia económica, mas tarde se empezaron a ver los beneficios en salud y se planteó como una estrategia de prevención que incluya otros métodos preventivos.

Gilead<sup>1</sup> anuncia la presentación de una solicitud a la FDA (agencia de la alimentación y el medicamento de EE UU) en 2011, para conseguir la aprobación de uso de TRUVADA (emtricitabina/tenofovir, FTC/TDF) como profilaxis preexposición PrEP, para reducir el riesgo de transmisión de la infección por VIH.

El fármaco ya se empleaba como parte del tratamiento antirretroviral, pero se solicita la autorización para ampliar su uso en PrEP.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Benjamin Ryan (2017): Como la PrEP cumple los cinco años. La píldora de prevención del VIH es un gran éxito
- Orozco Mossi N., Alastrué Loscos I., Situación actual de la Profilaxis PreExposición (PrEP) en España. FML. Vol 24; (2) 7p
- E.A.M. Zioga, J. Arias-de la Torre, E. Patera, B. Borjabad, L. Macorigh y L. Ferrer (2019): El papel de las intervenciones biomédicas en la prevención del VIH: la profilaxis pre-exposición (PrEP)



### El inicio de uso de un medicamento:

- En un comienzo la PrEP en el Estado español era de uso clandestino y una de las cosas que forzó que se legislara y aprobara era el número de usuarios del medicamento clandestinos y sin control sanitario.
- Al principio la PrEP creó mucha controversia en el interior del colectivo LGTBIQ+, porque se pensaba que era una forma de salida de un medicamento, de seguir obteniendo más beneficios a costa del colectivo, pero al final clínicamente se demostró que como estrategia de prevención era buena y la clave está en cómo se use.

### Juicio moral en la valoración de la PrEP

- Desde el colectivo médico hay mucho juicio moral en la valoración de la PrEP porque está ligado al sexo. Este aspecto es lo que hace que a menu-

do cueste mucho entender que la PrEP puede ser buena estrategia de prevención y que lo que hace falta es que no se quede en la toma de una pastilla solamente sino ligar esta estrategia de prevención con un proceso más complejo donde trabajar la sexualidad, la autoestima o el análisis de por qué nos ponemos en situaciones vulnerables o porqué tenemos la necesidad compulsiva de consumir droga para tener una sexualidad placentera.

### Para restar moralina al concepto que se tiene sobre la PrEP

- Para desprejuiciar y restar moralina a la PrEP es bueno remitirse a *la píldora* que en su momento fue algo similar pero para las mujeres. La píldora no se condenó es más en torno a ella se construyó en parte la famosa revolución sexual y se teorizó que permitía a las mujeres liberarse, emanciparse y ser sujetos más autónomos sexualmente hablando.

1 Gilead Sciences es una compañía biotecnológica estadounidense dedicada a investigar, descubrir, desarrollar y comercializar fármacos para tratar enfermedades

- Una de las claves de la PrEP es pensar en que quienes la toman son personas empoderadas capaces de entender los riesgos a las que se exponen y asumir sus consecuencias. La clave es que se entiendan los riesgos que implica cada práctica y elegir qué riesgos quieres asumir y cuáles no.
- Otra clave sería tener en cuenta el formateo heteronormativo de nuestro cerebro que nos hace entender la sexualidad de unas formas determinadas y dificulta comprender las sexualidades diversas de otras personas que se tiene en consulta.
- Habría que analizar las realidades en su complejidad social e histórica no solo desde la perspectiva sanitaria porque sino se acaban haciendo juicios morales que es lo que a menudo se hace.

---

### **Entre el juicio moral o la crítica: a nadie se le puede hacer pasar por un código moral determinado**

- Hacer un juicio moral o realizar una crítica de la PrEP es una permanente contradicción en la que nos tenemos que mover. Parece claro que a nadie se le puede hacer pasar por un código moral determinado, no obstante el análisis de la PrEP merece ciertas consideraciones:
  - Como el resto de fármacos el carácter capitalista y la industria farmacéutica que lleva detrás. La industria farmacéutica no existe para curar o para prevenir ni mucho menos para promocionar la salud, sino para hacer negocio y tiene poco que ver con el bienestar social. La industria farmacéutica no es una empresa cualquiera, si ya no es el poder número uno lo será junto a la banca y las energéticas. Nos han metido en un modelo medicalizado y todo el mundo acaba entrando en esas dinámicas.
  - El público gay se ha convertido en un nicho de mercado brutal para todo tipo de medicamentos, las industrias farmacéuticas saben que es un público con unas características especiales al que le gusta unas determinadas prácticas, que tiene una cultura sexual determinada y ha hecho lo que sabe hacer investigar para los intereses de un público gay, blanco y occidental en vez de investigar sobre la lepra que no le interesa a nadie.
  - La imagen hipersexualizadora que fomenta de lo gay este modelo y de la obligación que hay para el disfrute sexual en general. El sexo es un con-

sumo más a conseguir a toda costa. Fomento de una sexualidad despojada de todo afecto, ternura, cariño,...algo que está bien para quien quiera pero que no es lo que todo el mundo busca.

---

### **La PrEP y la prevención del VIH-Sida**

- La PrEP y los nuevos medicamentos retrovirales han cambiado el trabajo de prevención VIH tal y como se venía conociendo hasta ahora.
- ¿Por qué no se potencia el preservativo en vez de pensar que hay que tomar una medicación para tener sexo y no contagiarse? Es la pregunta más recurrente pero habría que pararse a pensar lo que significa para esa persona el tener relaciones con o sin preservativo. Hay muchos aspectos que se escapan y centrarse solo en el preservativo, provoca que se obvie la complejidad del fenómeno y que no se tenga en cuenta la diversidad de sexualidades.
- Sobre la prevención sería interesante ajustarla más, conocer el fenómeno a dedillo para hacerla y saber que teclas tocar para sensibilizar a alguien para que se ponga ese preservativo. Hay casos en los que no es factible promover el preservativo y si la PrEP y otros casos en los que será factible potenciar el uso del preservativo.
- Si es una cuestión de salud pública el estado de bienestar tendría que decidir pagar el preservativo y regalarlos en la farmacia. Es verdad que se han regalado millones de preservativos durante mucho tiempo pero ahora eso prácticamente ha desaparecido y puede que esto no sea algo casual: desaparece el preservativo gratis y van apareciendo la PrEP.
- Hay que entender que la gente quiera la pastilla en vez del condón. Seguimos teniendo una idea muy romántica de lo que es la solución preventiva cuando las cosas han cambiado. Desde la perspectiva de reducir daños posibles es interesante tomarla cuando el uso del condón no es factible, y no es en muchas ocasiones.
- La escasez de espacios de socialización que tiene el colectivo LGTBIQ+. El contexto de las APP y sus urgencias es prácticamente lo único que creen las personas que hay para conocer a otras con los mismos deseos. En este contexto usar la PrEP es lo más fácil y menos complicado.

## LA VICTIMIZACION DE LAS PERSONAS LGTBIQ+

Numerosos estudios que en la actualidad existen sobre el colectivo LGTBIQ+ (algunos se pueden encontrar entre las lecturas realizadas) ayudan a visibilizar las consecuencias netas de la (cis) heteronorma en las personas, pero a costa de victimizar en exceso la realidad LGTBIQ+.

De esta idea parten las reflexiones de este apartado.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Villén Jimenez A., Fraile Pascua I., Sanchez Mariscal D. (AMF 2022) Atención a la diversidad sexual (I). Atención a mujeres que tienen sexo con mujeres.
- Villén Jimenez A., Fraile Pascua I., Sanchez Mariscal D. (AMF 2022) Atención a la diversidad sexual (II). Hombres que tienen sexo con hombres
- Laura Yustas en el Saltodiario (2022): Feminismos a la deriva en la cultura terapéutica
- Daniele Paletta (2021): El Informe Anual 2021 de ILGA Mundo
- FELGTBI+ (2022): FELGTBI+ pide seriedad y que no se vincule al colectivo LGTBI+ con la viruela del mono
- Christian Ponferrada en Público (2021): Los jóvenes LGTBI, desamparados por la sanidad pública ante el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental



### La (cis)heteronormatividad y sus violencias: responder al exceso de victimización

- Es complicado ponerse bajo la bandera del victimismo. No es deseable que a las personas LGTBIQ+ se le asigne la etiqueta de víctima y la misma se convierta en parte esencial de su identidad. Pe., lees determinados artículos y parece que ser joven LGTBIQ+ es igual a siempre ser víctima y es a lo que hay que negarse, a asumir eso siempre.
- Hay que resaltar que poner la etiqueta de víctima al colectivo LGTBIQ+ es peligroso. La victimización quita agencia a las personas, capacidad de elección, les quita recursos para crear herramientas con las que poder hacer frente a las violencias (cis)heteronormativas. Es importante no negar la agencia que tienen las personas LGTBIQ+ para organizar la rabia y la lucha.
- Con el exceso de victimización lo que le llega a una población acrítica es el terror de que sus criaturas sean LGTBIQ+ porque van a sufrir muchísimo y es lo único que le espera.
- La sociedad a través de esta mirada victimizante asume que son violencias que sufren las personas LGTBIQ+ (los afectados y pobrecitos). Ser LGT-

BIQ+ es sufrir por el hecho de serlo no como consecuencia de estructuras (cis)heteronormativas y sus consecuencias.

### Estigmatizar al estigmatizado: la victimización de las personas LGTBIQ+

- A menudo las investigaciones sobre la realidad LGTBIQ+ presentan el riesgo de que al verter excesivo victimismo sobre ésta, el resultado sea *estigmatizar al estigmatizado*, es decir centrar la atención sobre el territorio hostil y de lo mal que se lo pasan en su vida cotidiana, identificándolas como víctimas única y exclusivamente donde aspectos positivos no tienen cabida.
- De forma frecuente en estas investigaciones se utiliza la forma de “*respecto a ...son más*” “*sufren más...*”. Resulta conflictivo referirse únicamente a sectores específicos, como el LGTBIQ+, para señalarlos como que son los que, respecto a otros, tienen más problemas en stress, ansiedad, de alimentación, etc., porque si nos referimos a otros muchos sectores como las clases empobrecidas, o las personas mayores,... se encontrarían también esas diferencias a la hora de “padecer problemas de salud mental con respecto a otros sectores sociales”.

- El tema es que no se trata de una competición de opresiones sobre quien sufre más. Sobre todo en un contexto social y económico donde cada vez más gente toma ansiolíticos y antidepresivos porque *no hay quien aguante*. En un momento social y económico cada vez más difícil y precario para mucha gente, que a su vez también tiene mucho sufrimiento mental, pudiera ser un problema presentarse como “yo sufro más que tú...” o “mi sufrimiento es más insoportable que el tuyo”, o “mayor que el tuyo”.
- Casi se convierte en un tópico o en un lugar común decir que las personas LGTBQ+ respecto a las que no son LGTBQ+ tienen mayores riesgos de padecer problemas de salud mental. Pero por muy tópico que sea, una realidad es que las personas LGTBQ+ son una población vulnerable y que son víctimas de las estructuras (cis)heteropatriarcales y sus violencias.
- Lo problemático sería negar que las violencias (cis) heteronormativas provocan víctimas. En algún momento de sus vidas las personas LGTBQ+ sufren violencias por el hecho de serlo, no hay que estigmatizar pero tampoco negar que se es víctima de violencias varias. Los impactos pueden ser mayores o menores pero es innegable que las personas LGTBQ+ viven una situación de violencia en una sociedad (cis)heteronormativa. Y esto provoca muchísimo más trastorno mental, entendiendo por ello los malestares por estos temas. Todas las personas LGTBQ+ en esta sociedad (cis)heteronormativa tiene algún sufrimiento emocional ligado a las violencias que provoca la misma.

## EL CHEMSEX

Se denomina *chemsex* al consumo de sustancias de perfil estimulante asociadas a la práctica de sexo. Está muy vinculado a la cultura sexual gay.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- FELGTBI+ (2022): FELGTBI+ pide seriedad y que no se vincule al colectivo LGTBI+ con la viruela del mono
- Percy Fernández-Dávila (2016) “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España



### El Chemsex: juicios de valor e ignorancias.

- Es muy difícil acercarse a esta realidad sin realizar juicios de valor sobre las personas que realizan chemsex.
- Los juicios de valor que se aplican sobre esta práctica están relacionados con la ignorancia sobre la misma. Quienes están en el territorio asistencial tienen que reconocer su conocimiento limitado y el aprendizaje que se hace cuando atienden a personas que hacen chemsex: habría que crear un clima de confianza suficiente como para que esa persona cuente lo que pasa, qué es eso del chemsex, qué prácticas lleva asociada, en qué contexto, qué presiones de grupo tienen, qué buscan, por qué necesitan hacer eso, qué objetivos tienen,...porque si no, no se puede entender a esa persona o establecer un diálogo con ella, hacer buenas devoluciones y saber qué gravedad puede haber en el conflicto que presenta en la consulta.

### Salud y chemsex: una cuestión de elección.

- Las condiciones de vida que tenemos las persona llevan, frecuentemente, a descuidar la salud, no son solamente las políticas sanitarias que deciden este gasto u otro las que determinan la salud.
- Desde las lógicas de sanidad se tiende a pensar que la salud es lo más importante, y es por lo que constantemente se atiende a personas para las cuales su prioridad no es la salud. Desde el punto de vista sanitario muchas recomendaciones de prevención te recomiendan usar el latex en ciertas prácticas sexuales, pero no hay que perder la perspectiva e

ignorar las condiciones sociales o económicas en las que se hallan las personas, por lo que resulta infructuoso elaborar prácticas preventivas que no se pueden seguir por muy razonables que sean desde la lógica de la salud.

- Hay personas que asumen el riesgo que realizando ciertas prácticas sexuales, como el chemsex, pueden contraer ciertas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y saben lo que son. Esto no significa que no haya que hacer campañas de salud pública para reducir las ITS, pero hay que entender el que una persona decida tomar la PrEP para no contraer VIH asumiendo que es un riesgo asumible el contraer otras ITS fácilmente vencibles con la penicilina.
- Frente a la cuestión anterior se plantea: ¿Hasta qué punto no cuidar la salud es una elección? ¿En base a que nos puede dar igual la salud?. Entra la duda sobre esta capacidad de elección acerca de la salud. Habría que hacer distinciones entre sectores sociales y sus posibilidades a la hora de construir sus vidas de una manera económica y socialmente digna, una cuestión que está detrás de muchas decisiones que adoptamos respecto a nuestra salud.
- Aún todo, el sistema sanitario tiene que procurar los cuidados independientemente de las decisiones que se toman sobre la salud.



## TRANSICIONES

Más allá del concepto de tránsito que se ha construido estos años y que establece un recorrido de hombre a mujer y viceversa, aparecen también itinerarios distintos donde puede que no exista una identificación precisa con unos de los géneros existentes, o que haya personas que se identifican como No Binarias, o que se den experiencias trans que decidan detener la transición, abandonar los tratamientos o nombrarse de nuevo en el género en el que se vivía antes del tránsito.

Hay que ampliar el concepto de tránsito y pensarlo desde otras perspectivas más amplias, más fluidas y más ligadas a las incertidumbres que rodean las experiencias vitales.

Lecturas inspiradoras de las reflexiones:

- Muguruza, J. (2022) Lo trans en la infancia. Algunas preguntas revista GALDE nº 38
- Arango, C. Entrevista periódico El Mundo 8 de octubre de 2022, <https://www.elmundo.es/papel/2022/10/08/634062b8e4d4d89c0c8b45b3.html>
- Noticia de estudio publicado en 'The Lancet', realizado en Holanda, que sugiere que tras una "evaluación diagnóstica exhaustiva" el arrepentimiento tras estas terapias es residual, El País 20 de octubre 2022
- Guideline Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn - Astrid Lindgren Children's Hospital (ALB).
- Elie Vandebussche (2021): Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey Elie Vandebussche Journal of Homosexuality, DOI: 10.1080/00918369.2021.1919479
- Mario Pazos Guerra, Marcelino Gómez Balaguer, Mariana Gomes Porras, Felipe Hurtado Murillo, Eva Solá Izquierdo y Carlos Morillas Ariño (2020): Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España



### La transición trans

- Es positivo que la ruptura con el género asignado al nacer se pueda empezar a dar desde edades tempranas. Desde una mirada psico-social es muy interesante, desde una mirada médica es muy peligroso que la única alternativa de transición que se ofrece a los menores trans sea la médica, es decir la hormonación y la cirugía.
- La medicalización de la experiencia trans perpetúa y refuerza una imagen social de la persona trans basada en la hormonación y la operación y dificulta decisiones personales sobre el propio proceso que se quiere llevar. Esto es un gran hándicap para las personas trans que quieren hacer transiciones diferentes. Las decisiones personales que no se alinean con esta imagen social son muy difíciles de llevar a cabo porque hay un discurso transexualizador hegemónico muy medicalizado que empuja para que la persona trans se hormone y opere.
- En las UIG la transición trans está muy protocolarizada y sus diferentes pasos muy marcados y definidos. En estas áreas de la sanidad las transiciones son lineales y se parte de un sitio para llegar a otro con etapas muy definidas. Con este enfoque tan rígido se vuelven problemáticas las decisiones de las personas trans cuando deciden cambios sobre sus transiciones. La respuesta del sistema sanitario es parar el proceso y no trabajar con la persona esos replanteamientos que está teniendo sobre su propia transición y/o género.
- Se necesitan profesionales que entiendan que en estos procesos las personas pueden cambiar, sobre todo cuando la transición empieza a edades muy tempranas. Profesionales que acompañen el manejo de las presiones sociales sobre los propios deseos y las decisiones personales que se hacen sobre las transformaciones corporales.
- En las transiciones de género hay una parte que tiene que ver con los estereotipos de género impues-

tos y hegemónicos, por eso el modificar el cuerpo es como una grieta para romper los estereotipos de género. Puede haber algo interesante en el hecho de que la gente pierda el miedo a transicionar entre diferentes géneros. A saber, igual es un camino que tenemos para romper con el binarismo y con los estereotipos de género.

---

### **Cuestionando los conceptos de des-transición y arrepentimiento**

- ¿Cómo se le puede llamar arrepentidas a las personas que cambia de opinión sobre la transición que llevan a cabo? ¿cómo se puede interpretar que cambiar de opinión es des-transicionar? ¿no sería seguir transicionando?
  - Cuando aplicas un paradigma de las transiciones diferente al medicalizado, que entienda que estas se dan de un modo flexible, no lineal, diverso y de forma continua en el tiempo, los conceptos de des-transición y arrepentimiento pierden sentido porque se dan en un paradigma de transición lineal, muy limitado, escueto, donde se tiene que pasar de acá a allá y si no es así ya hay retroceso o arrepentimiento.
  - En este paradigma medicalizado de los arrepentimientos y des-transiciones parece que se le niega a la personas trans su capacidad de seguir pensando sobre su género porque establece que lo tienen tan claro que nunca cambian de parecer, que lo saben de forma innata, que el género no es algo construido sino que les sale de las entrañas, que se vomita. La realidad es que las personas nos pasamos toda la vida transicionando en el género, pensando sobre el género sobre los roles y expectativas que se nos imponen y como las cumplimos, y esto es algo que también les pasa a las personas trans las cuales también tienen que ir construyendo su género.
- 

### **Una cosa no quita la otra. Sobre transiciones medicalizadas y otras opciones:**

- Faltan modelos para hacer una transición a gusto de las personas sin que se les cuestione sus decisiones.
- Como sociedad tenemos que reivindicar transiciones que no sean tan lineales y que tengan en cuenta que con el género se puede dudar, tener incertidumbres constantes, o no tener una identidad muy definida. Trabajar con otros enfoques, porque igual

es mentalmente muy sano dudar del género, no tenerlo tan claro, pensar que la identidad de género hay que construirla a lo largo de la vida.

- Hay gente que no hace transiciones medicalizadas y es feliz, pero hay otras que necesitan eso. Ser trans es muy duro en las sociedades actuales. Y hay que entender que se quieran transiciones medicalizadas. Una cosa no quita la otra.
  - En el punto social en el que estamos hay que mantener las transiciones medicalizadas y a la vez hacer un discurso no medicalizador. Cuestionar la medicalización de las transiciones no es tan útil como que haya a la vez un debate sobre la existencia de otras opciones. El tema es que haya otras opciones, donde aparte de la vía médica se pueda elegir.
- 

### **La disforia de género: los malestares sobre el cuerpo**

- A menudo nos hacemos preguntas sobre nuestro género y nuestro cuerpo. Si se amplía la base de sustentación del concepto “malestares sobre el cuerpo”, igual entran más personas, aparte de las trans, dentro del mismo ya que hay mucha gente que tiene malestar de género, de vacío interno, es una cuestión que se puede etiquetar de muchas maneras. El patriarcado y sus modelos de belleza imperantes, por ejemplo, provoca en las mujeres muchos malestares de género.
- El concepto de *disforia de género* en la formación sobre género puede permitir no solo tener un acercamiento a la población trans, sino a más poblaciones. La *disforia de género* atraviesa no solamente a la población LGTBIQ+, como mujeres y como hombres también atraviesa este concepto, porque hay mandatos de género que hay que cumplir, que chirrían, y que pesan según se vaya variando y haciendo preguntas sobre el género que se vive.
- ¿Habría que hablar de malestares de género más que de disforia de género para que más personas pudieran abordar lo que el género y sus mandatos les está suponiendo en el plano personal?
- Abordar la disforia de género a través de las operaciones y las hormonaciones es limitante porque a menudo este malestar sobre el cuerpo no desaparece cuando se realizan estos tratamientos médicos.

## Sobre los malestares del cuerpo y los sufrimientos que generan en las personas

- La UIG de Cruces que está diseñada para personas transexuales binarias. Una pregunta que se plantea es: ¿Por qué no extender la posibilidad de modificar su cuerpo a todas las personas que por una u otra cuestión sufren malestares con el mismo y esto les origina un sufrimiento nuclear?
- Esta posibilidad ¿no significa banalizar el sufrimiento de las personas transexuales? Se puede entender que aspectos físicos corporales generen un sufrimiento terrible en muchas personas, pero no están en el mismo lugar que el de las personas trans porque ese sufrimiento no tiene las mismas consecuencias sociales que tiene el sufrimiento que genera vivir con un cuerpo físico diferente al estereotipo de género. Hay que considerar el sufrimiento de una persona a la que le cuesta horrores ser leída como ella quiere. No es igual al de la mujer que siente que tiene que tener una talla X para poder encajar en un modelo de belleza.
- La cuestión es que si ponemos todos los deseos en el mismo lugar ¿por qué el deseo de una mujer que quiere reducirse el pecho con indicaciones médicas supone banalizar el deseo de una persona transexual que se quiere masmectomizar o ponerse pechos?
- ¿Cómo se objetiva la subjetividad? Eso es muy complejo y nos crea contradicciones. ¿Cómo valorar el sufrimiento? Hay gente que sin ser trans sufre mucho por cuestiones físicas que no se adaptan a la normativa social o a los cánones de belleza. ¿Hay una diferencia cualitativa? ¿o cuantitativa? ¿son los mismos sufrimientos pero con intensidades diferentes?
- A menudo esencializamos las realidades LGBTQ+, esencializamos la necesidad de las personas trans de hormonarse y operarse, y como contrapartida esencializamos el sufrimiento sobre sus cuerpos como algo consustancial a las personas trans. Si no queremos que lo trans se siga viendo como una patología de alguna manera el sufrimiento que tienen sobre su cuerpo se tendría que acercar al sufrimiento que sobre su cuerpo tienen personas no trans, lo uno no tendría por qué desmerecer lo otro, no se está diciendo, *ustedes personas transexuales no se operen, no se hormonan*, sino que se dice hay más personas con profundos malestares de cuerpo motivados por los modelos y estereotipos sociales e igual precisarían, también, intervenciones en Osakidetza.
- Los planteamientos feministas podrían servir como ejemplo para articular otro discurso sobre una transexualidad no medicalizada, ya que tradicionalmente ha planteado una perspectiva diferente a los malestares del cuerpo que sufren las mujeres basados en un modelo de belleza hegemónicos. A las mujeres que no les gusta su cuerpo les dice que hay muchas formas corporales, que los modelos de belleza hegemónicos son mentira, que las mujeres son muy diversas, que los patrones normativos nos obligan, que trabajen más su autoestima, las frustraciones sobre sus cuerpos, que amplíen esquemas mentales, que se quieran, etc.
- El feminismo no ha defendido una vía medicalizada para las mujeres con malestares de cuerpo y por lo general ha defendido otras formas de enfrentarse a estos malestares intentando que las mujeres se construyan a sí mismas de otras formas promoviendo modelos de belleza menos hegemónicos.

---

## La autodeterminación de género (AG)

- En la futura ley trans y LGTBI la autodeterminación de género será un mecanismo legal que dote a las personas de plena decisión sobre su género fuera de diagnósticos psiquiátricos externos.
- La AG, ¿nos va a permitir seguir creyendo en conceptos como disforia de género? ¿habría que replantearse? ¿tiene sentido seguir hablando de disforia de género como el elemento que define las vidas trans cuando ponemos en marcha la autodeterminación de género?
- El término es estupendo pero habrá que ver qué tipo de consenso explicativo tiene. Falta mucho para entender que es esto de la AG.
- Un problema es que se estructure dentro de un enfoque binarista y super medicalizado de lo trans. Este concepto tendría que servir para ayudar a fomentar procesos de transición en donde las personas trans no se sientan tan obligadas a hormonarse u operarse. Tendría que ayudar a emancipar a las personas trans de un modelo médico.
- La AG tendría que ayudar a despatologizar realmente la realidad trans, sin embargo no está siendo así ya que la patologización de lo trans tiene dos aspectos, uno el diagnóstico psiquiátrico y otro la medicalización. La lucha por la despatologización de lo trans ha puesto el acento en el diagnóstico psiquiátrico y se ha entrado muy poco en la medi-

calización con la que se intenta abordar la llamada disforia de género o malestares de cuerpo.

- Se diferencia entre la AG y los tratamientos hormonales y quirúrgicos. La AG para el profesional sanitario no tendría que suponer ningún conflicto. Si la persona menciona preferir un pronombre determinado no tendría que suponer un problema ya que es una cuestión de respeto. Los tratamientos de cirugías de género no tienen nada que ver con la AG. Se habla de otra cosa.

---

### La AG y el diagnóstico médico

- A nivel sanitario la AG significa que se puede acceder a los tratamientos hormonales u operaciones quirúrgicas sin diagnósticos. Esta cuestión en un sistema sanitario que parte del diagnóstico para prescribir es complicada y está relacionada con el miedo a perder control sobre las atribuciones del paciente que a problemas de salud en sí. No se tiene en cuenta de que las personas trans cuando llegan a plantearse las modificaciones de su cuerpo lo tienen muy pensado, muy madurado y muy decidido. Nadie que hace estos procesos los hace porque sí, sin necesitarlo. Con lo que hay que descartar el miedo a que de repente la AG vaya a abrir una veda y de que todo el mundo vaya a empezar a cambiar de un género a otro de un modo desenfrenado.
- El diagnóstico sirve en realidad para que la administración se quede más tranquila. El diagnóstico no deja de ser pura burocracia, hay que recordar que antes cualquier persona podía fingir su género delante del psiquiatra para conseguir hormonas y operaciones. Habría que entender la AG como un facilitador que elimina las barreras que la persona trans que quiere tratamientos ya ha tenido previamente a lo largo de sus vidas para auto determinarse como trans. El sistema sanitario público no puede poner más barreras adicionales a las personas trans cuando ésta quiere intervenciones sobre el cuerpo.
- No haría falta el diagnóstico pero si un acompañamiento psico-social informado que acompañe a la persona desde el inicio del proceso. Habría que tener un protocolo suficientemente depurado para eliminar el tema del diagnóstico y hacer una atención médica adecuada, desde ese punto de vista y desde el punto de vista de la persona que lo demanda. La AG puede facilitar inclusive el que se relajen o desaparezcan esos malestares de género y

que no se necesite ese diagnóstico de disforia de género para hacer una intervención médica.

- Prescindir del diagnóstico es difícil. A muchas profesionales de sanidad les crea mucha contradicción el tema de tratamientos crónicos y operaciones sin diagnóstico. Además, habría que preguntarse *¿qué es lo que pasa con el ámbito LGTBIQ+ en donde se puede realizar tratamientos sin diagnósticos que es algo que no pasa con otros colectivos o en todas las personas?* No todas las personas podemos ir a sanidad a que se nos realice aquello que pedimos si no hay un diagnóstico previo.
- Hay que dejar de hacer una medicina paternalista, dejar de ser dioses y acompañar y respetar, no enjuiciar y abrirse a aprender un poco de todo. La primaria en si no es la biomedicina sino mirar a las personas, escucharlas,...es lo que se echa de menos y entristece que cada día seamos mas biomedicina. ¿Hay que relativizar el diagnóstico médico? los médicos son educados y socializados en ser dioses, tener el poder absoluto, los poseedores de la salud de los pacientes y los administradores de los recursos de salud para los pacientes. A un médico es muy difícil controlarle que es lo que hace, las auditorías que se les hacen generan mucho malestar y no gustan, no gusta el control. El hecho de que una persona diga quiero este tratamiento supone ceder un poco de ese poder que es la prescripción facultativa a esa persona de la que estamos pensando que no sabe, en eso habría que dejar de tener esa actitud.

---

### La importancia de la sexualidad en las transiciones

- Hay mucha gente que piensa que el fin de una persona trans es la operación genital, pero la realidad es que hay mucha diversidad en lo que son los procesos de transición y las personas adoptan diferentes actitudes frente a estos procesos.
- Las operaciones que se realizan las personas trans comprometen su sexualidad, su capacidad de orgasmos, y lo lógico es que haya personas trans que se resistan a las operaciones porque no quieren perder la capacidad para el placer sexual.
- En sanidad la sexualidad está muy invisibilizada y no se tiene en cuenta tanto en los procesos de transición para personas trans como en la atención ginecológica donde muchas mujeres ven como su ciclo hormonal cada vez está más medicalizado

(p.e.: los implantes anticonceptivos que provocan la disminución de la lívido)

- Es interesante no confundir la búsqueda de la identidad de género con la búsqueda del deseo sexual. En un principio puede que lo que se busque sea la identidad pero una vez conseguida la misma, la erótica empieza a tener su espacio. No podemos olvidar que las personas pasamos por etapas vitales, y estas son muy diferentes, y las necesidades que las personas tenemos en estas etapas son diferentes y hay que atenderlas, sobre todo la conexión con el placer y con la satisfacción sexual, la gran olvidada en estos procesos de transición. La sociedad solo lee la parte de la identidad de género y lo que esta presuntamente exige, un cuerpo acorde con el género, algo que dinamita la capacidad de placer sexual. Las personas trans, como todas, evolucionan vitalmente y se encuentran con su erótica, su sexualidad y descubren, más allá de tener su identidad de género, su cuerpo y los placeres que le puede provocar, y piensan que pueden integrar su cuerpo y sus particularidades en sus relaciones de vida.
- Hay que recordar que la sexualidad existe desde la infancia, cuestión que habría que tener en cuenta en los procesos de transición que se inician a edades tempranas. El género no tendría que ocupar tanto espacio que no de lugar a la sexualidad.

---

### **El no binarismo y la revolución del género en adolescentes**

- La cantidad de adolescentes trans que hay en la actualidad no es una cuestión de moda. Hay que contextualizar y no hacer exclusivamente análisis clínicos de lo que está pasando. Lo que está ocurriendo podría ser el desarrollo lógico de los debates que estos años la sociedad (o parte de ella) ha tenido sobre lo trans y el género.
- Lo no binario (NB) se presenta, también, como un relato sobre la diversidad de género menos patologizante que el relato transexual. El contexto social posibilita que cada vez haya más personas que se expresan como quieren con su género una cuestión que el binarismo históricamente ha silenciado.
- Lejos de ser una moda puede reflejar una lucidez y una ruptura de esquemas de género por parte de menores y adolescentes al que no se puede responder con protocolos binaristas que se ponen en marcha en sanidad y en educación. Lo NB tiene mu-

cho que ver con que no te imponga lo que tienes que sentir, como te tienes que expresar o presentar.

- Las personas NB parecen tener muy claro lo que es su cuerpo, el cual no quieren anular o trascender. Expresan de forma muy clara que no quieren que se les encajone en géneros muy estereotipados. Les resultan difíciles los estereotipos masculino o femenino, no quieren los roles masculinos o femeninos, ni las expectativas asociadas a los mismos.

---

### **El modelo de transición médico aplicado a menores y adolescentes trans**

- El protocolo médico actual exige una definición clara y precisa del menor o adolescente. No vale *el no sé que soy, solo sé que no soy lo que me dicen que tengo que ser*. Este protocolo se basa en ideas como que a los dos años la criatura ya sabe lo que es, hombre o mujer, y así lo formula. Un protocolo que exige actuar rapidísimamente y no solo en el plano de la transición social también en la química (con los bloqueadores de hormonas y la hormonación cruzada) para que la criatura no desarrolle en la adolescencia lo que se supone unas características sexuales secundarias que de entrada se supone que va a odiar.
- Es un modelo médico que se crea para personas transexuales adultas y que luego se exporta a los menores y adolescentes. Cuando se decide dar bloqueadores hormonales es porque se está pensando en una trayectoria médica que luego va a la hormonación cruzada y más tarde a la operación con hormonas de forma crónica para toda la vida. Desde un punto de vista psicológico es un modelo médico que implica una trayectoria en la que se ven metidos unos menores que no han hecho la menor reflexión sobre el significado a largo plazo del tema, sobre su sexualidad, si va a querer tener criaturas o no, etc. y sigue sin haber mucha investigación sobre los efectos a largo plazo de los bloqueadores hormonales.
- Las intervenciones médicas no pueden ser para llevar a la persona a una situación peor, hay que experimentar con todo lo que se ha avanzado en medicina pero a la vez la medicina tiene que experimentar con un criterio: ¿Se puede hormonar a un niño de seis años? ¿cómo se va a controlar ese proceso para poder precisar que en un momento dado eso no se haga irreversible? ¿Cómo se va a saber eso? ¿En qué saberes nos basamos para tomar esas decisiones?

- La existencia del protocolo actual de intervención rápida a todos los niveles (médico, social, legal, educativo) da mucha seguridad a padres y madres, a las escuelas y a los políticos. Aunque no deja de ser un modelo muy contradictorio en lo que es la parte médica porque muchos padres acceden a ello no solo con la idea de que es lo mejor que pueden hacer con su criatura trans sino con la angustia subyacente de que si no dan bloqueadores u hormonas a sus hijos estos tienen muchas probabilidades de suicidarse en la adolescencia si se ven con un cuerpo que no quieren. De hecho se repite a menudo la idea de “hay que llegar a tiempo”.
- El modelo médico actual está empezando a cuestionarse por profesionales de medicina que ven en directo lo que está pasando y que están empezando a pensar que igual se precisarían otras formas de actuar. P.e., un modelo de acompañamiento psico-social que requiera más tiempo, más reflexión, de medio y largo plazo, donde se trabaje la incertidumbre del menor y adolescente. Un modelo donde se diseñen procesos más relajados, que den tiempo a que la criatura pueda ir definiendo con sus propios criterios el género, como se quiere expresar, lo que siente, su sexualidad, etc.
- Un modelo psico-social que es mucho más exigente y requiere trabajar con padres y con el profesorado. Además también necesita una sociedad muy preparada que admita esos tiempos más pausados para abordar este tema. Es un modelo que trabaja la incertidumbre y la indefinición, algo muy complicado en estos tiempos donde se entienden mejor esquemas binarios y las definiciones claras y precisas.
- Puede que el modelo actual acierte y de que sea verdad que no haya tiempo, que sea real que para ciertos adolescentes y familias sea muy angustiante vivir durante ciertos años con un cuerpo determinado, mientras haces un acompañamiento psico-social pausado, pensado, etc.. Pedir tiempo cuando sientes que no lo hay es angustiante. El suicidio de adolescentes trans es una realidad y exigirle a una persona de seis años que sea trans o NB, que no se preocupe, que no pasa nada, puede ser irreal y duro para el menor y adolescente. En estas condiciones puede que esperar sea lo acertado pero ¿cómo hacer esta espera? Esperar a tomar decisiones irrevocables no significa no hacer nada o *dejarlo todo a la mano de Dios*. Se habla de la necesidad de desarrollar otro modelo, otro estilo de acompañamiento. Desarrollar un modelo que junto al que existe en la actualidad también se pueda elegir.
- El tema no es si el modelo médico actual que se está implementando tiene que desaparecer, igual no. Que madres y padres que quieran hormonar y operar a sus criaturas tengan esa posibilidad pero que tomen estas decisiones sabiendo que existe un modelo de acompañamiento psico-social que también puede funcionar con cierta seguridad. De haberlo, es un modelo que tomarían muchas madres y padres, porque la paradoja es que no todos los padres y todas las madres que toman decisiones sobre las hormonaciones y operaciones de sus criaturas las tomarían si tuvieran otras formas de proceder que se ofreciera con el mismo crédito y fortaleza que el modelo existente en la actualidad.
- El actual es un modelo que no es perfecto y la pregunta es por qué no se hace caso a las personas muchas de ellas profesionales de la salud, que abogan por otras formas de abordar esta realidad. Además quienes podrían pensar con otro enfoque, la psiquiatría o la psicología, ha perdido importancia en ese enfoque médico porque ni siquiera les han preguntado en la creación del modelo actual.

## PARA EL EJERCICIO DE BUENAS PRÁCTICAS

Las buenas prácticas llevan a considerar medidas para el tratamiento de la DSG en el ámbito sanitario. Acciones que pueden ser replicadas y que pueden conducir a considerar y hacer más empáticas y positivas actitudes, conductas y lenguaje que se ponen en funcionamiento con las personas LGTBIQ+ que se acercan al centro médico.



### Cambiar el paradigma a través del cual ejercemos

- En la actualidad no hay alternativa frente al discurso bio-médico que cuenta a las personas que con la medicalización van a ser resueltos sus dilemas que tienen con la sexualidad o el género. Como profesionales de la sanidad no se tiene una opción que valga al mismo nivel que la bio-medicalizada.
  - Sería entonces obligatorio cuestionar el paradigma bio-médico con el que se trabaja en sanidad para dejar de criminalizar a las personas por sus actos o por lo que deciden y para no crear nuevas normativas de comportamiento. Este cuestionamiento no significa que las personas que eligen una vía bio-médica para sus conflictos tengan que ser cuestionadas: por ejemplo, habría que seguir aceptando personas trans que se quiera operar sin ponerlas en cuestión.
  - Tener en cuenta que socialmente todo confluye y es lo que lleva a las personas LGTBIQ+ hacia esos malestares personales que cristalizan en todo tipo de sufrimientos psíquicos. Así se tendría que analizar los ejes de desigualdad sociales y económicos que llevan a las personas a tomar decisiones sobre su salud.
  - Considerar que no hay una cultura social trabajada sobre otro tipo de paradigma que no se el bio-médico. Otro tipo de enfoques sanitarios no tienen de entrada la misma intensidad o envergadura o pueden ofrecer el mismo bienestar inmediato que el que ofrece el paradigma actual cuestionado. Este es el dilema: *Se rompe el sistema pero todo está creado para vivir dentro del sistema. Me cuestionas esto y me quitas esta solución mágica que creo que me va a servir y ¿qué me das a cambio?* Es imposible hacer un contrapeso, la gente dice *dame medicamentos que acabamos mucho antes.*
- En relación a las personas trans cambiar el paradigma del sufrimiento/odio por el de quiero mi cuerpo y porque lo quiero lo modifico. Intentar que la base de la toma de decisiones sobre las modificaciones del cuerpo no sean el odio o el puro sufrimiento. Generalmente les llega el mensaje de que tienen que odiar su cuerpo para merecer o ganarse una modificación del mismo. Puede que no haya que odiar el cuerpo para hormonarse u operarse.

### Poner recursos humanos y materiales

- Para que otras opciones alternativas al modelo bio-médico se desarrollen se necesitan recursos materiales y humanos. Solo de esta manera se lograra que las mismas logren cierta relevancia frente al discurso hegemónico.

### Hacer ejercicio empático con las personas

- Empatizando con las motivaciones por las que las personas deciden la vía médica: la PrEP, la hormonación, reasignaciones de género, etc.
- Si se quiere modificar cualquier hábito de salud no es solo dar conocimiento sino también conectar con las personas en sus estilos y condiciones de vida y modos de pensar. Las decisiones se toman desde lo emocional y luego se racionalizan, pocas veces se decide con la razón pura y dura sino a menudo con las emociones y si se está en una situación vital permanentemente agobiada, ¿desde dónde se decide?

### Fomentar lo comunitario y las redes sociales

- Las sociedades que tienen mejor salud cardiovascular (y puede que mejor salud a nivel general) son aquellas que tienen un estilo de funcionamiento más comunitario, disponen de mas redes sociales

que las unen, hay más apoyo mutuo y son sociedades menos individualistas. Esto lleva a la necesidad de reforzar las redes sociales y la agencia de las personas en este sentido.

Para ello habría que tener en cuenta:

- Realizar campañas de salud que tengan en cuenta a poblaciones con niveles educativos bajos. En estas campañas solo se tiene en cuenta a poblaciones con ciertos niveles académicos, blanca y occidental.
- Desculpabilizar: Siempre hay un nivel de responsabilidad en las decisiones que se adoptan, pero cuando a las personas se les explica que hay razones externas que hacen que en un momento dado les cueste tomar decisiones eso les permite desculpabilizarse, asumir más responsabilidad sobre sus vidas y actuar de forma más acorde a su salud. Las personas cuando están bien quieren seguir estando bien y no hacer cosas que les hagan daño.
- Hay que trabajar el estigma que hace sentir tanta culpabilidad. Explicar las consecuencias del estigma libera a la gente de algo tan inútil como la culpabilidad y les permite plantearse otras opciones y salir del bucle de *“yo como soy tóxico, malo, raro etc. si soy así, entonces para que voy yo a salir de eso ya esforzarme”*.

---

### **Invertir en educación para la salud en la DSG**

- Hacer intervención en determinados espacios sociales requiere invertir dinero. Hay que invertir en educación y muchas más cuando se planea para colectivos sociales tradicionalmente desfavorecidos. No se hace educación. Para hacer educación para la salud hay que tener personal sanitario bien formado y con conocimiento en prevención y más conocimientos en temas diversos.
- La formación tendría que darse:
  - De forma continuada, para reciclarse y ajustarse a los debates y posiciones sociales cambiantes.
  - De forma diversa y plural, contemplando los diversos enfoques que hay sobre las realidades LGTBIQ+.
- Se ve la importancia de profesionales con formación en la perspectiva de género amplia, es decir,

que cuestione el patriarcado en sentido amplio: la desigualdad mujer/hombre, el género binario, lo cis/trans, en definitiva que cuestione el género normativo.

- La sensibilización y formación del personal sanitario es importante porque salva muchas situaciones cuando se atiende pacientes LGTBIQ+. Al respecto se ve:
  - La disociación entre manejar aspectos teóricos que consideran la DSG y ponerlos en práctica.
  - La importancia de trabajar actitudes más que aspectos concretos relativos a cómo funcionan servicios directamente relacionados con la atención en salud LGTBIQ+ (p.e. UIG de Cruces).

---

### **Fomento de la visibilidad LGTBIQ+**

- ¿Por qué no se pregunta sobre estos aspectos desde APS?. Parece importante saber la orientación y el género para abordar estos temas. Esta cuestión se relaciona con las limitaciones que parece que aún persisten entre profesionales de la sanidad, limitaciones que tienen que ver con la ignorancia: *si hago preguntas me puedo meter en un lío y la que tengo enfrente me sigue preguntando e igual acabo demostrando mi ignorancia respecto a esos territorios sobre la identidad de género y una forma de no meterse en líos es no preguntar*. La consecuencia de esta actitud es que se acaba por no apoyar a las personas que se atienden. No es una cuestión de pudor, razón que ha prevalecido durante tiempo, sino de ignorancia.
- No preguntar por estas cosas beneficia la invisibilidad LGTBIQ+ y el mantenimiento de un sistema heteropatriarcal en el que se está muy a gusto y que no se quiere remover. Habría que dejar de decir que es por falta de formación y asumir responsabilidades. Y hay una responsabilidad individual de conocer otras realidades. Igual ni hace falta formaciones previas, simplemente con escuchar, tener empatía, interés por la otra persona, sentido común, aprender de las personas sin esperar formaciones regladas, tener buena disposición, buena actitud, simplemente decirse *no tengo ni idea y me callo y escucho*, darse cuenta de que lo que vas a decir es un prejuicio. A menudo no es cuestión de formación solo querer romper los prejuicios que se tienen.





## **PARA ENTENDERSE: pequeño glosario**

**APS:** Atención Primaria en Salud

**(Cis) Heteronormatividad:** Enfoque ideológico que hace referencia a un conjunto de relaciones de poder por medio del cual la sexualidad y el género se normalizan y se reglamentan en nuestra cultura. No sólo implica un prejuicio contra la homosexualidad, incluye también cuestiones de raza, clase o prácticas sexuales. De este modo las relaciones heterosexuales idealizadas (en pareja, por amor, con hijos/as,...) se institucionalizan, permeando las estructuras sociales, legales, culturales y económicas a través de las cuales se excluye, discrimina y penaliza a las personas con sexualidades o géneros no normativos

**DDHH:** Derechos Humanos

**DSG:** Diversidad sexual y de Género

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

**NB:** No binario. Ser una persona no binaria implica no identificarse plena y satisfactoriamente, de forma consistente y estable en el tiempo con ser hombre o con ser mujer. Implica también no identificarse con ninguna de las expectativas u obligaciones sociales que los géneros hombre o mujer asignan.

**UIG:** Unida de Identidad de Género.

**TRANS:** Término paraguas utilizado para referirse a las personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su género asignado al nacer.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual

## DOCUMENTOS MANEJADOS POR EL EQUIPO PARA INSPIRAR LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE

Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

Sección 4a. Medidas en el ámbito de la salud.

LEY FORAL 8/2017, DE 19 DE JUNIO, PARA LA IGUALDAD SOCIAL DE LAS PERSONAS LGTBI+

CAPÍTULO III. Medidas en el ámbito de la salud

Proposición de Ley de segunda modificación de la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.

Guideline Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn - Astrid Lindgren Children's Hospital (ALB).

Elie Vandenbussche (2021): Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey Elie Vandenbussche Journal of Homosexuality, DOI: 10.1080/00918369.2021.1919479

Mario Pazos Guerra, Marcelino Gómez Balaguer, Mariana Gomes Porras, Felipe Hurtado Murillo, Eva Solá Izquierdo y Carlos Morillas Ariño (2020): Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España

Villén Jimenez A., Fraile Pascua I., Sanchez Mariscal D. (AMF 2022) Atención a la diversidad sexual (I). Atención a mujeres que tienen sexo con mujeres.

Villén Jimenez A., Fraile Pascua I., Sanchez Mariscal D. (AMF 2022) Atención a la diversidad sexual (II). Hombres que tienen sexo con hombres

Laura Yustas en el Saltodiario (2022): Feminismos a la deriva en la cultura terapéutica

Daniele Paletta (2021): El Informe Anual 2021 de ILGA Mundo

FELGTBI+ (2022): FELGTBI+ pide seriedad y que no se vincule al colectivo LGTBI+ con la viruela del mono

Christian Ponferrada en Público (2021): Los jóvenes LGTBI, desamparados por la sanidad pública ante el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental

Pikara Magazine (2016): La salud de la mujer

- Creación Positiva en Pikara Magazine (2020): Reflexiones sobre los derechos de las mujeres, salud, Covid-19 y crisis
- Agencia SINC en Pikara Magazine (2020) “La ansiedad de las mujeres no se soluciona con pastillas, sino cambiando sus condiciones de vida”
- Marina Prast en huffingtopost (2022): Así son las terapias de conversión en España: “se genera un ambiente como de caza de brujas”
- Lucie Chiquer, Camille Cottais, Darren Chim Kasanga, Naomi Ouattara & Jeanne Pavard (2020) Las “terapias de conversión” a través del mundo: una tortura aún poco conocida
- Percy Fernández-Dávila (2016) “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España
- Benjamin Ryan (2017): Como la PrEP cumple los cinco años. La píldora de prevención del VIH es un gran éxito
- Orozco Mossi N., Alastrué Loscos I., Situación actual de la Profilaxis PreExposición (PrEP) en España. FML. Vol 24; (2) 7p
- E.A.M. Zioga, J. Arias-de la Torre, E. Patera, B. Borjabad, L. Macorigh y L. Ferrer (2019): El papel de las intervenciones biomédicas en la prevención del VIH: la profilaxis preexposición (PrEP)
- Mithu M. Sanyal (2012), *Vulva. La revelación del sexo invisible*. Editorial Anagrama
- Campos, S. (2022) Las otras espinas en nuestra comunidad LGTBI artículo de Eldiario.es de 5 de octubre de 2022
- Muguruza, J. (2022) Lo trans en la infancia. Algunas preguntas revista GALDE nº 38
- Arango, C. Entrevista periódico El Mundo 8 de octubre de 2022, <https://www.elmundo.es/papel/2022/10/08/634062b8e4d4d89c0c8b45b3.html>
- Noticia de estudio publicado en ‘The Lancet’, realizado en Holanda, que sugiere que tras una “evaluación diagnóstica exhaustiva” el arrepentimiento tras estas terapias es residual, El País 20 de octubre 2022