

Fecha de presentación: 1 de julio de 2017

Diagnóstico Participativo
de las problemáticas que
presentan las personas
TLGBQI en salud sexual,
reproductiva y derecho al
ejercicio de la identidad
en el municipio de Madrid

lo común importa



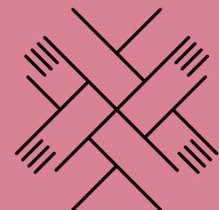
Resultados de la investigación

Investigadora principal:

Sandra Fernández-Garrido

Supervisión del proyecto:

Dr. Oriol Romaní Alfonso



CIUDAD DE
LOS CUIDADOS



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Medical Anthropology Research Center (MARC)

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social (DAFITS)

Facultat de Lletres, Universitat Rovira i Virgili (URV)

Av. de Catalunya - Campus Catalunya 35

43002 Tarragona

<http://www.marc.urv.cat>

Agradecimientos

Este trabajo de investigación ha sido posible gracias a la participación de diferentes personas, grupos, asociaciones, entidades, espacios e instituciones.

En primer lugar, queremos expresar un profundo agradecimiento para todas las personas que se han implicado con este proceso de investigación a través del Grupo Motor y a los grupos, asociaciones y organizaciones que han estado presentes a través de dicha participación. Hacemos llegar también un sincero agradecimiento hacia quienes han aceptado proporcionarnos su visión, sus conocimientos y sus experiencias como informantes en las entrevistas, participantes en grupos de discusión y en talleres. Reflejar toda la riqueza de las aportaciones en este informe es una tarea imposible e inabarcable en el periodo de tiempo en que se desarrolla este estudio, pero deseamos que al menos logre aportar una primera aproximación para afrontar las problemáticas y los obstáculos producidos por la TLGBQI-fobia y una herramienta que devuelva algo a quienes han participado en este estudio.

L*s participantes y l*s asistentes a los espacios de reflexión abiertos “Contrageografías TLGBQI // Madrid” han proporcionado la oportunidad de pensar colectivamente sobre aquellas regiones del colectivo a las que no solemos mirar cuando pensamos en salud, haciendo posible concretar la voluntad de atravesar los procesos de investigación con una perspectiva interseccional que incorpore la participación de los diferentes sectores del colectivo TLGBQI.

El intercambio con el grupo de la Formación en Agentes de Salud Comunitaria TLGBQI, desarrollada por Madrid Salud, ha sido un espacio inspirador de intercambio con activistas TLGBQI y profesionales de la salud. Expresamos nuestro agradecimiento a Juana Ramos Cantó, coordinadora de la formación, y al conjunto del grupo, que han participado también

de las reflexiones y los análisis que aquí se reflejan indirecta y directamente, durante la fase de devolución.

Algunas personas han contribuido al desarrollo de esta investigación con su participación voluntaria en alguna de las fases del proyecto. Tino De Marcos Ortega colaboró durante la etapa de diseño e impulso del proyecto y sin su participación este proyecto no hubiese sido posible. En la fase de trabajo de campo hemos contado con la implicación y el apoyo de Andrés Soler Gómez, Marta Fernández Salgado y Alba Díaz-Gil Castañeda, residentes de enfermería. Los talleres de investigación corporal han sido posibles gracias al trabajo voluntario de la cooperativa Tres Social y, en particular, al esfuerzo personal y profesional de Emma Luque, que ha guiado las sesiones. El desarrollo de la parte cualitativa de esta investigación se ha desarrollado con la colaboración desinteresada de la Asociación Isósceles, de profesionales LGTB de salud pública, a quienes agradecemos su esfuerzo en impulsar esta investigación. A tod*s ell*s dedicamos aquí un enorme agradecimiento por el tiempo, el esfuerzo, la ilusión, las reflexiones y la dedicación aportada a este proyecto.

El espacio del *Colaboratorio Acacias* ha constituido el lugar físico desde el que este proyecto se ha desarrollado. Agradecemos el apoyo y las facilidades a tod*s sus integrantes así como las conversaciones metodológicas mantenidas con entidades al inicio de este estudio que han compartido desinteresadamente, no sólo este espacio, sino también sus saberes sobre procesos participativos, como Altekio o Indaga.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a quienes nos han proporcionado la oportunidad de ir dialogando los diseños y los resultados preliminares en diferentes foros a lo largo de este proceso: l*s profesionales de Madrid Salud, el grupo de investigación Antropología, Diversidad y Convivencia de la Universidad Complutense y sus estudiantes, así como a la profesora Esperanza Roquero y el alumnado del master de <<Metodología de la investigación social: innovaciones y aplicaciones>>, con quienes compartimos el diseño metodológico inicial de este estudio.

El sector profesional que trabaja en el ámbito territorial de la ciudad de Madrid ha participado en una encuesta incluida en este estudio. Agradecemos su tiempo y su valiosa disponibilidad.

Por último, expresamos nuestro agradecimiento hacia Madrid Salud que ha hecho posible este estudio tanto a través de la financiación como del apoyo real al proceso.

ÍNDICE

Capítulo 1

PRESENTACIÓN	10
1.1. Introducción	10
1.2. ¿Por qué un modelo asentado sobre las desigualdades y la identidad?.....	12
1.3. La interseccionalidad en la investigación: contrageografías.....	15
1.4. Elección y significado de las siglas, los términos y los símbolos utilizados	17
1.5. Qué indaga esta investigación: de la salud sexual y reproductiva al modelo de género de la cultura médica y la relación con los servicios de salud.	20
1.6. El contexto social de esta investigación	21

Capítulo 2

EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD EN EL ESCENARIO ACTUAL	28
2.1. Modificaciones legislativas en la Comunidad de Madrid	28
2.2. El diagnóstico participativo en el campo de estudios de salud TLGBQI	31

Capítulo 3

METODOLOGÍA	38
3.1. CÓMO SE HA ELABORADO ESTE PROCESO: LAS FASES	38

3.2. OBJETIVOS, PREGUNTAS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	42
3.3. INTRODUCCIÓN AL DISEÑO METODOLÓGICO	46
3.4. DISEÑO METODOLÓGICO	48
3.5 LIMITACIONES METODOLÓGICAS.....	56

Capítulo 4

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LA POBLACIÓN TRANS DE MADRID: EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA TRANSFOBIA

60

4.1. INTRODUCCIÓN.....	60
4.2. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS TRANS EN EL CONTEXTO MADRILEÑO	62
4.3. PROBLEMÁTICAS ATRAVESADAS POR EL EJE DE LA TRANSFOBIA QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN TRANS.....	69
P1. Obstaculización en la elección de servicios sanitarios según modelo de atención y/o expectativas de trato	70
P2. Prácticas sanitarias iatrogénicas trans-específicas: los efectos de un modelo de atención basado en un paradigma de género en crisis	78
P3. Disminución del esfuerzo terapéutico y preventivo ante diferentes tipos de cánceres	93
P4. Desabastecimiento hormonal	95
P5. Absentismo y dilación: los itinerarios terapéuticos atravesados por las malas experiencias previas	99
P6. Prácticas de Autoasistencia con efectos perjudiciales para la salud.....	101
P7. Dificultades en el acceso a la información de los derechos reproductivos: la congelación de gametos	102
4.4. PERSONAS TRANS, NO BINARIAS Y DIVERSIDAD DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.....	106
4.4.1. Introducción	106
4.4.2. Las “brechas” trans y su impacto en la salud	107
4.4.3. Problemáticas	114
P1. La ausencia de trabajo comunitario: <<Si esto pasa en educación qué no pasará en sanidad>>	114
P2. La falta de referentes como un problema de salud.....	118
P3. Autoestima versus estigmatización: la armarización y su impacto en la salud	118
P4. La patologización de la diversidad de género en la infancia y en la adolescencia	120

P5. El bagaje sanitario negativo: la brecha entre la UIG y los colectivos de familias	121
P6. Falta de sensibilización, formación y estudios	123

Capítulo 5

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES: EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA LESBOFOBIA-----127

5.1. INTRODUCCIÓN: INVISIBILIZACIÓN INSTITUCIONAL Y SOLEDADES NO ESCOGIDAS COMO PROBLEMAS DE SALUD	127
5.2. PERCEPCIÓN DE L*S PROFESIONALES SOBRE LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES	129
5.2.1. Percepción sobre la asistencia de mujeres lesbianas en consulta: “el perfil de paciente”	129
5.2.2. Percepción sobre las causas de la baja asistencia en ginecología.....	131
5.2.3. La interpretación del riesgo y la promiscuidad: ¿bajo riesgo y escasa promiscuidad o bajo reconocimiento?. La paradoja de contar lo que no cuenta. ...	132
5.2.4. El Modelo Anticonceptivo (hegemónico) versus el Modelo de Salud Sexual y Reproductiva (periférico) como modelos de servicio.	138
5.2.5. Filtros a la atención derivados del Modelo Anticonceptivo.....	140
5.3. PROBLEMÁTICAS ATRAVESADAS POR EL EJE DE LA LESBOFOBIA QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN DE MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES	144
P1. Prácticas iatrogénicas en consulta	145
P2. Absentismo y dilación.....	152
P3. Ausencia de información sobre ITS y barreras preventivas: la desinformación selectiva	153
P4. Reducción del esfuerzo terapéutico e incremento del riesgo de retardos diagnósticos.	156
P5. Falta de formación de l*s profesionales	158
P6. Romafobia como barrera a la atención y el acompañamiento de mujeres cis gitanas lesbianas	160
P7. Ausencia de estrategias de aproximación: la falsa asepsia de las paredes blancas versus el éxito de la invitación	162
5.4. ESTRATEGIAS DESARROLLADAS POR LAS MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES----	167
5.4.1. Búsqueda y creación de itinerarios terapéuticos alternativos	167
5.4.2. La adopción de un perfil de paciente “ad-hoc” de la dificultad: el rol de paciente lesbiana visible.....	170

5.4.3. Hacerse pasar por heterosexual: introducirse en el armario	176
5.4.4. Optar por una clínica privada	177
5.5 REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y BARRERAS LESBOFÓBICAS -----	179
5.5.2. La Orden Ministerial 2026/2014: barreras de acceso a las TRA y limitación del concepto de “familia”	180
5.5.3. Los efectos de la Orden Ministerial: bagajes sanitarios y refuerzo de la desconfianza en las instituciones en materia de derechos TLGBQI	180
5.5.4. Desigualdades en el acceso a la TRA y en la filiación: obstáculos al reconocimiento de la madre no gestante y obligatoriedad del matrimonio	183
5.5.5. El circuito público / privado en mujeres cis bisexuales y lesbianas en el acceso a TRA: menores garantías a cambio de mejores expectativas de trato ..	185
5.5.6. Marco subjetivo de la experiencia de la reproducción asistida y acompañamiento profesional	187

Capítulo 6

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LOS HOMBRES CIS GAYS Y BISEXUALES: EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA HOMOFOBIA -----195

6.1 INTRODUCCIÓN	195
6.2 PROBLEMÁTICAS ATRAVESADAS POR EL EJE DE LA HOMOFOBIA QUE AFECTAN A LOS HOMBRES CIS GAIS Y BISEXUALES	198
P1. Las limitaciones del modelo hegemónico de sexualidad: consecuencias sobre la salud sexual	198
P2. Barreras a la socialización de hombres cis gays y bisexuales con movilidades distintas a la estándar	206
P3. La homofobia en situaciones de desequilibrio de la codependencia de cuidados: el impacto sobre la salud sexual	208
P4. La negación del derecho al placer en hombres cis gays y bisexuales mayores: la asociación de la sexualidad gay con el miedo al contagio.....	211
P5. El modelo VIH céntrico de la prevención de ITS: prevención de qué hacia quién	213

Capítulo 7

Consideraciones en torno a la diversidad corporal y las intersexualidades 222

7.1. Introducción.....	222
7.2. Dimensión de los cambios legislativos en la Comunidad de Madrid: de la integridad corporal a la prevención de la violencia social por motivos de diversidad corporal ----	224
7.3. Algunas demandas de familiares de personas con HSC	227

Capítulo 8

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL SANITARIO HACIA LAS PERSONAS LGTB: ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE MADRID-----231

7.1. Introducción-----	231
7.2. Perfil de las personas encuestadas -----	231
7.3. Resultados y Discusión -----	233
7.3.1. Práctica profesional con personas LGTB: identificación de usuari*s.....	233
7.3.2. Nivel de contacto del personal (socio)sanitario con las personas LGTB: desde dónde se construyen los saberes y las prácticas	237
7.3.3. Entorno laboral.....	240
7.3.4. Sentires en la atención a personas LGTB	243
7.3.5. Opiniones y conocimientos sobre la realidad LGTB.....	246
7.3.6. Formación en torno a salud LGTB	254
7.3.7. Percepción del personal LGTB	256
7.4. CONCLUSIONES-----	261

Capítulo 9

CONCLUSIONES -----264

Capítulo 10

RECOMENDACIONES-----272

9.1. Cómo se han elaborado: la devolución del proceso y el árbol de problemas-----	272
9.2. Recomendaciones -----	273

Referencias bibliográficas-----281

Relación de ilustraciones -----289

Gráficos-----	289
Tablas -----	290
Imágenes -----	290
Diagramas -----	291

Anexos -----293

Anexo 1. Construcción del diseño metodológico. -----	293
Anexo 2. Información sobre la encuesta -----	293

Capítulo 1

PRESENTACIÓN

Capítulo 1

PRESENTACIÓN

1.1. Introducción

Este informe presenta los resultados de la investigación financiada por el Ayuntamiento de Madrid, a través del organismo autónomo Madrid Salud y desarrollada por el Medical Anthropology Research Center (MARC) de la Universitat Rovira i Virgili (URV), en el periodo que va de septiembre de 2016 a junio de 2017.

La presente investigación consiste en un estudio exploratorio que tiene como objetivo conocer las principales problemáticas relacionadas con el campo de la salud sexual, reproductiva y el derecho al ejercicio de la identidad de la población TLGBQI (trans, lesbianas, gays, bisexuales, queer e intersexuales) residente en el municipio de Madrid. Se propone como un instrumento participativo que permite implicar a la propia población TLGBQI en la definición de las problemáticas y la articulación de recomendaciones necesarias para afrontarlas. En consecuencia, el informe que presentamos a continuación facilita tanto una herramienta de conocimiento como de acción, en tanto permitirá asentar futuras planificaciones que partan de saberes producidos a partir del protagonismo del propio colectivo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por salud sexual y reproductiva se entiende el “estado de bienestar físico, mental y social” en relación con la sexualidad y con la reproducción. Se trata de un estado íntimamente ligado al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, dado que para la existencia de bienestar se requieren condiciones de no discriminación y libre de violencias así como un enfoque positivo en torno a la sexualidad y la identidad que genere las condiciones necesarias para el desarrollo de la salud. Si bien podríamos considerar que los derechos sexuales y reproductivos contemplan también el derecho al reconocimiento y al libre ejercicio de la identidad de género en todas las facetas de la vida, este estudio se refiere específicamente a aquel entendiendo que el contexto actual aún requiere un énfasis particular en la necesidad de hacer efectivo el derecho al desarrollo pleno de la identidad de género de las personas trans. Esta necesidad encuentra eco, durante la última década, en el desarrollo de una normativa específica a nivel internacional que tiene como objeto concretar la aplicación de la legislación internacional sobre derechos humanos en el campo de la identidad de género

y la orientación sexual. Los Principios de Yogyakarta¹ (2007) han supuesto una respuesta a las violaciones de derechos humanos que presentan por objeto concretar, no sólo principios sino también recomendaciones, para erradicarlas. Entre los principios cabe destacar el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud (Principio 17), que destaca que tanto la salud sexual como la reproductiva de la población LGTBI debe adquirir la categoría de derecho, y la protección contra los abusos médicos (Principio 18) en la que se establece que, “con independencia de cualquier declaración que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas”. Así este estudio plantea entre sus objetivos abordar el derecho al ejercicio de la identidad como condición necesaria para comprender las problemáticas en salud sexual y reproductiva de las personas trans.

El informe que presentamos a continuación se divide en 10 capítulos, un apartado de bibliografía y dos anexos. El capítulo 2 proporciona una introducción al estado de la cuestión desde dos vertientes. Por un lado, atendemos al marco legislativo presente en el Estado español y, en particular, en la Comunidad de Madrid, el cual ha experimentado una evolución relevante desde 2016, con la aprobación de dos importantes normativas: la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid y la Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. El conocimiento sobre la aprobación de las nuevas leyes resulta indispensable para comprender el contexto actual de cambio de en materia de derechos LGTBI. Por otro lado, presentamos un breve resumen de los estudios desarrollados en el contexto español junto con algunas experiencias clave a nivel internacional que pueden resultar un referente para nuestra investigación. En el contexto español, existen escasos estudios sobre el campo de la salud sexual y reproductiva de la población TLGBQI y las contribuciones de carácter más relevante se han producido durante el último año. Por todo ello la presente investigación cubre un vacío en la generación de conocimiento dentro de este ámbito.

Si las contribuciones al campo de la investigación en salud TLGBQI dentro del contexto español destacan por su escasez, el desarrollo de metodologías participativas en este terreno continúa siendo un reto. El capítulo 3 presenta el enfoque metodológico que ha dado forma al proceso de investigación. Así, incluimos una descripción sobre cómo se ha elaborado este proceso, detallando las distintas fases, los momentos de trabajo con el grupo motor, sus objetivos y el proceso de comunicación de esta investigación dentro y fuera del colectivo TLGBQI. Seguidamente, exponemos el trabajo de campo a partir del cual se han

¹ Los Principios de Yogyakarta fueron redactados en 2006 y presentados en 2007 ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. En su elaboración participaron distintos expertos en derechos humanos, incluyendo ex-altos cargos del alto comisionado de las Naciones Unidas, así como activistas y académicos. Su estatus no es vinculante para los estados, si bien proporciona un marco de referencia para la aplicación de los derechos humanos en materia de orientación sexual y de identidad de género. Pueden consultarse en: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf (Consultado el 26/06/2017).

elaborado posteriormente los resultados. Su diseño ha implicado la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación social (Métodos Mixtos de Investigación) con predominancia de las primeras. Si las técnicas cualitativas utilizadas en este proceso han consistido en la realización de entrevistas, grupos cualitativos y talleres, la encuesta ha sido la técnica utilizada para introducir un aporte cuantitativo complementario.

Los capítulos 4, 5 y 6 presentan las problemáticas de salud que afectan específicamente a la población trans, lesbiana, gay y bisexual dentro del municipio. El capítulo 7 realiza una aproximación a la diversidad corporal y las intersexualidades en el contexto de esta investigación.

La presentación y el análisis de los resultados de la encuesta “Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal Sanitario hacia las Personas LGTB”, dirigida a l*s profesionales sanitari*s que trabajan en atención de proximidad dentro del municipio de Madrid, es objeto del capítulo 8. La encuesta se ha desarrollado tanto sobre centros dependientes de la Comunidad de Madrid (Atención Primaria y Atención Especializada) como sobre aquellos que dependen del Ayuntamiento de Madrid (centros de Madrid Salud, orientados a prevención y promoción de la Salud). Este capítulo nos permite abordar el contexto institucional que marca la relación entre la población TLGBQI y los servicios de salud de la ciudad de Madrid.

Por último, el apartado de conclusiones (capítulo 9) cierra el informe recogiendo las cuestiones más relevantes del diagnóstico. Las problemáticas reflejadas han sido contrastadas con la población interesada con el fin de establecer un conjunto preliminar de recomendaciones que incluimos en el capítulo 10.

1.2. ¿Por qué un modelo asentado sobre las desigualdades y la identidad?

La estructura de este informe da cuenta de la perspectiva y el enfoque metodológico que ha orientado el análisis y, en definitiva, el conjunto del proceso investigador. Un punto de partida clave en este estudio es considerar que la población TLGBQI no tiene necesidades “especiales” en salud, ya que lo “especial” solo puede establecerse respecto a un modelo “general”; un espacio de centralidad que, bajo ese enfoque, quedaría ocupado por las necesidades de la población cis-heterosexual. La relación que se establece entre las necesidades en salud de la población cis-heterosexual y de la población TLGBQI se entienden mejor desde un modelo de centro-periferia, donde un determinado paradigma de comprensión del sexo, el género y la sexualidad ocupa la centralidad del discurso y las prácticas en torno a salud. Este enfoque apunta a cómo los procesos de hegemonía (las

relaciones entre quiénes ocupan el centro y quiénes ocupan la periferia) en el terreno de la salud dan cuenta de estructuras y dinámicas de poder que transforman la salud sexual y reproductiva de la población TLGBQI en un asunto periférico de segundo orden.

En un análisis preliminar, durante la sesión primera del grupo motor de esta investigación, se definió el enfoque o paradigma limitante respecto a los derechos y la salud TLGBQI como un modelo “cis-heteronormativo², coitocentrista³, monogámico⁴, sexóforo,⁵ capacitista⁶, occidental⁷ y patologizante⁸”, estableciéndose como pregunta central cómo se desarrolla y cuál es la influencia de este enfoque en la salud de las personas del colectivo. Este enfoque nos conduce a preguntarnos por cómo determinados ejes de desigualdad atraviesan la experiencia de vida y la salud de las personas TLGBQI. Por esta razón, los capítulos dedicados a exponer las problemáticas halladas (capítulos 4, 5 y 6) llevan por subtítulo el epígrafe siguiente: estar atravesad*, al menos, por el eje de la transfobia, la lesbofobia o la homofobia (según el caso). Con ello se visibiliza el hecho de que las problemáticas en salud que afectan a la población TLGBQI no se derivan del hecho de tener una identidad de género trans o una orientación sexual distinta a la heterosexual, sino por las dificultades que el modelo actual de salud tiene para integrar la diversidad como un asunto central y no periférico. Hablar de “diversidad sexual” y de “diversidad de género” no es sólo hablar de identidades TLGBQI sino resituar la heterosexualidad como una orientación sexual más y las cis-sexualidad como otra identidad de género más -con valores equivalentes-, dentro del amplio abanico de la diversidad. Implica no hacer uso de números y mayorías para construir jerarquías de valor. Esa reubicación conlleva, igualmente, poner en el centro las condiciones que generan salud para el conjunto de la población, entre las que la libertad y la diversidad son asuntos clave de interés general para hacer de las distintas identidades (incluida la cis-heterosexual) una elección libre de cualquier tipo de coacción, ya sea explícita o implícita.

Un enfoque basado en la desigualdad nos está hablando de que la evolución en la efectividad, tanto de los derechos como de la salud sexual y reproductiva de la población TLGBQI, es un avance para las condiciones del ejercicio de la libertad del conjunto de la población. No obstante, al mismo tiempo que ponemos el acento en las desigualdades como

² Que establece la heterosexualidad y las identidades de género cis-sexuales (no-trans) como la norma sexual, psicológica y/o social.

³ Que sitúa el epicentro de las relaciones sexuales en la práctica del coito entre un hombre cis y una mujer cis.

⁴ Que establece la monogamia como único modelo posible de relación.

⁵ Que establece normas en torno a la moral sexual relacionadas con la estigmatización del sexo y las prácticas sexuales, especialmente en mujeres.

⁶ Que no considera los cuerpos con movibilidades distintas de la estándar (por ejemplo, las personas que se desplazan en silla de ruedas) o los considera desde la desvalorización general y sexual.

⁷ Se refiere a un modelo de sexualidad que toma los valores de la cultura occidental como universales-

⁸ Que establece que la identidad de género y/o la orientación sexual son condiciones médicas y/o clínicas.

origen de las problemáticas en salud vigentes en la actualidad, no podemos perder de vista el hecho de que afectan de manera desigual a distintos sectores de la población. Por esta razón, el enfoque centrado en desigualdades convive con un enfoque basado en la identidad, lo que se expresa en continuar manteniendo en este informe la estructura clásica de “problemáticas de hombres cis gays y bisexuales” y problemáticas de “mujeres cis lesbianas y bisexuales”. Este enfoque, útil para la intervención, permite llamar la atención sobre las desigualdades que viven lesbianas, gays y bisexuales de manera cotidiana en contextos de homofobia.

En el caso de las personas trans, la clasificación de las problemáticas en salud sexual y reproductiva se vuelve más compleja. Los obstáculos que recogemos en el apartado de “problemáticas trans-específicas” son tan solo una parte de las barreras al desarrollo de la salud de la población trans y se refieren, fundamentalmente, a las relacionadas con los obstáculos culturales para vivir la identidad de género en los diferentes entornos, entre los que el sanitario ocupa un lugar central en nuestro análisis. Sin embargo, los obstáculos que hallan las personas trans no están relacionados solamente con su identidad de género sino que también pueden multiplicarse por su orientación sexual y por las dificultades sociales para vivir una sexualidad desde la identidad de género escogida y desde la realidad corporal que se tenga, incluya o no estas transformaciones corporales (al margen de cuál sea la orientación). Algunos de estos obstáculos aparecen integrados en el apartado de problemáticas “trans-específicas”, mientras que otros, que afectan a hombres trans, son comunes a muchos de los vividos por mujeres cis bisexuales y lesbianas, por lo que se han recogido bajo este epígrafe haciendo referencia explícita a los hombres trans, cuando es el caso.

La situación actual de la población TLGBQI recrea un mapa heterogéneo de derechos, donde algunos han sido ya obtenidos mientras que otros están lejos de ser una realidad. La estructura de este informe intenta reflejar esa geografía mediante dos elecciones. En primer lugar, otorgando prioridad a las problemáticas trans-específicas (capítulo 1) - dado que la transfobia presenta un impacto aún muy alto en el grado de consecución de derechos- y, seguidamente, a las problemáticas derivadas de la lesbofobia (capítulo 2) - donde aún en la actualidad continuamos registrando obstáculos derivados de la invisibilidad de las relaciones lésbicas, producto de ese cruce particular entre la homofobia y el sexismo -. En segundo lugar, integramos en los capítulos algunas de las realidades que están definiendo hasta qué punto el ejercicio de los derechos se hacen efectivos dependiendo de cómo es vivida la identidad de género y la sexualidad en relación con otros

determinantes sociales⁹ (la clase socio-económica, el grado de movilidad corporal, el estatus legal, etc...), bajo un enfoque interseccional, tal y como explicamos a continuación.

1.3. La interseccionalidad en la investigación: contrageografías

Un enfoque interseccional es, por tanto, aquel que atiende a los cruces en los que acontece la vida de los sujetos, que nunca es producto de una sola condición, ya sea esta sexual, de género o de clase, entre otras. Este informe trata de reflejar algunos de estos lugares o “enclaves” en los que la experiencia de las personas se halla fuertemente atravesada por la intersección entre varios determinantes sociales. Dar cuenta de todas las situaciones de exclusión que diferencian y condicionan la vida de las personas TLGBQI es un reto que está más allá de las posibilidades de esta investigación. Por ello, lo que presentamos en este informe es una aproximación que logra reflejar parcialmente algunos de estos enclaves, siendo a todas luces insuficiente para dar cuenta del impacto de la LGTBfobia en todos los sectores de la población TLGBQI.

El capítulo 1 recoge algunos de los obstáculos de las personas trans migrantes y de las mujeres trans trabajadoras sexuales (muchas de ellas migrantes). El capítulo 2 introduce una aproximación a los obstáculos de mujeres cis lesbianas de etnia gitana. El capítulo 3 recoge los obstáculos de hombres cis gays y bisexuales mayores de 55 años y hombres cis gays con movilidads corporales distintas de la estándar, que se desplazan en silla de ruedas. En todos ellos se hace referencia a la precariedad y la clase socio-económica como un eje sobre el que se define la experiencia de la LGTBfobia. No obstante, algunos de los colectivos con los que hemos trabajado en esta investigación no aparecen reflejados en este informe. Es el caso de personas con diagnósticos de salud mental, personas sordas y refugiadas, quedando pendiente para un análisis posterior más exhaustivo.

El impulso al enfoque interseccional de esta investigación proviene de dos momentos fundamentales de trabajo con el grupo motor, sin cuya implicación la voluntad de introducir una perspectiva interseccional se hubiese traducido en un intento con vagos resultados. Un primer momento tuvo lugar en la segunda sesión de trabajo del grupo motor, donde se desarrollaron colectivamente mapas que produjeron una imagen visual sobre las “Contrageografías TLGBQI”, (ver *Ilustración 1*), una base para producir discurso y continuar profundizando a lo largo del proceso de investigación. La “contrageografías” pueden entenderse como aquellos lugares o enclaves donde el funcionamiento de la cis-heteronorma converge con dinámicas de exclusión económicas, sociales y políticas para

⁹ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (Fuente: http://www.who.int/social_determinants/es/)

generar, dentro del colectivo, territorios más inaccesibles para el desarrollo y el ejercicio de los derechos. La definición de las contrageografías al inicio de la investigación permitió la puesta en marcha de cinco espacios abiertos de debate colectivo acerca de algunos de estos enclaves a los que no era posible acceder únicamente mediante el trabajo de campo. El desarrollo de estos espacios (ver *Ilustración 2*) ha acompañado el proceso investigador durante los siete últimos meses, permitiendo socializar también la investigación y abrirla a personas del colectivo TLGBQI que no participaban en el grupo motor. En las últimas sesiones de tales encuentros se ha contado con el apoyo de Intermediae¹⁰.

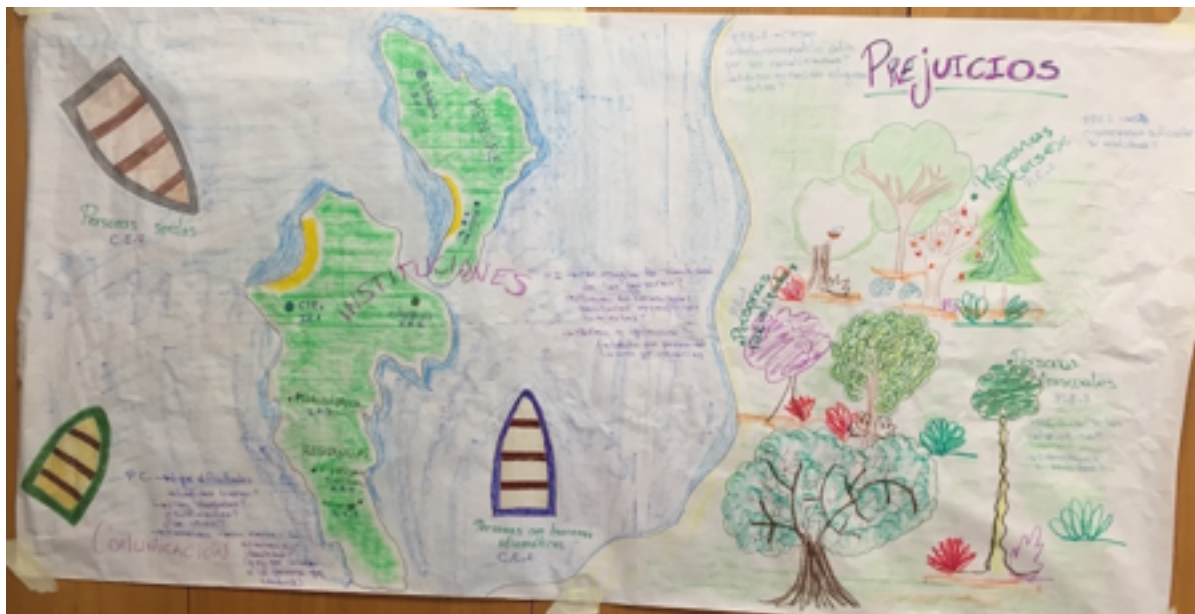


Ilustración 1. Mapa de contrageografías TLGBQI elaborada por el GMI
Fuente: elaboración propia

Un segundo momento de impulso a este enfoque lo ha constituido la propia participación del grupo motor en la selección de informantes. La construcción de las contrageografías ha funcionado también como un telón de fondo sobre el que dialogar y articular las elecciones que se han ido realizando.

¹⁰ Ver la publicidad de las dos últimas sesiones en http://intermediae.es/project/intermediae/blog/contrageografias_tlgbqi_madrid_viernes_7_de_abril_de_19_a_21_h y http://intermediae.es/project/intermediae/blog/contrageografias_tlgbqi_madrid_jueves_25_de_mayo_a_las_19_h



Ilustración 2. Carteles publicitarios de Contrageografías TLGBQI
Fuente: elaboración propia

1.4. Elección y significado de las siglas, los términos y los símbolos utilizados

A lo largo de las últimas décadas ha variado enormemente la forma en la que el colectivo TLGBQI se ha nombrado a sí mismo. Estos cambios nominales han ido reflejando las tensiones y las luchas internas para ir incorporando a todas las personas que se sentían interpeladas por la LGTB-fobia. Al mismo tiempo, estos cambios han mostrado también las tensiones con los términos que han aparecido desde fuera del colectivo, en particular con los provenientes de la cultura médica, como es el caso de la palabra “homosexual” con la que existe una relación ambivalente de apropiación y crítica.

Así, hemos pasado del “movimiento gay”, posteriormente, “gay-lésbico”, a la introducción de otros sujetos políticos como las personas bisexuales y las personas trans bajo la etiqueta de “LGTB”. En los últimos tiempos, las siglas van multiplicándose para dar cabida a quiénes aún no la tenían, principalmente personas intersexuales (I) y asexuales (A). Dado que el desarrollo de los derechos genera las condiciones para visibilizar y dar lugar a las diferencias internas, no es de extrañar que cada vez nuevas siglas vayan apareciendo, al tiempo que se incluyen símbolos como “+” (leído como “plus”) o la “Q” (queer) que intentan reflejar la diferencia y que, a veces, pueden ser leídos como un intento de inclusión de quienes, estando excluid*s del modelos cis-heterosexual, no quedan reflejadas en las siglas anteriores.

La utilización de la designación “TLGBQI” en este proceso responde a una elección anterior del grupo motor previo que impulsó esta investigación, una opción ciudadana que este proceso recoge. Se trata de una designación que da mayor visibilidad a la “T” con la finalidad de priorizar los derechos trans dentro de la agenda colectiva. La elección de la siglas relativas al término anglosajón “queer” (Q) responde aquí a la visibilización de una perspectiva -y no tanto de una identidad-: un enfoque que nos recuerda que si bien las identidades son necesarias como estrategias ante la TLGBQI-fobia estas son siempre construidas, de manera que nunca podemos acabar de cerrar el significado que presentan términos como “lesbiana”, “bisexual”, “gay”, “trans”, etc... Al mismo tiempo, un enfoque “queer” remite a una parte de una historia que nos recuerda la necesidad de visibilizar el centro y los márgenes del colectivo, las propias dinámicas de inclusión-exclusión- también a la hora de definir un proceso de investigación.

Al margen de la elección recogida aquí, cabe señalar la convivencia de diferentes términos y nomenclaturas en el contexto actual del Estado español, que se combina con las especificidades que se hallan dentro de contextos lingüísticos distintos al castellano y que conviven con aquel. Para el contexto de esta investigación es necesario introducir dos aclaraciones lingüísticas más. Por un lado, optamos por el uso de “TLGBQI-fobia” como término paraguas que se refiere al funcionamiento de la transfobia y la homofobia, con sus especificidades concretadas en la lesbofobia, gayfobia, bifobia y resto de actitudes, opiniones y prácticas de aversión sobre los diferentes componentes del colectivo. Por otro lado, “trans” es utilizado como término paraguas que engloba a diferentes identidades de género distintas de la cis-sexual independientemente de si la vivencia de la identidad implica transformaciones corporales de orden médico o no y al margen de cuáles sean éstas cuando se dan. Debido a la visibilización actual de las personas no binarias (que se definen fuera del binarismo “mujer u hombre”), personas en cuestionamiento de género y personas transgénero, nos referimos particularmente a éstas en la investigación, cuando es el caso.

El término “cis-sexual” y su abreviado “cis” aparece ampliamente referido en esta investigación, ya sea como sustantivo (cis-sexualidad), adjetivo (identidad cis) o usado como prefijo (cis-heterosexual, cis-normatividad, etc...). “Cis-sexual” se refiere al desarrollo de una identidad de género coincidente con la socialmente esperada en base al sexo asignado al nacimiento. Se trata de un término que nombra aquello que no se ha nombrado hasta los últimos años - la identidad culturalmente hegemónica - dado que el lenguaje común únicamente nos proporcionaba términos para marcar la diferencia - las identidades trans -, reproduciendo esta dinámica de excepcionalidad en el habla. El término “trans”, por el contrario, nombra el desarrollo de una identidad de género distinta a la esperada socialmente en base al sexo que se asignó. Un eje fundamental en esta investigación es poner entre paréntesis el lenguaje médico-científico de la “incongruencia de género¹¹” (OMS, 2013) que marca como <<congruente>> las expresiones coincidentes con las normas sociales que regulan *qué significa ser mujer y qué significa ser hombre* en un momento y un contexto sociohistórico determinado y como <<incongruente>> aquellas identidades que escapan a las expectativas sociales que establecen la relación entre sexo y género. El lenguaje con el que se nombra y se describe la transexualidad desde la cultura médica está condicionado por el paradigma de género que establece que el género se deduce y se deriva del sexo y que esta deducción funciona de manera lineal en una sola dirección (sexo mujer coincide con una identidad femenina y sexo hombre con una identidad masculina), un pre-concepto que se mantiene en gran parte de los estudios acerca de transexualidad, provenientes del ámbito biomédico.

En relación a otro de los factores de discriminación, a lo largo de la investigación, se opta por la designación de “diversidad funcional” para atender a las diferentes movibilidades de los cuerpos, que no siempre corresponden con la estándar. Esta elección terminológica intenta sortear las connotaciones y las lógicas discapacitantes que presentan términos como “discapacidad”. El uso de diversidad funcional no iguala las capacidades físicas de las personas respecto, por ejemplo, al desarrollo de determinados puestos de trabajo remunerado, sino el valor social de los diferentes cuerpos y las distintas movibilidades. Introduce un enfoque que nos permite visibilizar que gran parte de los obstáculos no tienen su origen en la configuración corporal particular de las personas, sino en la arquitectura (física y social) de los espacios, pensados exclusivamente para la integración de personas con un grado estándar de movilidad.

Por último, para las declinaciones de género existen distintas fórmulas que evitan el efecto sexista del masculino genérico en el lenguaje (tales como el uso de “todos”, etc..) , entre ellas el uso de la barra (as/os u os/as), la arroba (@) y la elección de términos que declinan de la misma manera para el femenino que para el masculino evitando el uso de las barras y/

¹¹ La OMS ha publicado un borrador con la versión 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en el que se introduce el término “incongruencia de género” para nombrar a las personas trans y se define de la siguiente forma: “Gender incongruence is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual’s experienced gender and the assigned sex”, (OMS, 2013).

o la repetición del sustantivo (por ejemplo, “el personal” en lugar de las profesionales y los profesionales). En esta investigación, combinamos el uso de esta última estrategia con la fórmula del asterisco (*). La elección se basa en que el asterisco, además de evitar el efecto sexista del masculino genérico, permite introducir un modo de escritura no marcado por el binarismo de género (el supuesto de que el mundo se divide, exclusivamente y de modo natural, en hombres y mujeres), lo que implica la representación de una apertura que presenta particular interés en nuestro estudio. El asterisco representa las identidades como productos no cerrados, en tanto no hay un modo único de traducción al lenguaje hablado.

1.5. Qué indaga esta investigación: de la salud sexual y reproductiva al modelo de género de la cultura médica y la relación con los servicios de salud.

Como señalamos al inicio, esta investigación indaga cuáles son las principales problemáticas emergentes en salud sexual y reproductiva de la población TLGBQI del municipio de Madrid en el momento en que se desarrolla esta investigación. Este enfoque implica atender al derecho al ejercicio de la identidad, particularmente, en el caso de la población trans, El reconocimiento del derecho a la identidad en los marcos normativos actuales es reciente y el campo de la salud se ha caracterizado por la predominancia de enfoques patologizantes respecto a la diversidad de género que han limitado el ejercicio de dicho derecho.

La salud sexual es un concepto amplio que tiene que ver con la vivencia del cuerpo y la sexualidad en relación con un* mism* y con l*s otr*s en un contexto dado. La salud reproductiva implica aspectos de mayor calado que el mero acceso a técnicas de reproducción asistida, como son los procesos de toma de decisiones sobre el embarazo en personas con capacidad gestante (ya sean hombres o mujeres) y las configuraciones subjetivas y simbólicas de las diversas mater-paternidades que se dan dentro del colectivo -ya sean biológicas o con otro tipo de filiación-. Una parte, parcial, de los cuidados y el acompañamiento en salud sexual y reproductiva sucede en relación con los servicios de salud. Si bien a lo largo de esta investigación, poco a poco se va reconfigurando una visión sobre qué es la salud sexual y reproductiva para la población TLGBQI, cabe decir que el epicentro de las problemáticas recae, en un grado amplio, sobre la relación con los servicios de salud. Este hecho no debe ser interpretado en términos de qué problemáticas existen y cuáles no, sino de cuáles resultan más acuciantes, así como cuáles emergen de manera más prominente en el diálogo con una investigación financiada por una institución pública¹².

¹² En esta investigación se ha puesto siempre en conocimiento de l*s informantes el hecho de estar financiada por el Ayuntamiento de Madrid, lo que a veces provoca que en el transcurso de un diálogo o un debate -por ejemplo, en algunos grupos cualitativos- la conversación gire hacia aquellos temas que las personas participantes consideran que puede ser de interés poner en diálogo con el Ayuntamiento.

No obstante, son reseñables las diferencias en la manifestación de este sesgo entre distintos sectores de la población TLGBQI en función del grado de consecución de derechos. La población trans es, sin duda, aquella en la que la relación con los servicios ocupa un mayor espacio, apuntando a que mientras no se resuelva dicha relación mediante la transformación de los entornos sanitarios en entornos con un funcionamiento “transpositivo”¹³, será difícil que otro tipo de cuestiones que afectan a la salud sexual y reproductiva de las personas trans puedan pasar a ocupar el centro del debate. En el polo contrario, la población cis gay y bisexual tiende a ser la que desarrolla un discurso más central sobre las limitaciones del modelo de sexualidad vigente para las vidas de los hombres cis, mientras que la población lesbiana y bisexual de mujeres cis ocupa un lugar intermedio en esta lógica.

En la relación con los servicios de salud, esta investigación centra su análisis en los niveles de acceso y atención, lo que incluye tanto la asistencia sanitaria, como la prevención y la promoción de la salud. En este sentido, atendemos tanto a las prácticas que se dan en los entornos sanitarios como al paradigma de atención y el paradigma de género en el que se sustentan estas prácticas. Algunos de los obstáculos que nos encontramos afectan a la atención de las necesidades de personas en procesos de transición que requieren acompañamiento sanitario, mientras otros se refieren a los obstáculos que personas TLGBQI encuentran en demandas similares de la población, por el hecho de ser TLGBQI.

Por último, debe tenerse en cuenta que las experiencias en torno a la salud de la población TLGBQI componen un campo temático más amplio, que si bien no podemos abordar en esta investigación, enmarca y define las vivencias y las condiciones de posibilidad de la salud sexual y reproductiva del colectivo (y viceversa). En este sentido, problemáticas como el suicidio¹⁴, el bullying LGTBfóbico y la violencia intragénero no son tratadas en este estudio, si bien están intrínsecamente relacionadas con la salud sexual.

1.6. El contexto social de esta investigación

Como señalamos anteriormente, este proceso de investigación se desarrolla entre los meses de septiembre de 2016 y junio de 2017. Los acontecimientos sociales y políticos que han marcado este periodo, y en particular los relacionados con la TLGBQI-fobia, presentan una huella particular en esta investigación. En ocasiones, son hechos que se han transformado en referentes culturales provisionales -habrá que esperar para valorar su

¹³ Adjetivo utilizado por ciertos sectores de la población para referirse a aquell@s profesionales que atienden a las personas trans de una manera respetuosa.

¹⁴ El Observatorio Español contra la LGTBfobia cifra en 50 los suicidios anuales y en 950 las tentativas, apuntando que la tasa de suicidio es entre 3 y 5 veces mayor que entre la población joven general. Para más información puede consultarse: <http://www.stoplgbtfobia.org/stoplgbtfobia-denuncia-la-necesidad-de-actuar-de-inmediato-en-el-sistema-escolar-para-evitar-las-altas-tasas-de-suicidio-entre-los-jovenes-lgbti/>

grado de permanencia en el imaginario colectivo- traduciéndose en alusiones durante las entrevistas, los grupos y los talleres.

El año 2016 estuvo marcado por la aprobación de dos importantes leyes autonómicas de la Comunidad de Madrid (Ley 2, 2016; Ley 3, 2016), lo que ha marcado unas nuevas coordenadas en el discurso que se traducen en la percepción de mayor reconocimiento pero escasa concreción, ya que ambas leyes carecen, en la fecha de finalización de este informe, de los protocolos que debieran acompañarla, incluidos los sanitarios. Los diálogos establecidos durante esta investigación no pueden entenderse fuera de este contexto de cambios legislativos.

Paralelamente, 2016 fue el año con más agresiones TLGBQI-fóbicas registradas en el territorio español, indicando el Ministerio del Interior que el ámbito de la “orientación o identidad sexual” constituye una de las excepciones al descenso de delitos de odio en relación con años anteriores, habiendo experimentado un incremento del 36,1% respecto al año 2015, con un total de 230 hechos conocidos registrados (Ministerio del Interior, 2017:13). Así mismo es pertinente indicar que durante 2016 en la Comunidad de Madrid han sido registrados un total de 240 incidentes por el Observatorio Madrileño contra la LGTBfobia, mientras que el Ministerio del Interior tan solo ha recogido 19 casos en este territorio, cifra que en opinión del Observatorio “no parece ajustarse a la realidad” (2017:70,71). Este incremento en el número de agresiones ha tenido cierto nivel de eco en los medios de comunicación de masas. Las noticias sobre las violencias directas a las personas TLGBQI han provenido también del escenario internacional, donde el gobierno de Chechenia saltó a la prensa en abril de 2017 por las redadas, detenciones, prácticas de tortura y asesinatos instigados o llevados a cabo por parte de las fuerzas gubernamentales, en una reacción organizada que incluyó la articulación de dos campos de concentración para homosexuales. Este suceso tuvo lugar tan solo diez meses después del atentado de Orlando¹⁵, que ocasionó el asesinato de 50 personas en una discoteca popular entre el ambiente LGTB de Florida.

En el ámbito español, dos eventos tuvieron particular repercusión mediática. El primero tuvo lugar en el mes de febrero, cuando la plataforma ultraconservadora “Hazte Oír” comenzó en Madrid una gira con un autobús que llevaba por lema <<Los niños tienen pene. Las niñas tienen vulva. Que no te engañen>>¹⁶ (ver ilustración 3). Esta acción fue una respuesta a la campaña que la asociación Chrysallis lanzó previamente en el País Vasco y Navarra bajo el lema: <<Hay niñas con pene y niños con vulva. Así de sencillo>¹⁷>

¹⁵ Puede consultarse la noticia en: <https://www.diagonalperiodico.net/libertades/30692-portavoz-lgtbq-latina-nuestra-comunidad-sobrevive-diariamente-la-violencia.html>

¹⁶ Sobre la puesta en marcha del autobús en Madrid ver la siguiente noticia: <<Un autobús de Hazte Oír con un mensaje transfobo circula por Madrid>> (El País, 27 de Feb. 2017). Disponible on line: http://verne.elpais.com/verne/2017/02/27/articulo/1488212911_849849.html (Consultado el 30/06/2017)

¹⁷ Sobre la campaña puede verse la siguiente noticia: http://verne.elpais.com/verne/2017/01/10/articulo/1484056296_276306.html

(ver ilustración 4). El autobús de Hazte Oír, conocido popularmente como <<el autobús del odio>> o el <<autobús de la transfobia>> levantó una reacción de rechazo masiva por la sociedad española que se tradujo en una fuerte atención médica y el despliegue de expresiones de rechazo altamente diversas, entre las que destacaron las imágenes o memes que, bajo una lógica humorística, reaccionaron extendiéndose con facilidad por las redes sociales.

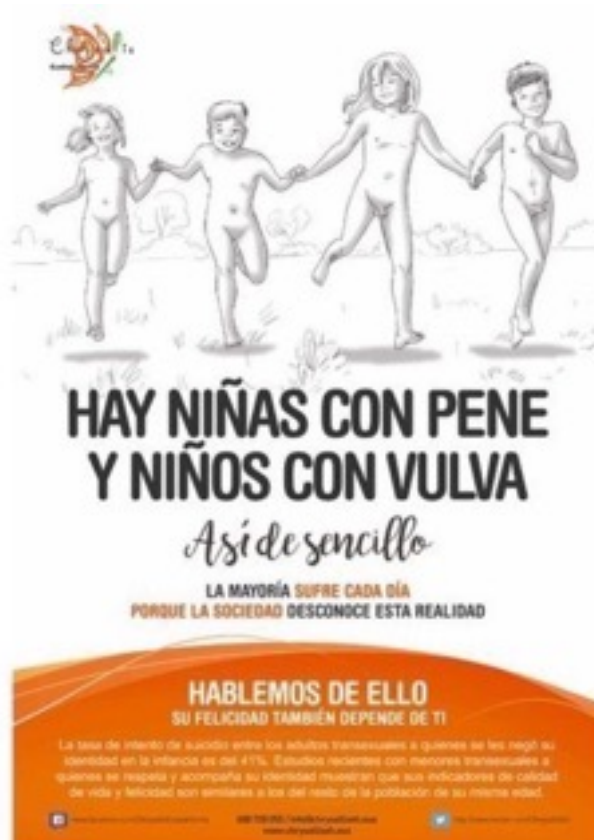


Ilustración 3. Cartel de la campaña “Hay niñas con pene y niños con vulva”



Ilustración 4. Imagen del autobús de Hazte Oír con el lema “Los niños tienen pene, las niñas tienen vulva, que no te engañen”

Tan solo un mes después, la actuación y el triunfo de una concursante Drag Queen en el Carnaval de las Palmas de Gran Canaria, saltó a los medios de comunicación nacionales durante días por el uso de elementos de corte religioso en la actuación y las declaraciones posteriores de algunos responsables eclesiásticos.

El año 2017 ha sido también el año en el que la ciudad de Madrid ha acogido la celebración mundial del Orgullo, el conocido como “World Pride”. El trabajo de campo de esta investigación ha sido previo al despliegue de campañas y de símbolos que han comenzado a llenar el espacio público durante los últimos meses. El contexto final de esta investigación se ha visto afectado por dicha celebración, en tanto las personas integrantes del grupo motor lo son también de entidades que se hallaban involucradas en la organización de las diferentes expresiones políticas y culturales asociadas al evento (manifestación del Orgullo Crítico y del Orgullo Periférico y actividades relacionadas con el World Pride), por lo que en los meses previos su participación en la investigación ha sido más reducida.



Ilustración 5. Carteles de la campaña “Madrid sin exclusión sanitaria” del Ayuntamiento de Madrid

En el terreno sociosanitario, el contexto madrileño ha estado marcado por dos campañas que han alcanzado los centros de atención primaria y/o los centro de prevención y promoción de la salud en el transcurso de esta investigación. Por un lado, la campaña <<Madrid sin exclusión sanitaria>>, enmarcada en el programa <<Madrid, Ciudad de los Cuidados>>, (ver *Ilustración 5*), dirigida a informar sobre el derecho a la atención a población migrante sin documentación. Por otro lado, la campaña de “Madrid Necesita Feminismo”, (ver *Ilustración 6*), dirigida a promover la igualdad de género rompiendo

estereotipos, ha estado físicamente presente en los centros en los que hemos realizado trabajo de campo a lo largo de esta investigación.



Ilustración 6. Carteles de la campaña "Madrid Necesita Feminismo" del Ayuntamiento de Madrid

Por último, la presente investigación ha coincidido en el tiempo con la Formación en Promoción de la Salud Comunitaria TLGBQI dirigida a profesionales de la salud y activistas y coordinada por el Grupo de Investigación Antropología, Diversidad y Convivencia de la Universidad Complutense de Madrid. La investigación se ha mantenido en coordinación con el grupo motor de dicha formación con el fin de recoger saberes producidos en este espacio.

Capítulo 2

EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD EN EL ESCENARIO ACTUAL

Capítulo 2

EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD EN EL ESCENARIO ACTUAL

¿Cuál es el sentido de un diagnóstico como el que aquí presentamos en el contexto actual de la ciudad de Madrid, la Comunidad de Madrid y, más extensamente, del Estado español? ¿Qué cambios se han producido que afectan el estado de la cuestión y que proporcionan a la vez el marco en el que esta investigación se inscribe y se desarrolla? ¿Hasta qué punto es pertinente un diagnóstico participativo hoy centrado en la población TLGBQI?

En este capítulo presentamos una aproximación a dos cuestiones centrales que ayudan a contextualizar el Diagnóstico. En primer lugar, atendemos a los cambios legislativos que, durante el año 2016, han tenido lugar en la Comunidad de Madrid y que han transformado el reconocimiento legal de los derechos LGTBI. En segundo lugar, atendemos al mapa de estudios realizados en el contexto español con el fin de entender dónde se enmarca el diagnóstico como experiencia de investigación y qué campo contribuye a cubrir desde sus aportaciones.

2.1. Modificaciones legislativas en la Comunidad de Madrid

El Diagnóstico Participativo que presentamos se muestra especialmente necesario en el contexto actual, donde aparecen cambios legislativos proclives a los derechos TLGBQI que requieren materialización y concreción en los diferentes territorios. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, el parlamento autonómico ha aprobado recientemente dos leyes que afectan a la definición de las condiciones de salud de la

población TLGBQI madrileña en los ámbitos que en nuestro estudio nos ocupan. En primer lugar, la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid y, cuatro meses más tarde, la Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid.

La Ley 2/2016 presenta consecuencias muy importantes para el ejercicio del derecho a la identidad de las personas trans, derecho hasta la fecha sólo garantizado por ley en territorios como Andalucía¹⁸, Canarias¹⁹, Cataluña²⁰, Galicia²¹, Navarra²², País Vasco²³, Extremadura²⁴, Valencia²⁵ y Murcia²⁶, con leyes específicas para las personas trans o para el conjunto del colectivo LGTBI. Dicha Ley madrileña establece un marco normativo para la despatologización de las identidades trans, respondiendo así a las demandas públicas del colectivo impulsadas a partir del año 2006. Dichas demandas no habían sido recogidas en la Ley 3/2007²⁷, de ámbito estatal, que se limitó a regular el cambio en la mención de sexo en el documento de identidad, estableciendo como requisito la presentación del diagnóstico de Disforia de Género y la demostración de dos años de tratamiento médico, limitando el acceso a los derechos que regula la ley a personas con nacionalidad española y mayores de edad.

La Ley 2/2016 reconoce abiertamente el compromiso con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la población trans (Art. 12), pero además fundamenta dichos derechos en la libre autodeterminación del género (Art. 13.1). La consecuencia es que el

¹⁸ Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.

¹⁹ Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.

²⁰ Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia de Cataluña.

²¹ Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia.

²² Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Navarra y Ley Foral de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales (LGTBI+) y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual, expresión de género e identidad sexual o de género, aprobada por el Parlamento Navarro, el 8 de junio de 2017.

²³ 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

²⁴ Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

²⁵ LEY 8/2017, de 7 de abril, de la Generalitat, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunidad Valenciana.

²⁶ Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

²⁷ Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

sistema de salud pierde lo que podría denominarse como el “derecho de tutela”, una práctica discriminatoria que ha patologizado históricamente al colectivo. En base a esta práctica, la autodeterminación de la persona como trans carecía de efecto si no era corroborada por criterios profesionales, altamente cuestionados por su contenido sexista y transfóbico²⁸. La consecuencia ha sido que, hasta fecha anterior a la ley, cualquier persona transexual debía recibir un certificado psiquiátrico de “disforia de género” que la acreditase como tal. La obtención de dicho certificado condicionaba los tiempos de acceso a los tratamientos de hormonación y/o quirúrgicos cuando estos eran deseados por la persona, además de no poder obtener el cambio en la mención de sexo en el documento de identidad²⁹. Las consecuencias indirectas de esta práctica institucionalizada han sido el incremento de la vulnerabilidad del colectivo, convirtiéndose en uno de los ejemplos más reveladores de cómo la exclusión o el retardo en la atención sanitaria refuerza las condiciones de exclusión del mundo laboral y social. La ley preserva también el derecho a la identidad de l*s menores trans e intenta garantizar el derecho a la integridad física de las personas intersexuales, prohibiendo expresamente las operaciones de remodelación genital practicadas sobre bebés con genitales ambiguos.

En el mismo sentido vuelve a pronunciarse la Ley 3/2016, por un lado prohibiendo de nuevo las operaciones a recién nacid*s intersexuales antes de que autodeterminen su propia identidad y, por otro lado, reforzando la prohibición de requerir a una persona a <<someterse a pruebas o exámenes para determinar su orientación sexual e identidad o expresión de género>> (Art. 7.3). Según el articulado, este requisito afecta a cualquier ámbito, ya sea público o privado, cuyo resulta pueda condicionar el acceso a un derecho, incluyendo por tanto el sanitario. Reforzada la supresión del derecho de tutela psiquiátrica, la ley 3/2016 eleva a la categoría de derecho el acceso a las técnicas de reproducción asistida para mujeres lesbianas y bisexuales, personas trans y persona con pareja trans, <<en igualdad de condiciones que el resto de las mujeres>> (Art 38.2). En el caso de las personas se incluye la información sobre la congelación de tejido gonadal y las células reproductivas antes del inicio del tratamiento hormonal (Art. 38.3).

De este modo, las leyes recientemente aprobadas por el parlamento madrileño ya definen algunos de los obstáculos institucionales vigentes hasta la fecha para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población TLGBQI. No obstante, necesitamos conocer más extensamente cuáles son las problemáticas en salud de la población TLGBQI, precisamente en un momento en el que los cambios en el marco legislativo, impulsados por

²⁸ Para más información puede consultarse el documento de la Campaña Internacional Stop Trans Pathologization “Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5” (Disponible on line: http://www.stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf)

²⁹ La aprobación de la Ley 2/2016 no deshace este efecto, ya que la Ley 3/2007, de ámbito estatal, continua vigente en la actualidad, por lo que para conseguir el cambio en la mención de sexo, necesario para el cambio de nombre en el documento de identidad, sigue siendo necesario el Diagnóstico de Disforia de Género.

las organizaciones y los colectivos trans, pretende favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos así como el derecho al ejercicio de la identidad.

2.2. El diagnóstico participativo en el campo de estudios de salud TLGBQI

En el ámbito de la investigación en salud TLGBQI son escasas las contribuciones que nos ayudan a conocer cuáles son las principales barreras en el acceso, la atención y la promoción de la salud de la población TLGBQI en el contexto español y aún menos frecuentes son las que tienen por objeto la salud sexual y reproductiva. Gil-Borrelli et al. relacionan la existencia la carencia de conocimiento sobre salud TLGBQI con el hecho de que aún no contamos con una formalización de la categorías de “orientación sexual” e identidad de género en las estadísticas y estudios de salud de escala nacional, un sesgo metodológico aún vigente:

A pesar de que este colectivo constituye un grupo social cuantitativamente y cualitativamente relevante en nuestro país, la orientación sexual y la identidad de género no están recogidas en la mayoría de las estadísticas y estudios de salud nacionales, por lo que poco se conoce acerca de las necesidades específicas, problemáticas y desigualdades en salud de la población LGBT en España (2017:175).

El ámbito de las identidades trans es el que ha desarrollado más aportaciones respecto al terreno de la salud, con dos estudios de reciente desarrollo. El primero, desarrollado por la organización europea Transgender Europe (TGEU)³⁰, en colaboración con entidades estatales, presenta como objetivo favorecer el conocimiento de la atención sanitaria recibida por personas trans en cinco países (Georgia, Polonia, Serbia, España y Suecia). Se trata de un estudio cuantitativo orientado a recoger la perspectiva de profesionales de la salud en torno a la atención a personas trans, cuyos resultados no han sido publicados hasta la fecha. El segundo estudio, denominado “Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares” (Platero & Ortega, 2017), dedica un epígrafe a los derechos sexuales y reproductivos de la población trans madrileña. Varios son los temas que aparecen tematizados, a este respecto, por l*s informantes. Por un lado, la ruptura con el paradigma científico que representa el ejercicio de los derechos reproductivos en hombres trans (2017:127), en tanto la capacidad gestante ha sido asociada a las mujeres cis, resultando reacciones en el ámbito médico alejadas del reconocimiento. Por otro lado, el desconocimiento médico de los efectos reales que presentan las hormonas sobre el feto en el periodo de embarazo -cuyo control se centra en la prevención de estados intersexuales- y el derecho a preservar la fertilidad (2017:127-129) constituyen dos problemáticas que recortan el acceso a la salud

³⁰ Transgender Europe (TGEU) es una red europea de organizaciones trans, creada en 2005, en Viena, durante la celebración del primer Consejo Europeo Trans (Transgender European Council).

reproductiva de la población trans madrileña. El informe menciona también la relación con los servicios madrileños, en particular, las tensiones de parte de la población con el modelo de atención practicado desde el ámbito hospitalario por la Unidad de Identidad de Género (UIG).

En el ámbito de salud TLGBQI, y entrando en el terreno de la implementación de las políticas públicas, la contribución más significativa es el <<Diagnostico de las realidades de la población LGTB de Barcelona>> (2009), desarrollado por el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas del Ayuntamiento de Barcelona. Si bien es un estudio de carácter general tiene contribuciones que dedican un epígrafe al terreno de la salud.

El estudio del Ayuntamiento de Barcelona en 2009, realizado a través de métodos mixtos, encuentra que, en el contexto de los centros sanitarios, las personas LGTB que relatan haber tenido problemas en la atención los refieren al <<trato diferencial o discriminatorio>> a causa de su identidad de género o tendencia sexual (2009:33). A ello hay que añadir, las terapias reparativas indirectas tanto a personas homosexuales como a trans; esto es, todas aquellas prácticas que se fundamentan en que la identidad de género o la orientación sexual de la persona debería ser otra distinta o, bien, podría ser <<corregida>>. Tal y como refleja el informe, las prácticas más frecuentemente registradas, que reflejan el trato discriminatorio en las consultas, afectan a la falta de respeto a la identidad de género de la población trans, a los derechos reproductivos de lesbianas, al derecho a la atención ginecológica y urológica de las personas del colectivo, así como al derecho a recibir una atención libre de patologización.

El trato diferencial o discriminatorio se concreta sobre todo en la negación a tratar a la persona trans en función de su género sentido, en obstáculos para la inseminación artificial de lesbianas, en el sesgo heterosexista de médicos de especialidades relacionadas con aspectos sexuales (urología y ginecología) y en la puesta en práctica de terapias reparativas encubiertas (2009:38)

El concepto de <<heterosexismo>> se basa en el de <<matriz heterosexual>>, utilizado por la filósofa Judith Butler (2007) para nombrar el paradigma que establece la correspondencia entre sexo, género y deseo; basado en las premisas binarias: sólo dos sexos, dos géneros y dos orientaciones bien delimitadas. Para los fines de nuestra investigación preferimos el concepto de <<matriz cis-heterosexista>> como una forma de destacar que la presunción que iguala la noción de <<persona>> a la de <<individuo cis>> (esto es, no-trans), es una forma de violencia que excluye las identidades trans como formas de vida dignas de ser vividas (y respetadas) en plenas condiciones de igualdad y dignidad con el resto de expresiones de género.

Aunque el informe del Ayuntamiento de Barcelona es breve en el análisis del contexto sanitario, consigue registrar prácticas concretas en las cuales se traduce el sesgo cis-heterosexista del sistema de salud de la ciudad condal. Así, en las consultas de ginecología, los hombres trans perciben las conductas de rechazo de l*s profesionales sanitari*s, cuyas expectativas residen en que únicamente deberían recibir en sus consultas a mujeres (y con identidad cis) (2009:39). En el caso de las lesbianas, se detecta el impacto que tiene en su salud la invisibilización en el sistema sanitario: el escaso conocimiento de los métodos de prevención y la creencia de que el riesgo de transmisión de infecciones sexuales presenta una incidencia prácticamente insignificante cuando se trata de relaciones entre mujeres cis, conlleva un incremento del riesgo de exposición.

Justamente el estatus de vivir con VIH continúa siendo uno de los factores que producen sesgos en la atención sanitaria. Por un lado, el estigma, derivado de la moralización de la enfermedad, continúa estando presente. Este estigma se extiende al conjunto de la población gay por lo que se encuentra que, en el contexto sanitario, muchos hombres gays son interpretados como seropositivos antes de conocer su estatus serológico. Por otro lado, los jóvenes, las personas trans y las migrantes continúan padeciendo condiciones de exclusión que las convierten en los sectores más vulnerables al VIH dentro de la población TLGBQI.

Los resultado de la investigación del Ayuntamiento de Barcelona concuerdan con las denuncias recogidas por el <<Observatori contra l'Homofòbia>> de la misma ciudad en el informe del año 2015 (Observatori Contra l'Homofòbia, 2015). La incidencia de las denuncias presentadas formalmente ante el Observatorio por razones de vulneración de derechos sexuales y reproductivos suponen tan solo el 1,78% de las denuncias totales (2 denuncias del total). Los dos casos registrados por el Observatorio son: vulneración de derechos sexuales a una persona trans y vulneración de derechos reproductivos a una parejas de mujeres lesbianas, a las cuales la sanidad pública catalana se negó a prestar servicio para la reproducción asistida. Este dato hay que interpretarlo atendiendo al tipo de derechos que aún son vulnerados: el 31% de las denuncias presentadas se corresponden con el padecimiento de agresiones directas. Un dato que nos pone en el contexto de que la vulneración del derecho a la integridad de la población TLGBQI todavía es un hecho, lo que hace que otros tipos de vulneraciones tenga menor probabilidad de ser visibilizados y, por tanto, denunciados. La relevancia de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos es menor cuando el derecho a la integridad y a una vida libre de violencias no está aún garantizado.

Al presente estudio hay que añadir la investigación sobre "La situación social de la población migrante latinoamericana TLGB (Transexual, transgénero, lesbiana, gays y bisexual) en España, desde un enfoque de género y derechos humanos" (Osborne, 2012)" que presenta una importancia doble. Por un lado, se trata de un estudio que permite

atender a las barreras específicas que recaen sobre la población migrante latinoamericana TLGB en el contexto español, ya sea por su procedencia, por el acto de racialización del que frecuentemente son objeto o por ambas. Por otro lado, los resultados apuntan hacia conclusiones que cabe poner en relación con los servicios de salud, como la necesidad de poder expresar la orientación y/o la identidad de género que presenta un alto impacto sobre el ejercicio de otros derechos.

Desde los métodos cuantitativos, encontramos un único estudio centrado en el terreno de la salud que abarque al conjunto de la población LGTB: “LGBT people and discrimination in the area of health in Spain” publicado por la FELGTB³¹ e ILGA Europe³² en el año 2015. Se trata de un estudio de ámbito estatal, donde a través de una muestra de 685 individuos y 16 profesionales, se analizó la percepción de l*s encuestad*s sobre tres aspectos: la prevención y tratamiento del VIH; el acceso a los servicios de salud por parte de la población trans, y los servicios de reproducción asistida utilizados por mujeres lesbianas y bisexuales. En el estudio se establece que las preocupaciones más frecuentes de la población LGTB encuestadas son: la infección por VIH, el impacto del acoso laboral y escolar, la mejora de la competencia de l*s profesionales de la salud en temática LGTB, el acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad y (5) otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VPH. El orden varía en función de los diferentes grupos (mujeres lesbianas y bisexuales cis, hombre gays y bisexuales cis, mujeres y hombres trans.

A nivel internacional, teniendo en cuenta la diversidad del colectivo TLGBQI y el volumen de publicaciones en torno a temáticas como el VIH -donde aparecen reflejados datos que afectan a la población de hombres cis gays, bisexuales y a algunos sectores de la población de mujeres trans-, el manejo bibliográfico se vuelve más complejo, por lo que en este informe nos limitamos a destacar algunos trabajos publicados que pueden servir para los fines de un estudio exploratorio como el nuestro. Entre los trabajos que aportan información sobre el acceso a los derechos que nos ocupan, de sectores del colectivo cuya situación solo puede entenderse desde un enfoque interseccional, cabe destacar el Libro Blanco Europeo contra la Homofobia (Ajuntament de Barcelona, 2011). Se trata de un documento que analiza las políticas locales orientadas a combatir la discriminación por razón de orientación sexual y de identidad de género; una iniciativa en la que colaboran varias corporaciones públicas locales, entre ellas el Ayuntamiento de Barcelona y la Universitat de Barcelona. Entre ellas hallamos aportaciones a la comprensión de los obstáculos que recaen sobre las personas trans mayores. Tal y como relata el informe, se trata de personas que accedieron a los tratamientos hormonales y quirúrgicos en un momento donde existía menos conocimiento sobre los mismo y su regulación era inferior. Ello ha comportado la existencia de mayores problemas de salud. En el caso de las mujeres

³¹ Siglas de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales, que engloba entidades LGTBI del territorio español.

³² Siglas de la International Lesbian and Gay Association Europe, organización que engloba entidades LGTBI del territorio europeo.

trans mayores trabajadoras del sexo, se detecta una esperanza de vida <<notablemente más baja>> que las mujeres no trans de sus mismas generaciones (2011:52). Se desconocen las necesidades en salud de los hombres trans en proceso de envejecimiento dado que su acceso a los tratamientos ha sido históricamente posterior, por lo que hay una ausencia de recogida y análisis de casos.

Por último, este informe también aporta un dato importante: los sesgos heterosexistas en salud incrementan la posibilidad de que las personas TLGBQI que acuden a consulta traten de ocultar información relevante como el tipo de prácticas sexuales. Esta conducta de autoprotección puede comportar dificultades en la valoración del riesgo de exposición a determinadas enfermedades. Esta advertencia coincide con los datos obtenidos en el informe “Jóvenes LGTB” publicado por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales en el año 2009 (Garchitorena, 2009). Se trató de un estudio cuantitativo en el que, a través de cuestionarios, se valoró la percepción sobre la atención médica de jóvenes autoidentificad*s como LGTB, menores de 25 años y residentes en el Estado Español. El informe encuentra que el 73% de l*s encuestad*s relatan que sus médic*s desconocen su orientación o identidad y que, del 27% restante, el 8% califica dicha conducta como mala-regular (6%) o muy mala (2%).

Desde un punto de vista metodológico, interesa destacar la experiencia argentina en la “Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo: Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Ministerio de Salud, 2011), que conllevó la creación de una Mesa Participativa de Salud y Diversidad para debatir las políticas públicas hacia el colectivo. En esta jornada, la propia comunidad identificó las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, muchas de ellas institucionales y compartidas con el contexto español. Si bien se trató de una experiencia breve logró concretar algunos obstáculos percibidos en las consultas por la población TLGBQI que fueron recogidos posteriormente en la <<Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB>> (Gemetro & Bacin, 2012). En el caso de las personas trans, l*s participantes destacaron el acceso a los servicios de ginecología y urología así como la garantía de las modificaciones corporales deseadas y libremente escogidas. En usuari*s de ginecología, fue identificada la escasa prescripción de estudios como el PAP, la colposcopia y las mamografías, mientras que en hombres gays y bisexuales se detecta la necesidad de acceso a los servicios de proctología, y urología en condiciones de respeto a la identidad.

En el contexto latinoamericano, encontramos también otros recursos de interés para esta investigación. Así, en Perú, la Guía dirigida a profesionales <<Diversidad Sexual en los servicios de salud, ¿qué podemos hacer>>, realizada por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX (2011) aporta claves a tener en cuenta como hipótesis de investigación, como por ejemplo algunas de las

necesidades de atención sanitaria en torno a la atención al herpes y al cáncer anal dentro de la población TLGBQI.

Por último, fuera de la tradición comunitaria de los países latinoamericanos, queremos destacar el trabajo realizado por el National LGTB Health Education Center de Boston en la promoción de la salud TLGBQI, proporcionando materiales de información y capacitación a l*s profesionales de la salud bajo la perspectiva del <<affirmative care>>, esto es, la creación de entornos positivos hacia la población TLGBQI. Entre sus publicaciones se definen necesidades en salud atendiendo a la diversidad del colectivo en dicho contexto. Se detectan mayores tasas de << depresión, suicidio, falta de hogar, abuso de drogas, tabaquismo, infección por VIH, hepatitis B y otras enfermedades de transmisión sexual>> (National LGTB Health Education Center, 2014).

Capítulo 3

METODOLOGÍA

Capítulo 3

METODOLOGÍA

En este capítulo nos adentramos en la metodología utilizada durante el proceso de investigación.

Dado que el propio proceso de diseño metodológico ha sido objeto de construcción colectiva, incluyendo las preguntas y las hipótesis de investigación, comenzamos presentando una descripción acerca de cómo se ha elaborado este proceso. Posteriormente, describimos la metodología utilizada y los espacios de participación articulados, que han acompañado la investigación, haciéndola posible. Por último, reflexionamos sobre las limitaciones metodológicas, tanto del enfoque como de la práctica desarrollada y damos cuenta de las consideraciones de carácter ético en las que se ha apoyado la realización del trabajo de campo.

3.1. CÓMO SE HA ELABORADO ESTE PROCESO: LAS FASES

El diseño de la investigación ha sido elaborado de manera participativa. Un resumen del proceso, desplegado en el tiempo, puede observarse en el Diagrama 4 (ver *Anexo I*)

El proceso se ha desarrollado en tres fases: (I) construcción de diseño metodológico; (II) trabajo de campo cualitativo y (III) encuesta, análisis y devolución de la información.

Fase I. Construcción de diseño metodológico

Esta fase se ha desarrollado entre septiembre y diciembre de 2016. Las acciones que se han llevado a cabo han sido:

1. Constitución del Grupo Motor y la Comisión de Seguimiento como los dos espacios vertebradores de la participación en el proyecto

El Grupo Motor y la Comisión de Seguimiento han constituido los dos espacios centrales de participación en el proyecto durante esta fase, conformándose entre los meses de septiembre y octubre de 2016.

Para abordar su formación se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- La contactación de las personas que forman parte del grupo motor
- La invitación a personas que forman parte de los cinco sectores que conforman el proyecto: activistas TLGBI, profesionales de Madrid Salud, representante institucional de Madrid Salud, representante institucional del Ayuntamiento de Madrid y representantes del área de comunicación.

2. Construcción de las preguntas, hipótesis y diseño metodológico

Una vez constituidos los espacios de participación, se ha procedido a la construcción colectiva de las preguntas de investigación, las hipótesis de trabajo y el diseño metodológico. Para desarrollar este trabajo grupal ha sido necesario:

A) Socializar los objetivos de la investigación previamente negociados y mapear posibles tensiones con los mismos que puedan haber dentro del grupo motor.

Se trata de preguntarnos: ¿estamos de acuerdo en lo que vamos a hacer?, ¿se expresa algo en los objetivos con lo que no estamos de acuerdo, ¿hay algo que ha quedado fuera y nos gustaría que estuviese incluido? Con ello procuramos que los consensos sobre los objetivos de la investigación no se den por sentado. Se trata de escuchar y recoger las dudas que surjan sobre la propia fase de negociación, de modo que no sean un impedimento para la continuidad del proceso.

B) Construir las preguntas de investigación que guiarán la fase del desarrollo del trabajo de campo. En esta fase nos preguntamos: ¿qué le pedimos a la investigación como comunidad, como institución, etc...? Aquí es fundamental la triangulación entre la comisión de seguimiento (presencia institucional y profesional), el grupo motor (comunidad TLGBQI y profesionales) y el rol investigador (el enfoque técnico metodológico).

C) Construir las hipótesis de investigación que guiarán la indagación de las preguntas. Este es el momento de preguntarnos: ¿qué pensamos sobre lo que nos preguntamos? ¿Qué

ideas previas tenemos? ¿Qué creemos que podemos encontrar?. En definitiva, ¿cuáles son nuestras hipótesis de investigación?

D) Construir el diseño de la muestra con la población TLGBQI. A partir de las preguntas de investigación y las hipótesis de partida, nos preguntamos con el grupo motor, ¿cuáles son los principales discursos que podemos encontrar para cada tema? ¿Dónde están representados? Por consiguiente, ¿a qué sectores y qué personas debemos interrogar durante el trabajo de campo?

Paralelamente, el equipo técnico ha debatido el diseño con entidades asesoras con una alta experiencia en investigación social y/o participativa.

Para abordar este objetivo se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Desarrollo de 3 talleres participativos con el Grupo Motor
- Celebración de 1 reunión de la Comisión de Seguimiento
- Celebración de 4 reuniones de asesorías metodológicas

3. Vinculación del grupo motor de Formación de Agentes en Promoción de la Salud Comunitaria TLGBQI al proceso de investigación:

Se identifica al grupo que desarrolla la Formación en Promoción de la Salud TLGBQI como un espacio de generación de conocimiento de interés para esta investigación.

Para abordar este objetivo se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Incorporación de agentes que participan en el grupo motor de la formación dentro del grupo motor de la investigación
- Incorporación, como participante de la formación, del equipo técnico de la investigación.

Fase II. Desarrollo del trabajo de campo.

Esta fase se ha llevado a cabo entre enero y abril de 2017. En ella se han llevado a cabo las siguientes acciones:

1. Selección de la muestra mediante las “mesas de contactación”: l*s participantes del grupo motor que han querido se han incorporado voluntariamente a los espacios de trabajo

con el equipo técnico en los que se ha decidido qué personas contactar para las entrevistas y los grupos cualitativos.

2. Contactación de l*s informantes: la contactación se ha llevado a cabo por parte de las personas integrantes de las mesas y por parte del equipo técnico.

3. Desarrollo de la fase cualitativa del estudio: se han desarrollado 30 entrevistas, 6 grupos cualitativos y 2 talleres de investigación corporal. La descripción detallada puede verse en el apartado dedicado al diseño metodológico de este mismo informe

Fase III. Elaboración de la encuesta, análisis y devolución de la información

Esta fase se ha desarrollado entre abril y junio de 2017. Las acciones que se han llevado a cabo han sido:

1. Diseño y difusión de un cuestionario a personal sanitario del municipio de Madrid (La descripción detallada del cuestionario puede verse en el apartado dedicado al diseño metodológico de este mismo informe)

2. Análisis de la información realizado por el equipo técnico para dar lugar a un primer borrador a cerca de las problemáticas de salud sexual y reproductiva TLGBQI.

3. Devolución de la información: se han llevado a cabo dos talleres de devolución de la información, uno con el grupo motor y otro con el grupo de la Formación de Agentes de Salud Comunitaria TLGBQI. El equipo técnico ha ido recogiendo las contribuciones realizadas al primer borrador. En el primer taller, además de la devolución se trabajó el árbol de problemas, sus causas, los objetivos que deben guiar futuras planificaciones y las recomendaciones.

Trabajo transversal: Contrageografías y la comunicación del proceso

Nos planteamos la fase de comunicación como un proceso en el que tratamos de socializar la investigación fuera del Grupo Motor y la Comisión de Seguimiento, así como poder ir discutiendo los resultados preliminares en foros académicos. Además, se ha procurado promover la reflexión grupal acerca de los sectores del colectivo que suelen quedar fuera de la mirada hacia la salud (Contrageografías)

Para abordar sendos objetivos se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Celebración de 4 sesiones de Contrageografías TLGBQI // Madrid
- Participación en actos para presentar la investigación: RadioVallekas, Jornadas Vecinales y Octubre trans.
- Participación en las I Jornadas Internacionales de Antropología Médica y Feminismos: las desigualdades en salud de la Universidad Complutense de Madrid y en las I Jornadas Transformando, Claves para el Desarrollo de Políticas Públicas e Intervención en el ámbito de la Salud, de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid.

3.2. OBJETIVOS, PREGUNTAS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

A. Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es contribuir a la mejora del acceso, la atención y la promoción de la salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la identidad de la población TLGBQ del municipio de Madrid.

Objetivos específicos

Identificar las principales problemáticas en salud sexual, reproductiva y en relación al ejercicio del derecho a la identidad de la población TLGBQI del municipio de Madrid.

Identificar los sectores del colectivo TLGBQI y los enclaves en los que existen especiales barreras para el disfrute y la garantía de la salud sexual, reproductiva y del ejercicio del derecho a la identidad.

Definir un conjunto de recomendaciones que atiendan a las problemáticas identificadas para el disfrute de la salud sexual, reproductiva y el derecho al ejercicio de la identidad.

Implicar a la población TLGBQI en las distintas fases del proceso de investigación.

B Preguntas de investigación

El proceso de construcción de las preguntas de investigación ha constado de tres fases:

1. Construcción de las preguntas temáticas (Primer taller del grupo motor)

En este taller diseñamos las preguntas que tienen que ver con las situaciones vividas y preocupaciones sentidas por las propias personas integrantes del grupo. Partimos de dos supuestos:

- (I) En el propio grupo motor ya hay un conocimiento de qué está sucediendo en torno a la salud sexual, reproductiva y el derecho al ejercicio de la identidad de la población TLGBQI de Madrid.
- (II) Las preguntas de investigación constituyen un lugar privilegiado para construir el vínculo entre las personas integrantes del grupo motor y la investigación, ya que nos da la oportunidad de responder a preguntas que realmente nos hacemos.

De este modo, el trabajo que se planteó al grupo motor en la primera sesión giró en torno a la siguiente cuestión: <<¿Qué situaciones hemos vivido (respecto a nuestra salud sexual, reproductiva y el derecho al ejercicio de la identidad) que nos gustaría que cambiaran? ¿Qué preguntas nos hacemos a partir de dichas situaciones?>>

Al sistematizar las preguntas, pudimos extraer las temáticas generales de la investigación. Las preguntas temáticas construidas han sido las siguientes:

- Tema 1. Reproducción asistida en personas TLGBQI.
- Tema 2. Reproducción no asistida en personas TLGBQI.
- Tema 3. Acogida y atención ginecológica de las personas TLGBQI.
- Tema 4. Prevención y tratamiento de ITS y embarazos no deseados.
- Tema 5. Derecho al ejercicio de la identidad en personas trans.

Estas temáticas han guiado la preparación de las entrevistas, de manera que si bien se trataba de entrevistas abiertas, el final de las mismas ha incorporado alusiones a las temáticas señaladas cuando no habían sido atendidas por l*s informantes en cuestión, siempre y cuando se considerase pertinente su introducción.

2. Construcción de las preguntas sectoriales (Segundo taller del grupo motor):

En ese momento planteamos al grupo motor abrir la mirada más allá de las experiencias del propio grupo. Vimos que era necesario atender a aquellos <<enclaves>> que frecuentemente quedaban fuera de nuestras miradas, ya que el propio colectivo TLGBQI presenta sus propios procesos de hegemonía. Para abordar dichos enclaves hemos optado por el concepto de <<Contrageografías>> .

De este modo, la pregunta que hemos lanzado al grupo motor, ha sido: <<¿Cuáles son nuestras propias contrageografías?>>, <<¿qué enclaves hallamos en ellas?>>, <<Qué preguntas de investigación nos ayudan a poner luz dentro de dichos enclaves?>>

De la sistematización de dicho trabajo se extraen los sectores que conforman dichas contrageografías:

- Migrantes y solicitantes de asilo.
- Mayores.
- Población intersex.
- Personas sin hogar.
- Diversidad funcional.
- Personas adultas tuteladas.
- Menores tutelad*s.
- Personas en CIES y prisiones.
- Trabajador*s sexuales.
- Salud mental.
- VIH.
- Comunidad Sorda.
- Asexuales.
- Menores trans (en el transcurso de la investigación este sector se ha considerado incluir como tema central en vez de periférico).

3. Amplificación (vía on-line)

Por ultimo, decidimos incorporar a dichas preguntas de investigación al grupo motor de la Formación en Agentes de Promoción de la Salud TLGBQI así como a personas del grupo motor de investigación que no hubiesen podido asistir a alguna de las sesiones previas.

Para ello realizamos una consulta mediante un documento de trabajo compartido, donde las personas pudieron incorporar directamente sus sugerencias.

Las preguntas de investigación nos han proporcionado un contexto sobre las preocupaciones del grupo motor en torno a aquello que habría de ser objeto de investigación así como sobre la manera de preguntarnos por ello. Así mismo, nos han permitido establecer temáticas para construir el guión de las entrevistas abiertas semiestructuradas. Las entrevistas parten siempre de una pregunta general -que varía según el tipo de informante- que genera el espacio para que la persona informante decida la arquitectura del discurso en torno al tema propuesto.

Con el fin de que la definición exhaustiva de las preguntas de investigación no provocase un cierre inmediato de la investigación en torno a ellas, se articularon recursos para generar apertura metodológica. Si bien las preguntas han guiado la preparación de las entrevistas, sólo al final de las entrevistas se han incorporado alusiones a las temáticas señaladas cuando no eran atendidas por l*s informantes en cuestión, y siempre y cuando se considerase pertinente su introducción.

Por último, las preguntas y el trabajo desarrollado en torno a él permite un acercamiento del equipo técnico a la población -y en concreto al grupo motor-, en tanto permite socializar y poner en diálogo las preocupaciones del grupo dentro de la investigación.

C. Hipótesis

El proceso de construcción de las hipótesis de investigación se llevó a cabo durante la sesión 3 del grupo motor. Las hipótesis generales que planteamos aquí provienen de un análisis global del trabajo del grupo motor, que definió las hipótesis temáticas: aquellas que responden a las preguntas de investigación de los temas generales identificados.

Dicho trabajo se realizó partiendo de la siguiente pregunta: <<En relación con cada pregunta, ¿qué es lo que pensamos que puede estar sucediendo?, ¿qué creemos que vamos a encontrar?>>

Fruto de la sistematización de dicho trabajo, en la presente investigación planteamos tres hipótesis generales relacionadas con la atención a la salud sexual y reproductiva y el ejercicio del derecho a la identidad de la población TLGBQI del municipio de Madrid:

1ª) Existen obstáculos a la salud sexual, reproductiva y el derecho a la identidad en, al menos, tres niveles: el acceso, la atención y la promoción de la salud.

2ª) El marco que define la atención a la salud sexual y reproductiva y que condiciona el ejercicio de los derechos responde a un paradigma cis-heterosexista: dos anatomías, dos sexos, dos géneros, dos orientaciones y un nexo predefinido entre cada anatomía-sexo-género-deseo. Este marco de atención presenta consecuencias sobre el acceso a la salud de las personas TLGBQI y, en particular, de las personas trans.

3ª) Las consecuencias del marco cis-heterosexista de atención a la salud sexual y reproductiva y del ejercicio del derecho a la identidad se multiplican en los distintos enclaves del colectivo, donde interseccionan diferentes realidades con la cis-heteronormatividad.

3.3. INTRODUCCIÓN AL DISEÑO METODOLÓGICO

El presente Diagnóstico Participativo se plantea como un proceso de investigación estructurado en tres fases: construcción del diseño, trabajo de campo y devolución. En este apartado, nos centramos en presentar los métodos que hemos utilizado durante las fases II y III de la investigación.

La investigación se plantea mediante un **diseño de tipo mixto**, que tradicionalmente combina un enfoque cualitativo-etnográfico con un enfoque cuantitativo a los efectos de poder responder a las preguntas de investigación de un mismo estudio (Driessnack et al., 2007). Esta selección va más allá de una mera intención de cruzar los discursos producidos a través de técnicas que se centran en la subjetividad de las comunidades de estudio (cualitativas) con los datos obtenidos mediante apoyo estadístico. Como recogen divers*s autor*s, los métodos mixtos nos proporcionan la posibilidad de realizar una "triangulación metodológica" de la información que presenta un valor añadido. Abordar la misma problemática desde diferentes enfoques de investigación proporciona la posibilidad de combinar, no solamente técnicas, sino también paradigmas.

En esta investigación, priorizamos los métodos cualitativos, razón por la que recurrimos a un diseño **secuencial**. De este modo, comenzamos con el desarrollo del trabajo de campo cualitativo para, a partir de los resultados preliminares, cerrar el diseño del estudio cuantitativo y llevarlo a cabo con posterioridad.

En nuestro contexto de estudio, nos referimos a "**triangulación metodológica**" en dos sentidos. En primer lugar, para nombrar las posibilidades interpretativas que nos brinda la combinación de métodos cuantitativos y métodos cualitativos, tal y como ya hemos referido. En segundo lugar, para nombrar la posibilidad de reconstruir un campo de discurso (por ejemplo: <<la atención a mujeres lesbianas cis y trans dentro de las consultas de ginecología>>) mediante la puesta en diálogo de las percepciones de l*s diferentes agentes en juego (en nuestro ejemplo, mujeres lesbianas cis, mujeres lesbianas tras, profesionales de la enfermería, matronas y profesionales de la ginecología).

Como puede verse, la triangulación es una estrategia metodológica para articular los discursos de l*s principales agentes implicad*s en los procesos de salud-enfermedad-

atención de la población TLGBQI del municipio de Madrid. Una cuestión fundamental es decidir quiénes son es*s agentes en juego y cuáles podemos incorporar en la investigación. Ciertamente es que los estudios previos nos permiten realizar una primera proyección del mapa social, en la que las instituciones sanitarias, las diferentes especialidades de la atención profesional a la salud TLGBQI y la propia comunidad marcan tres grandes sectores de referencia para distinguir experiencias, puntos de vista y discursos. No obstante, definir y seleccionar agentes no remite solamente a una decisión metodológica que determina cómo aplicamos el método, sino a una decisión de orden epistemológico, por cuanto depende de cómo nos hacemos las preguntas y de qué hipótesis estamos barajando. Dado que el enfoque de este trabajo es participativo, el diseño muestral es una decisión que toma el grupo motor con el acompañamiento técnico-metodológico del equipo técnico. Por tanto, una cuestión fundamental es **cómo articulamos la participación** del grupo motor en dos momentos clave de las fases II y III: el diseño muestral y el análisis interpretativo. Y aún más: ¿cómo lo hacemos para que el diseño de la investigación sea <<efectivo>> de modo que los niveles de participación con los que se compromete el grupo resulten sostenibles para sus participantes a lo largo de todo el proceso?

Con el fin de plantear un equilibrio entre <<necesidades de participación-limitaciones a la participación>>, desarrollamos una propuesta con diferentes niveles de participación. La participación de las instituciones y de una parte de sector profesional se articula a través de la Comisión de Seguimiento. La participación de la Comunidad TLGBQI se articula fundamentalmente en torno al Grupo Motor (Grupo Motor), donde también se hallan implicad*s profesionales de la salud TLGBQI. Dentro del Grupo Motor se establecen dos niveles diferentes de participación que nos permiten integrar diferentes disponibilidades de las participantes. El primer nivel es la participación exclusiva en las reuniones del Grupo Motor. El nivel 2 incluye además formar parte de una mesa de contactación.

Para la fase de trabajo de campo, una parte del Grupo Motor ha participado en las mesas de contactación. Se trata de espacios configurados en torno a las temáticas generales de la investigación. A partir de las preguntas de investigación que ha trabajado el Grupo Motor se han definido cuatro temas prioritarios que se constituyen en mesas de trabajo:

1. Reproducción asistida y no asistida en población TLGBQI

2. Acogida y atención ginecológica en población TLGBQI³³
3. Prevención de ITS y VIH
4. Derecho a la identidad de las personas trans

3.4. DISEÑO METODOLÓGICO

Como señalamos en la introducción hemos optado por un diseño participativo que combina **métodos mixtos** de investigación social, esto es, métodos cuantitativos junto con métodos cualitativos y participativos.

El desarrollo del trabajo de campo se ha concretado en:

- Realización de 30 entrevistas abiertas semiestructuradas a 28 informantes diferentes repartid*s entre el sector profesional (17 entrevistas a 15 informantes) y el sector de la población TLGBQI (13 entrevistas a 13 informantes). En dos casos referidos a personas informantes profesionales, hemos optado por la realización de una segunda entrevista debido al interés de la trayectoria de la persona para el objeto de estudio de esta investigación.
- Desarrollo de 6 grupos cualitativos con población TLGBQI.
- Desarrollo de 2 talleres participativos de investigación corporal relacionados con salud ginecológica de mujeres cis lesbianas y bisexuales y salud mental de personas TLGBQI .
- Puesta en marcha de un cuestionario sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas del Personal Sanitario hacia las personas TLGBQI” dirigido a profesionales de centros de atención primaria, centros de especialidades y centros de prevención y promoción de la salud, dentro del término municipal de Madrid.!

A. Métodos cualitativos

La elección cualitativa se fundamenta en tratarse como la más adecuada para investigar las vivencias subjetivas de los distintos agentes implicados en los procesos de salud, enfermedad y atención de la población TLGBQI. Las técnicas cualitativas utilizadas

³³ Por dificultades de organización, esta temática no contó con mesa de contactación, por lo que se desarrolló a partir del equipo técnico.

durante el trabajo de campo han sido la entrevista en profundidad y el grupo cualitativo. Paralelamente se han desarrollado dos talleres participativos con población TLGBQI, que no han sido grabados para evitar interferencias con las dinámicas grupales, pero sobre los que se han tomado notas a través de la observación participante.

a) Entrevistas en profundidad

La entrevista en profundidad nos permite establecer un contacto significativo entre la persona entrevistada y nuestra temática de investigación. Este aspecto es clave para hacer emerger discursos centrados en la visión propia del sujeto y evitar el estancamiento en los discursos más extendidos socialmente, que abordarían otras técnicas.

Las entrevistas son de tipo **semiestructuradas**. Esta elección implica definir previamente una serie de temas alrededor de los objetivos - guión de entrevista - que nos permiten prever algunas preguntas de interés. Sin embargo, estas preguntas no son realizadas necesariamente de manera directa. La práctica de entrevista puesta en marcha ha sido **no directiva**, de modo que a partir de una pregunta general se permite que la persona entrevistada vaya construyendo y ordenando las ideas que van apareciendo en su discurso. Al final, se añaden preguntas concretas que la entrevistadora considere oportunas. Este enfoque nos permite combinar la amplitud con la profundidad, tal y como las recoge Vallés (2007:21): la posibilidad de indagar sobre la gama de temas que puede ir presentando la persona entrevistada junto con las implicaciones afectivas que tienen para los sujetos las diferentes ideas e impresiones que van surgiendo.

En las Tablas 1 y 2 aparecen detallados los perfiles de las personas informantes entrevistadas.

nº	ENTREVISTAS (1) SECTOR PROFESIONAL
	Entrevistas a Profesionales que trabajan en centros de proximidad
1	Médica de cabecera CMS (Centro Madrid Salud)
2	Ginecóloga CMS
3-4	Ginecóloga CMS (Número de entrevistas: 2)
5	Médico Consulta Prueba Rápida VIH CMS
6	Médica Centro de Diagnóstico Médico CMS
7	Administrativa CMS
8	Médica de cabecera CAP SERMAS (Centro de Atención Primaria)

9	Médico de cabecera CAP SERMAS
10	Administrativa CAP SERMAS
	Entrevista a Profesionales de Centros Hospitalarios Públicos
11	Médico endocrino
	Entrevistas a Profesionales TLGBQI que trabajan específicamente con población TLGBQI
12	Trabajadora social
13-14	Profesional de la sexología (Número de entrevistas: 2)
15	Psicóloga
16	Médico endocrino
	Profesionales de la Consejería de la Comunidad de Madrid
17	Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Tabla 1. Detalle de las entrevistas realizadas al sector profesional

nº	Entrevistas (2): SECTOR POBLACIÓN TLGBQI
1	Mujer trans mayor migrante
2	Mujer trans mayor residente fuera de Madrid
3	Mujer trans colaboradora de una asociación madrileña
4	Hombre trans joven
5	Mujer trans menor de edad
6	Mujer cis lesbiana sorda
7	Hombre cis gay con diversidad funcional
8	Hombre cis gay con diversidad funcional residente fuera de Madrid
9	Mujer cis lesbiana gitana
10	Mujer cis lesbiana ciber-activista
11	Mujer cis lesbiana con experiencia personal en procesos de reproducción asistida (no gestante)
12	Hombre cis gay VIH positivo
13	Mujer cis lesbiana

Tabla 2. Detalle de las entrevistas realizadas al sector de población TLGBQI. De cada informante se muestran los ejes de desigualdad que han condicionado la elección.

Criterios de selección de las personas entrevistadas:

La selección de las personas entrevistadas la lleva a cabo el grupo motor y el equipo técnico, tomando como base el mapeo social que hemos realizado para cada temática durante el tercer taller del grupo motor. En él se reflejan los principales agentes sociales que interviene en los procesos de salud / enfermedad / atención de la población TLGBQI del municipio de Madrid, relevantes para conocer el estado de la salud sexual, reproductiva y el derecho al ejercicio de la identidad. A partir de este mapeo, cada mesa de contactación ha decidido el diseño muestral concreto

- Para la selección de las personas entrevistadas profesionales (Tabla 1) se han tenido en cuenta los siguientes criterios. En primer lugar, el tipo de servicio en el que atienden a personas TLGBQI:
- Servicios de salud generales de la red de asistencia pública (Madrid Salud y SERMAS (Centros de Atención Primaria y Hospitales)).
- Otros servicios públicos de atención pública y privada específicamente dirigidos a población TLGBQI (Servicio LGTBI de la CAM / Médicos del Mundo / Imagina Más / Servicios de Psicología).

Así mismo, se ha tenido en cuenta la especialidad de l*s profesionales que trabajan en los centros (Medicina Familiar / Ginecología / Endocrinología / Administración), centrándonos en las más relevantes en atención directa a la comunidad TLGBQ.

Por último, se ha incorporado una entrevista a una especialista en Salud Pública de la Consejería de la Comunidad de Madrid, con la finalidad de conocer la naturaleza de los programas dirigidos específicamente a la población objeto de estudio.

Respecto a las entrevistas dirigidas a población TLGBQI (ver Tabla 2) se han tenido en cuenta los siguientes criterios para la selección:

- La identidad sentida de las personas entrevistadas, con el fin de contar con una muestra que integre a mujeres y hombres cis y trans.
- La pertenencia a algún enclave (diversidad funcional, migrantes, población gitana, mayores, menores). *Selección por sectores y enclaves:* personas que tienen un contacto y un conocimiento profundo de determinados enclaves de la población TLGBQI. Por <<enclave>> en esta investigación entendemos aquellos lugares concretos en los que confluyen diferentes procesos de estigmatización y/o discriminación, significativos para atender a la dimensión de la salud que aquí estudiamos, y que no pueden entenderse únicamente bajo el impacto de la LGTBfobia. Hablar de "enclaves" nos permite atender a los procesos de interseccionalidad que originan la heterogeneidad y la complejidad de las experiencias y las realidades TLGBQI en el ámbito de la

salud. Un ejemplo de <<enclave>> es el colectivo trans migrante donde a la discriminación por LGTBfobia se une el estigma y la exclusión provocados por la xenofobia y el racismo. Por razones metodológicas diferenciamos "enclave" de "sector", siendo un "sector" un conjunto de enclaves. De este modo, el sector <<Migrantes TLGBQI>>, se encarna en diferentes enclaves: mujeres migrantes trans, mujeres migrantes trans trabajadoras sexuales, personas TLGBQI en condiciones de asilo, etc...

- La presencia de situaciones específicas en salud (VIH y procesos de reproducción asistida).

Así mismo se han valorado criterios relacionados con la organización de las personas entrevistadas, buscando que la muestra contenga tanto personas en organizaciones como otras que no tienen ninguna pertenencia a un colectivo.

b) Grupos cualitativos

La temática y la composición de los grupos cualitativos desarrollados aparece reflejada en la Tabla 3. Los grupos cualitativos son espacios articulados para conocer la percepción de la población TLGBQI sobre su salud sexual, reproductiva y el ejercicio del derecho a la identidad.

Se han formado dos grupos cualitativos basados en la identidad (hombres cis gays / mujeres cis lesbianas y bisexuales) y tres grupos articulados en torno al cruce de la identidad con otras condicionantes sociales (edad y estatus legal). Así mismo, se ha desarrollado un último grupo (familias de menores trans) con el fin de recoger la vivencia de la familias como acompañantes del proceso de transición.

Se opta por la designación de "grupo cualitativo", en lugar de "grupo de discusión", debido a algunas limitaciones metodológicas que hacen que ciertas características clásicas de aquellos no se cumplan. La diferencia principal ha sido el grado de conocimiento entre l*s participantes, que ha configurado las particularidades de dos grupos: el grupo de familias y el grupo de mujeres cis lesbianas / bisexuales. En el primer caso, la causa ha sido que las familias accesibles estaban organizadas, por lo que la diversificación de las estrategias de contactación no ha logrado impedir que l*s asistentes se conozcan entre sí. Por otro lado, el grupo de participantes mujeres cis lesbianas y bisexuales se conocieron previamente en el taller de investigación corporal de salud ginecológica. La conformación de un grupo cualitativo posterior formado por una parte de ellas fue una elección metodológica relacionada con las características de las temáticas que aparecieron en el taller, cuya profundización implica cierto nivel de intimidad y, por consiguiente, de confianza.

nº	Grupos cualitativos: SECTOR POBLACIÓN TLGBQI	Duración (min)
1	Grupo de Jóvenes trans	106
	Asistentes: 5 Composición del grupo: tres hombres y dos mujeres de entre 19 y 31 años.	
2	Grupo de Familias de Menores Trans y personas no binarias	118
	Asistentes: 7 Composición del grupo: 6 mujeres y 1 hombre de entre 33 y 55	
3	Grupo de Hombres CIS Gays	98
	Asistentes: 5 Composición del grupo: hombres gays de entre 24 y 65 años	
4	Grupo de Personas TLGBQI Refugiadas	81
	Asistentes: 5 Composición del grupo: 1 mujer trans, 1 hombre trans, 1 mujer cis y 2 hombres cis	
5	Grupo de Mujeres cis Lesbianas / Bisexuales asistentes al taller de Ginecología	
	Asistentes: 8 Composición del grupo: mujeres jóvenes cis lesbianas y bisexuales que habían asistido previamente al taller ginecología. Edades: Entre 22 y 35 años	
6	Grupo de Mayores TLGBQI	89
	Asistentes: 10 Composición del grupo: 1 mujer trans, 2 mujeres cis y 6 hombres cis. Edades: 57 a 72 años	

Tabla 3. Detalle de los grupos de discusión desarrollados con población TLGBQI

c) Talleres participativos de investigación corporal

En la Tabla 4 puede verse la temática y composición de los talleres. Los talleres han tenido por objeto provocar un espacio de reflexión colectiva sobre dos temáticas: la salud sexual y ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales y la gestión de la salud mental. Se trata de espacios que permiten incorporar en la investigación metodologías que integran la reflexión a partir del cuerpo y la experiencia grupal.

nº	Talleres: SECTOR POBLACIÓN TLGBQI
1	Indagar en nuestra salud sexual y ginecológica: sentires, experiencias y aprendizajes. Taller de investigación corporal para personas TLGBQI. Duración: 2 sesiones de 3 horas cada una Asistentes: 16 personas (mujeres cis lesbianas y bisexuales) a la primera sesión, 10 personas a la segunda sesión .
2	(DeS)bordes Divers*s. Espacio de acompañamiento y creación para reapropiarnos de nuestra salud mental. Duración 16 horas distribuidas en 8 sesiones de 2 horas de duración cada una.

Tabla 4. Detalle de los talleres desarrollados y en proceso de desarrollo con población TLGBQI

Estos talleres han sido desarrollados por expertas en teatro de l*s oprimid*s, trabajo sistémico y perspectiva de género de la cooperativa Tres Social³⁴. La función del equipo técnico ha sido la realización de observación participante dentro de los mismos.

B) Métodos cuantitativos

Los métodos cuantitativos permiten realizar una estimación de las conclusiones obtenidas en una primera fase de estudio cualitativa a la población de referencia (Bisquerra, 2004). La elección cuantitativa en este estudio persigue medir el alcance de las problemáticas identificadas. Esta finalidad se asienta en la posibilidad de recoger información a través de cuestiones cerradas que permite la cuantificación y el tratamiento estadístico, así como la comparación, ya que son planteadas de forma idéntica y homogénea.

La técnica por la que optamos es la encuesta de una sola etapa. La encuesta se ha desarrollado a través de un cuestionario on-line.

Objetivo

El cuestionario va dirigido a valorar los comportamientos, actitudes y prácticas hacia la población TLGBQI del personal sanitario que trabaja en en atención de proximidad y en prevención y promoción de la salud dentro del término municipal de la ciudad de Madrid.

Población Diana

³⁴ Ver su página web en <http://www.3social.org/>

Personal sanitario (especialidades médicas, enfermería, matronas y matrones) de Centros de Atención Primaria, Centros de Especialidades (Servicio Madrileño de Salud - SERMAS) y Centros de Prevención y Promoción de la Salud (Madrid Salud).

Diseño de los cuestionarios

El desarrollo de las entrevistas y los talleres participativos nos proporciona un primer mapa de las problemáticas en salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la identidad. A partir de dicho mapa se han establecido las variables del cuestionario.

El cuestionario consta de 38 preguntas distribuidas en 6 secciones:

1. Práctica profesional.
2. Entorno laboral.
3. Normas y políticas específicas del lugar de trabajo
4. Experiencias personales, opiniones y conocimientos.
5. Formación.
6. Datos sociodemográficos.

La herramienta utilizada en esta investigación es una adaptación³⁵ de la creada por el Dr. Christian Gil-Borrelli, cofundador y miembro de la Asociación ISÓSCELES³⁶, para los fines de esta investigación.

Puede consultarse el cuestionario en el *Anexo 2*.

Métodos de difusión de los cuestionarios

El método de difusión de los cuestionarios han estado en función de las dependencias institucionales de cada centro:

- L*s profesionales de Madrid Salud han recibido el cuestionario por vía institucional a través del servidor interno
- L*s profesionales de Servicios de Salud diferentes a Madrid Salud han recibido el cuestionario en dos tiempos. Se desarrolló un primer envío desde el correo de la

³⁵ Este cuestionario ha sido adaptado en diálogo con la Asociación Isósceles, que ha colaborado en el asesoramiento de la parte cuantitativa de esta investigación.

³⁶ ISOSCELES, siglas de Iniciativa Sociosanitaria para la Cooperación y Equidad LGBT en España, es una asociación que promueve la equidad en salud de las personas LGBTIQ con una perspectiva de género, derechos humanos y salud pública, creada en 2016. (Ver página web: <https://isosceleslgbt.wordpress.com/>)

investigadora al correo de cada centro. En segundo lugar, la Gerencia de Atención Primaria envió el cuestionario a través del servidor de la institución

Periodo de difusión de los cuestionarios

El cuestionario ha estado abierto desde el 10 de mayo hasta el 7 de julio de 2017.

3.5 LIMITACIONES METODOLÓGICAS

El Diagnóstico Participativo que aquí presentamos es un estudio de carácter exploratorio que presenta un mapeo general de las problemáticas que afectan a la población TLGBQI del municipio de Madrid en el momento actual. El carácter exploratorio de un estudio, desarrollado en 9 meses y que abarca a una población extensa con un nivel de diversidad interna muy alto, presenta limitaciones y ha de leerse teniendo en cuenta determinadas consideraciones.

En primer lugar, el grado de amplitud del trabajo de campo resulta más válido para mapear temáticas generales que para abordar en profundidad las problemáticas de sectores y enclaves específicos de la población TLGBQI. Algunos sectores han podido ser abordados con mayor profundidad que otros, sobre todo cuando ha sido posible realizar un grupo cualitativo específico, como es el caso de “mayores TLGBQI”. Otros sectores se han abordado desde una o dos entrevistas en profundidad, lo que contribuye a tener una primera visión de los obstáculos específicos, pero genera un sesgo relacionado con otras características particulares de l*s informantes que no son objeto de la investigación. Reducir este sesgo no era el objeto de este estudio, ya que resulta imposible cubrir todos los sectores identificados desde 30 entrevistas, 6 grupos cualitativos y 2 talleres. El Diagnóstico presenta una primera aproximación que debe ser leída desde ahí, de modo que sirva para reflejar la complejidad del objeto de estudio y no para proponer una simplificación de lo que aún debe ser motivo de análisis más profundos.

Dentro del mapa de problemáticas que se va configurando a partir de este estudio el epicentro lo constituyen aquellas que son emergentes dentro del contexto actual. Esto afecta tanto a la importancia de las problemáticas (cuáles son percibidas más fácilmente y cuáles requieren de mayor nivel de elaboración personal y colectiva) como a las decisiones a tomar en torno al diseño muestral y, en particular, a la composición de los grupos cualitativos. Así, algunos sectores del movimiento TLGBQI comienzan a construirse como sujetos políticos, como en el caso de mayores LGTB, menores trans y familias de menores trans. Esta constitución se manifiesta en la aparición de organizaciones, grupos o colectivos y esa emergencia genera la pregunta de qué está sucediendo en torno a ese determinado sector. La génesis de esa pregunta origina la necesidad de incorporar en el

diseño muestral a ese sector como “grupo” específico. El nivel de consolidación de dicho grupo como sujeto político afecta al modo en que se incorpora a dicho diseño. El objetivo de esta investigación no ha sido cambiar las dinámicas de hegemonía del propio colectivo sino procurar incorporar al proceso investigador una mirada que permita invitar a otros sectores, a los que el acceso resulta más complejo precisamente por su nivel más reciente o más escaso de politización. En un nivel medio de politización (entendida como construcción de un sujeto colectivo) se hallarían la población gitana y la población sorda, mientras que en un nivel más bajo de politización hallaríamos, por ejemplo, a la población TLGBQI sin hogar. La población intersexual constituye un caso particular ya que existen tensiones sobre si nombrarse como tal o recurrir a la nomenclatura basada en la designación biomédica de los síndromes.

En el caso de la población migrante es necesario realizar algunas acotaciones, derivadas de la dificultad de atender a un colectivo que, a su vez, presenta una diversidad interna muy fuerte y que introduce el reto de categorizarlo analíticamente sin homogeneizarlo. Un primer sesgo es la procedencia de las personas cuando se habla de migración en las entrevistas, ya que el acceso a personas TLGBQI de determinadas comunidades es complejo en este contexto, aún más si miembros de estas comunidades no forman parte del equipo de investigación. Por otro lado, las problemáticas desarrolladas aquí responden a las que se derivan de los obstáculos relacionados con el estatus administrativo de la persona y a los condicionantes que este presenta para personas TLGBQI. Un posible sesgo en los discursos -en ocasiones tendentes a remarcar el grado de aceptación y acogida de la población española- procede de la procedencia no migrante de la propia investigadora, de modo que el diálogo que se establece debe ser entendido en el marco de dicha relación. Por otro lado, gran parte de la población migrante (y de población nacida en el Estado español no-blanca) se encuentra sometida a dinámicas de racialización³⁷ que varían enormemente dependiendo del lugar de procedencia y los significados atribuidos al mismo. Este aspecto queda, aún, pendiente de análisis.

La población bisexual ha sido incorporada al estudio tanto en las entrevistas como en los grupos cualitativos. Sin embargo, observamos una escasa producción sobre las dificultades específicas de vivir como personas bisexuales. Atribuimos este sesgo a la ausencia de un grupo cualitativo específico sobre bisexualidad en el diseño metodológico.

En relación con la participación, se ha dado una disminución durante los meses dedicados al trabajo de campo. Ello ha influido en la bajada del nivel de participación posterior durante la etapa de devolución, en particular en aquell*s integrantes del grupo motor que no formaron parte de las mesas de contactación. Esta disminución se relaciona también

³⁷ Por racialización entendemos la atribución de significados a una persona (ya sea sobre sus ideas, sus creencias, sus comportamientos, sus gustos o sus formas de sentir) en base a la intersección entre la procedencia atribuida según el nivel de pigmentación de la piel y otros rasgos físicos, la clase social y otros factores. El acto de racializar es así producto de esa acción de atribución que genera un* otr* diferente - un color- y no el producto de las características de la persona en cuestión.

con la implicación de las entidades y colectivos en los diferentes actos relacionados con el Orgullo LGTBI, ya que la fase de devolución (mayo-junio) coincidió con la organización de los distintos actos del mismo, incluidos aquellos que quedan bajo el paraguas de la celebración del World Pride, del que la ciudad de Madrid ha sido sede mundial este año. Relativo también al grupo motor, hay que tener en cuenta, respecto a su composición, que la incorporación del sector profesional ha venido de la mano de personas activistas TLGBQI que, a su vez, trabajan en el sector de la salud, faltando profesionales de las instituciones a las que afecta el estudio. Este sesgo se ha tratado de paliar durante la fase de devolución, incorporando a personas de la Formación en Agentes de Salud Comunitaria TLGBQI, con quienes ya existía una coordinación y quienes tenían también un proceso de elaboración en torno a salud TLGBQI.

Por último, si bien el presente estudio proporciona datos para pensar qué sucede en la Comunidad de Madrid, cabe ser caut*s con las extrapolaciones del contexto municipal al provincial. Uno de los factores que no aparece en el municipio, pero sí en la Comunidad, es la brecha rural / urbano que podría condicionar un cambio en el mapa de las problemáticas y en el peso que cada cual tiene en la vida de las personas TLGBQI, afectando en primer lugar al espacio que ocupan los obstáculos en salud dentro de las problemáticas percibidas. Este es un condicionante que afecta tanto a los resultados obtenidos en la parte cualitativa como en la cuantitativa. "

Capítulo 4

**SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A
LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LA
POBLACIÓN TRANS DE MADRID:**

EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA TRANSFOBIA

Capítulo 4

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LA POBLACIÓN TRANS DE MADRID: EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA TRANSFOBIA

4.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo presentamos las principales problemáticas de las personas trans relacionadas con el derecho a la identidad así como la salud sexual y reproductiva. Como señalamos en el apartado de metodología, el análisis se basa en la realización de entrevistas a 4 personas trans, a 5 profesionales y dos grupos cualitativos.³⁸

El derecho a una identidad de género que no se adecue necesariamente a los estándares sociales de la medicina, capaz de integrar la identidad como un campo altamente diverso y variable, está lejos de constituir una realidad dentro de las instituciones sanitarias. Esto provoca que, cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, el debate se centre en aspectos relacionados con los obstáculos hallados en el contacto con el sistema de salud y en particular con aquellos que impiden el disfrute del pleno derecho a la identidad. Este tipo de obstáculos no se manifiestan únicamente ante el acompañamiento a procesos de transición que incluyen aspectos médicos -como la hormonación- sino que acontecen también ante otro tipo de situaciones vitales no relacionadas con la identidad, en las cuales la persona requiere intervención o acompañamiento sociosanitario. Es decir, no se trata

³⁸ Las personas entrevistadas han sido, por parte de la población trans, un hombre trans y tres mujeres trans, una de ellas joven y l@s demás mayores de 50 años. En la parte de profesionales se ha entrevistado a dos médicos endocrinos, una psicóloga y dos trabajador@s sociales. Finalmente los grupos cualitativos se han realizado por una parte a familias de menores trans, formado por siete personas y a jóvenes trans, formado por cinco personas.

sólo de cómo responde el sistema salud a cuestiones trans-específicas sino a cuál es la respuesta ante pacientes con identidades distintas a las cis-sexual al margen de cuál sea el tipo de demanda.

La experiencia de una gran parte de la población trans se encuentra altamente medicalizada, un fenómeno que puede entenderse desde el tiempo y el espacio que ocupa el ámbito médico dentro de la vida de las personas trans. Si bien, esa espacialidad y esa temporalidad se debe en parte a las necesidades médicas en salud propias de gran parte de los procesos de transición y hay que relacionarlo también con los procesos iatrogénicos -de daño- del propio sistema de salud. En este sentido, resulta esclarecedor el modo en que la siguiente informante señala el impacto en la experiencia trans que puede presentar transitar por el propio sistema de salud dependiendo del modelo de atención que se practique:

Claro, el sistema sanitario pesa muchísimo en todo lo que es la experiencia trans porque en gran parte es un gran regulador de eso, es una gran influencia en lo que es la vivencia de la persona trans, realmente no se puede separar porque está increíblemente medicalizada lo que es la experiencia trans, influye muchísimo que tú tengas un médico de cabecera u otro, que vayas a un centro u otro, que estés tratándote en un centro u otro porque va a influenciar muchísimo sobre tu experiencia y tal y claro yo de mi, ehm, he tenido que estar mucho tiempo, ehm, entre analíticas, reuniones, un médico, tatatatá, sí que influye mucho y sí que he tenido que visitar, ehm, el hospital para eso muchas más veces de las que lo hace una persona media a lo largo de un año en su vida, en lo que una persona media va al hospital un año de su vida, ehm, yo he ido tres años de la suya, por que entre una reunión y otra es una frecuencia enorme de visitas... (ENT4).

Es necesario tener en cuenta la importancia que aún hoy reviste abordar las problemáticas que se dan en relación con el sistema de salud, para entender el alto número de cuestiones que este diagnóstico deja aún abiertas, relacionadas con el significado de un concepto amplio de salud sexual y reproductiva para la población trans. Quedarán aún pendientes de estudio cuestiones de especial relevancia en el marco de la salud sexual como cuál es la vivencia de la sexualidad, qué factores favorecen una vivencia más cercana a la deseable para las personas trans o cómo se integra el derecho al placer.

Por consiguiente, las problemáticas que planteamos a continuación hay que entenderlas como aquellas que son emergentes dentro del estado actual del reconocimiento y la efectividad de los derechos trans. Es decir, lo que surge es sólo una selección de lo que hay. No es casualidad, por tanto, que comencemos este capítulo, en particular, presentando una breve panorámica de la arquitectura institucional de la atención a las personas trans, atendiendo a cuál ha sido su evolución durante las dos últimas décadas. Y ello en tanto las problemáticas hoy emergentes no pueden ser entendidas sin atender a cómo se ha conformado el campo de la atención trans como un terreno profesionalizado que ha

regulado qué especialidades y qué servicios son los que han de hacerse cargo de la atención, así como qué criterios han de cumplir las personas que acceden a ellos.

Por último, cabe señalar que las problemáticas presentadas en este capítulo aportan una visión de cómo se configura el sistema sanitario a través del eje de desigualdad de la transfobia, que puede entenderse como una parte del funcionamiento del eje de desigualdades de género en salud. No obstante, se trata de un eje que hay que contextualizar en cada caso, ya que su funcionamiento no es ajeno al de otros ejes, entre los cuales queremos destacar aquí los de racialización, precariedad y capacitismo. Nos preguntamos entonces cómo responde el sistema de salud, no a un ente abstracto “trans”, sino a personas que son leídas simultáneamente en clave de etnia (como pertenecientes a lo occidental o como pertenecientes a un otro no occidental), con las consiguientes atribuciones particulares en cada caso. Nos preguntamos también por la capacidad del sistema de salud para dar respuestas a personas trans independientemente de su poder adquisitivo. Así mismo, cabe interrogarnos cuál es la capacidad de respuesta del sistema de salud ante cuerpos con funcionalidades distintas de las estándar (ya sea a nivel de movilidad o de otras). La intersección entre estos ejes es lo que da verdadera cuenta de cuáles son las problemáticas en salud de la población trans en cada contexto. En este sentido, es la *interseccionalidad* la estrategia que mejor nos permite acercarnos a una conceptualización de la realidad que nos ayude a desarrollar intervenciones útiles para las personas que viven los obstáculos en salud.

4.2. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS TRANS EN EL CONTEXTO MADRILEÑO

El circuito de atención sociosanitaria a las personas trans en Madrid se ha estructurado históricamente en torno a un mapa de actores que es necesario entender bajo una lógica de relaciones de hegemonía (centro-periferia). No todos los servicios tienen la misma relevancia ni practican el mismo modelo de atención. Por el contrario, se hallan implicados diferentes servicios y recursos, que se diferencian entre sí por la perspectiva con la que enfocan las identidades trans, el grado de despatologización de dicho enfoque, el itinerario de atención que proponen a sus usuari*s y el modelo de relación médic*-paciente que implican.

Las necesidades en salud actuales de la población trans no pueden entenderse fuera de la arquitectura de la atención sanitaria, teóricamente orientada a satisfacer dichas necesidades. Y ello en tanto las problemáticas que se encuentra la población trans madrileña no se explican mayormente por las especificidades de los tratamientos sino por la lógica de los servicios y los modelos de atención que los guían. De este modo,

necesitamos un análisis anatómico-fisiológico de la institución y la atención trans para contextualizar las problemáticas y necesidades que explicaremos en el siguiente apartado.

A. Etapas de la atención trans sociosanitaria

En aras a presentar brevemente un resumen de la evolución de la atención trans sociosanitaria, distinguimos tres etapas: la etapa pre-UTIG (1992-2007), la etapa de Hegemonía de la UTIG: primera fase (2007-2016) y la etapa de cambio de legitimidad y apuesta por la descentralización de la atención (a partir de 2016).

Etapa pre-UTIG (1992-2007)

La atención sanitaria a personas trans en Madrid comienza a articularse en el año 1992 con la puesta en marcha del servicio de Médicos del Mundo. Anteriormente, existía un servicio de pruebas de ITS creado en el año 1982 que atendía, entre otros, al colectivo trans, pero no existían circuitos de atención sanitaria fuera del dominio privado.

A partir del año 2001, el perfil de personas atendidas por el servicio de Médicos del Mundo se amplifica para acoger a cualquier persona trans que solicitase atención sanitaria. Durante esta etapa, la atención en Médicos del Mundo convive con la prestación de consulta por determinad*s profesionales del sector público y privado, como la psicóloga y activista feminista Cristina Garaizabal y el endocrino Antonio Becerra desde el Hospital Clínico. En este momento, la atención se basa en una desregulación que no imponía el requisito del diagnóstico psiquiátrico para acceder a un proceso de hormonación, tal y como explica una de las personas informantes:

Cuando en el año 2007, eh... aparece la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, para todo el colectivo fue una noticia maravillosa, es decir, pasábamos de que sólo había dos formas de obtener el tratamiento hormonal para personas trans en Madrid, que era a través del doctor Enrique Costilla en Médicos del Mundo, o a través del doctor Antonio Becerra en el Hospital Clínico, que en aquel momento daba esa... esa hormonación que nadie daba, y evidentemente, lo hacía sin ningún tipo de diagnóstico, ni nada de estas cosas que ahora le parecen a él tan importantísimo pedir. (ENT10)

A finales de esta etapa, se va configurando el grupo de la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición), que coordinaba a diferentes profesionales que atendían a población trans en el Estado Español de manera individualizada. Este grupo será el germen de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Madrid, creada ocho años después del surgimiento de la primera UTIG, en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

Etapa de Hegemonía de la UTIG:

En el año 2007, el surgimiento de la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) de Madrid, dependiente de los hospitales Ramón y Cajal, La Paz y Princesa, supuso un punto de inflexión en el panorama de la atención trans. Con un funcionamiento basado en las regulaciones del DSM e inspirado en los protocolos de Ámsterdam, se establece un cambio paradigmático en la atención trans: el diagnóstico psiquiátrico pasa a ser un requisito indispensable para la atención sanitaria. Paralelamente, en marzo del mismo año, el Congreso de los Diputados aprueba la Ley 3/2007 por la que se establece que para acceder a la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas son necesarios los siguientes requisitos: tener la nacionalidad española, ser mayor de edad, tener el diagnóstico de disforia de género y llevar al menos dos años bajo tratamiento médico demostrable. De este modo, el diagnóstico psiquiátrico se vuelve indispensable para dos fines: el acceso a otro tipo de tratamientos médicos e, indirectamente, para el acceso al cambio de nombre en el documento de identidad (excepto para personas migrantes sin documentación y menores de edad que quedaron directamente excluid*s). De este modo, coincidiendo con la creación de la UTIG, el diagnóstico se transforma en un requisito y la demanda de paso por el sistema médico deja de circunscribirse a fines relacionados con la salud: una persona podía verse sometida a la necesidad de ser diagnosticada solo para obtener un cambio de nombre en el DNI. Una de las personas trans informantes lo mencionaba expresamente:

Entrevistadora: ¿O sea que la decisión de la hormonación tuvo que ver con el cambio de nombre?

Informante: Por eso lo hice porque sinceramente yo no necesito hormonas, yo estoy bien como estoy, pero si para eso tengo que certificar dos años de mi vida está bien, y es más creo que ya tengo los dos años. (ENT1).

Sinceramente creo yo que no necesito hormonas [...] y mi decisión fue mía, porque era la obligación para poder cambiar mi pasaporte, mi DNI o lo que me de la gana cambiar...es a lo que me obligan, no es que yo lo quiera hacer, me obligan, ¿ves? (ENT1).

En el periodo del 2007 al 2016, la UTIG ha concentrado la atención socio-sanitaria a personas trans. La UTIG condensaba las derivaciones de otr*s profesionales porque uno de los efectos de su creación fue considerar que si había una unidad específica, cualquier problemática relacionada con la salud trans debía ser tratada en dicho dispositivo, tal y como explica el siguiente endocrino:

Estaba... la gente partidaria de Unidades, gente partidaria de tratamientos más individualizados según... sin tener desplazamientos geográficos tan importantes... Entonces, yo me desligué un poco del grupo. No te puedo decir tampoco ahora si funciona bien o mal. Mi opinión es que desde que se crearon las Unidades cambió un poco, ya muchos endocrinos pensaron que era responsabilidad... el cuidado de personas transexuales que recaía única y

exclusivamente en las Unidades... como que decidieron: si hay una Unidad se derivan. Yo no, yo opinaba que algunas personas tenían que ser tratadas fuera de las Unidades (ENT12).

Para entender la influencia de la UTIG en el panorama de la atención sanitaria madrileña, es necesario diferenciar dos subetapas dentro del periodo en el que dicha unidad ha mantenido un lugar central en la atención trans, mientras otros servicios y profesionales se situaban en una posición más periférica. Una primera fase, que abarca hasta los años 2010-2011 (dependiendo de l*s entrevistad*s), y otra segunda fase que se extiende desde el 2011-2012 hasta el año 2016.

Primera fase de la UTIG (2007 al 2010)

La etapa inicial, que abarca aproximadamente los tres primeros años desde su nacimiento, se caracteriza por una celebración de su apertura por una parte del colectivo y una canalización de la demanda desde otros servicios:

Cuando en el año 2007, eh... aparece la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, para todo el colectivo fue una noticia maravillosa [...] Pero cuando alguien viene del desierto, es decir, cuando tú... cuando tú tienes que informar a alguien, donde apenas hay recursos, donde todo es la clandestinidad, de pronto, [ahora] la seguridad social va a cubrir esto. Es una gran noticia, porque pensábamos que esa unidad iba a estar llena de profesionales que acompañaran a las personas trans de una forma positiva, ¿no? no una forma tuteladora, patologizante, diagnosticando la identidad de género, y diciendo quién sí es trans, quién no es trans, y quién sí puede acceder a ciertos tratamientos. Entonces, en este momento fue... en ese momento eh... era una noticia que todos recibimos como: qué bien, en Médicos del Mundo, que está saturadísimo, pues... su función será atender aquellas personas trans que no tienen atención sanitaria. Y la atención sanitaria para inmigrantes en aquel momento estaba en... la atención sanitaria era universal, es decir, cualquier persona que viviera en España tenía derecho a atención sanitaria. (ENT10)

Así, Médicos del Mundo, con objeto de no sustituir la atención pública, comienza a realizar derivaciones a dicha unidad, lo que provoca un trasvase de aquell*s usuari*s que tenían tarjeta sanitaria y, por consiguiente, derecho a ser atendid*s dentro del cauce de la sanidad pública. Así, la demanda de Médicos del Mundo se ve reducida y vuelve a concentrarse en el acompañamiento a las personas migrantes y trabajadoras sexuales, excluidas explícita o tácitamente de la red asistencial pública.

Segunda fase de la UTIG (2010-11 al 2016)

Alrededor del año 2011, la demanda de Médicos del Mundo, que había disminuido muy significativamente con la puesta en marcha de la UTIG, comienza a verse incrementada de nuevo como consecuencia de la insatisfacción de much*s usuari*s con la atención recibida en la unidad de trastornos de la identidad de género. Dicha insatisfacción provenía de la crisis de un modelo de atención basado en la evaluación y patologización de

la identidad trans que conllevaba la activación de un conjunto de prácticas altamente iatrogénicas, que l*s usuari*s comienzan a denunciar:

Lo que ha ocurrido es, que como, claro, la UTIG ha tenido un boom muy grande de pacientes y unos protocolos muy estrictos, ha habido pacientes que en el proceso, digamos, se han... agotado su paciencia o su capacidad de resistencia. Se han vuelto a Médicos del Mundo, demandando un proceso más rápido o más veloz, o con menos... obstáculos... O que ya han iniciado el proceso en distintas fases, y que bueno, pues que no estaban contentos con el... sin entrar en el por qué, con el... la atención dada en la UTIG, y han vuelto a nosotros (ENT11)

A esto hay que unir la denuncia interna del primer equipo de profesionales que participó en la creación y puesta en marcha de la UTIG, que si bien no fue reconocida legalmente, incide en la crisis del modelo que venía aplicándose. Por otro lado, en el panorama activista, la campaña internacional Stop Trans Pathologization, impulsada por una red de colectivos del Estado español que había comenzado a fraguarse en torno al año 2007, se encontraba consolidada y en pleno auge, con una gran difusión entre el activismo trans estatal y madrileño. Dicha campaña interpelaba directamente a las UTIG, denunciando el diagnóstico de disforia de género y la tutela psiquiátrica a la que se veían sometidas las personas que querían acceder a acompañamientos sanitarios en sus procesos de transición.

La insatisfacción de un alto número de usuari*s da pie a esta segunda fase caracterizada por la vuelta a la elección de los servicios e itinerarios paralelos a la UTIG, incluyendo los que eran anteriores a su creación. De este modo, Médicos del Mundo pasa a atender, de nuevo, a personas que tienen tarjeta sanitaria y acceso al sistema de salud convencional, pero que se hallan disconformes con la atención -y/o con el modelo de atención- recibida. Esto provoca que en el periodo de 2011 a 2016 el perfil de las personas atendidas vuelva a diversificarse y la demanda se incremente hasta desbordar la capacidad de atención del servicio.

A esto hay que añadir la aprobación del Real Decreto Sanitario 16/2012³⁹ que dejó sin tarjeta a las personas migrantes sin residencia. De este modo, la exclusión sanitaria se convierte en un factor clave para entender la configuración de la asistencia: “tener papeles” o no tenerlos (ser migrante y qué tipo de migrante se es) pasa a ser, junto a la patologización, un factor discriminatorio determinante en la elección de servicio.

A partir de 2011, se producen dos fenómenos. Primero, la UTIG empieza a ser abrumada por... por el exceso de demanda, con lo cual se ralentizan los tiempos. Segunda, la pérdida, de nuevo por la norma del 2012 del Partido Popular de pérdida del derecho de atención sanitaria de las personas que no tuvieran regularizada su situación. Y tercero, eh... relaciones cruzadas de Médicos del Mundo con otra serie de organizaciones que atendían a personas del colectivo LGTB, trans. Y bueno, pues la aparición de... de boca a boca, y a través de internet, podían

³⁹ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

saber que había un sitio donde se podían atender, y entonces empezó a diversificarse y a cambiar el perfil del...del usuario. (ENT11)

Etapa de cambio de legitimidad: la descentralización teórica (a partir de 2016)

En marzo de 2016 el parlamento autonómico aprueba la Ley 2/2016 de 29 de marzo por la que se regula por primera vez la atención trans bajo un enfoque que introduce un cambio de paradigma en torno al modelo de atención a personas trans: se retira el requisito del diagnóstico de disforia de género, una condición esencial para avanzar en la despatologización de las identidades trans desde el sistema sanitario. Esto provoca un cambio de legitimidad que aún es pronto para valorar si ocasionará un cambio de hegemonía o una transformación del servicio de la UTIG. La ley legitima un modelo de atención que está más alejado del practicado por la UTIG y más cerca del que venía implementándose desde los servicios que hasta la fecha han ocupado un lugar más periférico en el circuito de atención trans. De hecho, la propia aprobación de la ley ha implicado un proceso de desaprobación de un primer borrador, en el que colaboraba la UTIG y que careció de la participación de los colectivos trans, noticia que fue recogida por diferentes medios como el periódico digital Somos Chueca⁴⁰ (12 de noviembre de 2015). Tras su desestimación por el parlamento autonómico, la ley proviene de un segundo borrador elaborado por los colectivos trans y aprobado por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, a excepción del Partido Popular, quién había presentado el primer escrito. En el periodo de enmiendas de la ley, tres meses antes de su aprobación, la dirección de la UTIG tomó la decisión de cambiar el nombre de la unidad, pasando a denominarse UIG (Unidad de Identidad de Género); un petición histórica del movimiento trans que se hallaba recogida en el borrador de ley que se aprobaría tres meses después.

La ley ha provocado una acogida importante en el movimiento trans y en el movimiento de familias de menores, mientras que la actual UIG ha expresado su desacuerdo sobre la diversificación de dicha atención, que implica legitimar la existencia y funcionamiento de otros servicios y recursos de atención, diferentes a la Unidad:

Se debe cerrar la puerta explícitamente a las privatizaciones de los tratamientos de salud en este campo. La privatización se ha demostrado negativa y esto es así tanto si se privatiza la gestión (se encargue de ella una constructora, un banco o una ONG), como si lo que se hace es subvencionar tratamientos médicos, quirúrgicos, valoraciones o informes, a profesionales privados, ya sea pagando directamente la Administración Sanitaria a los técnicos privados o a través de una asociación o fundación. Todo esto son formas de privatización directas o encubiertas. No prohibir esto explícitamente es abrir la puerta a que un determinado gobierno de la Comunidad pueda mantener grandes listas de espera en sus dispositivos propios (como de hecho sucede para las cirugías) y a la vez subvencione tratamientos privados indirectamente a

⁴⁰ Ver <http://www.somoschueca.com/una-enmienda-a-la-totalidad-de-la-ley-de-transexualidad-de-cifuentes/>

través de alguna asociación o fundación privadas, solo para que aquellas personas que dichas entidades decidan libremente (por afinidad, simpatía, por su atractivo en televisión o por cualesquiera otra condición particular) puedan acceder a los tratamientos mucho antes que las personas que no tengan la suerte de ser simpáticos a dichas asociaciones o fundaciones. La táctica de dejar deteriorarse un servicio público en base a recortarle recursos para después hacer ver que lo privado funciona mejor, es una táctica muy vieja, ya utilizada tanto en sanidad como en educación y con la que no se debe colaborar (*Carta argumentario dirigida a los partidos políticos*).

No obstante, cabe decir que la descentralización que propone la ley es, tan sólo, un hecho teórico que apunta una intención. A fecha de publicación de este informe y transcurrido más de un año desde la aprobación de la ley, el protocolo no ha sido aún publicado. Ello incide en que algun*s profesionales de servicios que atienden a personas trans continúen, a fecha de hoy, con una lógica procedente de la etapa anterior de hegemonía de la UTIG:, consistente en demandar el diagnóstico, aún sin otorgarle un valor profesional, por miedo a posibles represalias jurídicas:

Y luego tenemos a Alberto⁴¹ [...], hay gente que está un poco enfadada con él, y lo entiendo, porque, aunque la ley en este momento dice que no necesitan de ningún tipo de papel para poder acceder al tratamiento hormonal, Alberto lo está pidiendo. ¿Por qué lo está pidiendo? Por la caza de brujas que han sufrido todos estos profesionales durante todos estos años por parte de la Unidad, y que de alguna forma, a mí me lo dicen. Es decir: Es que yo siento que me tengo que cubrir las espaldas porque en cualquier momento este hombre⁴² se va a revolver (ENT10).

B. Circuitos con ánimo de lucro: la clínica privada y <<la clínica de la precariedad>>

Al mapa de actores en atención a la salud trans, que hemos presentado hasta el momento, hay que sumar la presencia de dos circuitos privados con ánimo de lucro que introducen una brecha de clase social entre l*s usuari*s trans. Por un lado, se encuentran las clínicas privadas oficiales, disponibles para quienes tienen recursos económicos y no quieren o no pueden ir por el circuito extra-económico.

Por otro lado, identificamos un conjunto de circuitos y prácticas irregulares a las que acceden las personas trans de clase social baja que quedan fuera del circuito extra-económico y no tienen recursos para acceder a la clínica privada convencional. Estas prácticas definen una “clínica de la precariedad” y, entre ellas, se encuentran: la inyección de silicona líquida, la implantación de prótesis mamarias reutilizadas y, en ciertos perfiles, la autohormonación. Los circuitos de esta clínica de la precariedad son l*s pares (por

⁴¹ Nombre ficticio, se refiere a un profesional de la atención a personas trans

⁴² El entrevistado se refiere a un profesional del servicio de la UIG

ejemplo, el acceso a la inyección de silicona líquida a través de compañeras que la inyectan) y la presencia de clínicas clandestinas en las que aún se inyecta silicona líquida y/o los implantes mamarios no están debidamente certificados. Se trata de una problemática aún vigente en la actualidad, tal como señala la siguiente profesional, trabajadora social:

Y eso lleva también lleva unos problemas de salud increíbles, como te digo desde el tema de eh, la auto-hormonación sin prescripciones médicas, ponerse dosis increíbles, eh muchos problemas a nivel mamarios, porque cuando tú te has inyectado... además yo estuve con un grupo de chicas en el que lo que era una dosis semanal se lo podían de dosis diaria, y han tenido muchos quistes a nivel mamario, eh, bueno el tema de la silicona líquida, que eso yo lo sigo viendo, y lo que no sabemos es que sigue existiendo en Madrid, o sea hay clínicas clandestinas en Madrid, donde se sigue utilizando silicona líquida por módicos precisos sin tener ningún tipo de valoración contigo, sentarte, aunque sea un poco a hablar. Eh, hemos tenido casos de tener que llevar a urgencias a chicas porque les había puesto implantes mamarios utilizados (ENT 13).

4.3. PROBLEMÁTICAS ATRAVESADAS POR EL EJE DE LA TRANSFOBIA QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN TRANS

Las principales problemáticas (P) que encuentra la población trans para hacer efectivo el derecho a la identidad así como los derechos sexuales y reproductivos son:

- P1. La obstaculización en la elección de servicios sanitarios según modelo de atención y/o expectativas de trato.
- P2. Las prácticas sanitarias iatrogénicas que ocasionan un daño añadido y evitable, derivado del paso por el sistema sanitario.
- P3. La disminución del esfuerzo terapéutico y preventivo ante diferentes tipos de cánceres (mama, ovario, útero y próstata)
- P4. El desabastecimiento hormonal que ha implicado la retirada de la distribución de medicamentos relacionados con las terapias sustitutivas hormonales.
- P5. El absentismo y la dilación como dos factores que condicionan los itinerarios terapéuticos atravesados por las malas experiencias previas
- P6. Las prácticas de Autoasistencia con efectos perjudiciales para la salud, que incluyen la autohormonación y la inyección de silicona líquida.
- P7. Las dificultades en el acceso a la información de los derechos reproductivos y a la congelación de gametos

P.1. Obstaculización en la elección de servicios sanitarios según modelo de atención y/o expectativas de trato

Ya hemos visto que el panorama de atención trans incluye diferentes servicios y recursos que presentan paradigmas de intervención distintos y que se enmarcan en una historia colectiva diferente. Sin embargo, itinerarios como el de Roberto reflejan historias en las cuales la persona acaba tomando la decisión de acudir a un servicio al que preferiría no asistir. En este sentido, podemos preguntarnos, ¿de qué depende la elección de un servicio? ¿qué relación se establece entre los distintos servicios y recursos?, ¿cómo se regula el campo de la atención a los cuidados en salud de la población trans en el contexto madrileño?

En el panorama de la atención a los cuidados en salud trans, la concentración de la atención a la población trans en la Unidad de Identidad de Género (UIG; denominada UTIG hasta 2016) responde a un conjunto de hechos y prácticas que es preciso analizar detalladamente. Estas prácticas provocan un “efecto embudo” que ocasiona que aunque la libre elección de profesionales sea un derecho reconocido, en términos prácticos una persona decida acudir a este servicio por condiciones diferentes a la libre elección. La existencia de un efecto embudo no tiene por qué responder a una práctica orquestada sino al desarrollo de un proceso de territorialización de la atención trans (entendidos como una delimitación de quien atiende) que, como hemos visto, establecen relaciones de hegemonía entre diferentes servicios. Si bien el análisis que realizamos aquí se ciñe al contexto madrileño, cabe no perder de vista la influencia -que incluye etapas de refuerzo y otras recientes de desestabilización- recibida por la situación y el funcionamiento de las UTIG en el resto del Estado español.

En este sentido, el grupo GIDSEEN, que incluye a profesionales de la actual UIG de la Comunidad de Madrid junto con otr*s del Estado, realizó un pronunciamiento público en el año 2015 sobre los servicios de atención distintos a las UTIG, en un momento previo a la aprobación de la Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid.⁴³ En dicho documento se advertía sobre los modelos de atención practicados por servicios externos al control de las UTIG, a los que el documento se refiere como “pseudounidades no oficiales”:

El grupo GIDSEEN ⁴⁴objetiva, sin embargo, que en el transcurso de los últimos años han proliferado en España “pseudounidades no oficiales” de atención a la transexualidad, tanto dentro del sistema público de salud como en el entorno privado. En concreto muchas de ellas, sin ninguna o escasa regulación, están tratando a niños y niñas, respondiendo a las demandas

⁴³ Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid

⁴⁴ Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

de sus familias, generalmente desorientadas y poco informadas sobre el modelo terapéutico más idóneo y recomendado para sus hijos e hijas. (Esteva et al, 2015:46)

El efecto embudo es así el producto del funcionamiento de cuatro factores: la concentración de las cirugías, la concentración de las formaciones, la concentración de las publicaciones y la desregulación previa de la atención trans que ocasiona miedo a desarrollar alternativas de atención.

1.1. El efecto embudo de las cirugías

Dentro del acompañamiento médico a los procesos de transición, las cirugías componen la única actividad que solo puede realizarse por la UIG dentro de los circuitos extra-económicos. La alternativa la componen la clínica privada de pago o el cambio de residencia para ser atendid* en la cartera de servicios de otro territorio del estado:

Pero otras personas como... me pongo yo como ejemplo con Enrique Costilla, y otros sitios como Canarias y tal, pues han seguido un poco trabajando en el tema con menos apoyos. Ósea que nosotros no teneos ninguna Unidad, no tenemos gine... cirujanos plásticos, los gines ahora muy bien, pero estuvimos un tiempo que solamente podíamos ofrecer, primero escucharlos y ayudarles lo que pudiésemos, y tratamiento hormonal. ¿Qué pasa? que el resto, o bien tenían que volver a entrar en el circuito de la Unidad para ser operados o operadas... o bien... de forma privada. Algunos preferían cirujanos con experiencia, aun siendo privados (ENT12)

La derivación al Hospital de la Paz, donde se llevan a cabo las cirugías, se realiza únicamente desde la Unidad, razón por la que el siguiente entrevistado se pregunta por cómo obtener una derivación desde un servicio diferente:

Es decir, estaríamos hablando de que: uno, si no lo haces desde la Unidad, antes de la ley se supone que era imposible, es decir, que sólo operaban en la Unidad. Y ojo, ahora el tema de las cirugías se supone que la ley dice que tienes derecho a ello. ¿Cómo?, porque se supone que las derivaciones al Hospital de La Paz, que es donde se hacen las... las cirugías, son desde la Unidad. Pero si tú no eres de la Unidad ¿cómo derivas? Esto no queda un poco claro, es decir, son esos flecos de la ley de ahora que no se saben muy bien. Pero partamos de que está en la Unidad, y que ese chaval ahora le dan el tratamiento. Tendría que esperar 2 años como mínimo para entrar en la lista de espera para hacer una cirugía de masculinización de tórax, y que te la haga el único cirujano que lo hace en este momento en la Comunidad de Madrid desde lo público, que es el doctor Casado (ENT10).

De este modo, los cauces administrativos de derivación componen el primer mecanismo que explica el efecto embudo de las cirugías, esto es, cómo la gestión de las cirugías funciona concentrando la demanda de atención trans en la UIG . El segundo mecanismo que explica cómo se configura el efecto embudo de las cirugías consiste en la casilla cero.

1.2. El efecto embudo de la “Casilla cero” o volver a empezar de nuevo

Por “casilla cero” se entiende la práctica de negar el reconocimiento de los procesos iniciados con servicios o profesionales diferentes, que provoca que la persona usuaria tenga que volver a empezar desde el principio para poder recibir atención en dicho servicio; es decir: regresar a la casilla cero de salida. En el contexto de la atención trans, las personas entrevistadas (tanto usuarias como profesionales) identifican esta práctica en el funcionamiento de la UIG, al no reconocer los informes presentados por pacientes que provienen de otros servicios.

Así, en el caso de Roberto, la llegada a la UIG por una demanda relacionada con un cuadro ginecológico agudo, supuso recibir una cita con la profesional de sociología y, posteriormente con el de psicología, con la finalidad de validar el diagnóstico de transexualidad, un hecho completamente alejado de la necesidad que le había llevado a solicitar consulta:

...entonces yo solicité el, una cita con atención al paciente, entonces me dijeron que un día tenía que ir y entonces llegué allí y el señor Becerra no quería ni mirarme a la cara, bueno, pues tenemos una cita con atención al paciente entonces le llamaron a él también y tuvimos una reunión el director de atención al paciente se ha reído, y entonces Becerra insistía en que las cosas tenían un orden y que se tenían que hacer en ese orden, claro el director de atención al paciente, que debía ser un poquito más lúcido, dijo "vamos a ver"... y yo que tenía muy clara la coyuntura le dije "vamos a ver, esto es muy sencillo yo tengo unos informes médicos, y son de, de Sanidad, o sea son del Área 7, de Atención Primaria del Área 7, entonces son diagnósticos, tratamiento y operaciones del mismo ámbito que ustedes de la Seguridad Social de Madrid, no es de una empresa privada que puedes hasta ponerlo en tela de juicio, podría discutirse, digo es que esto, y aunque quisieran discutirlo no pueden, no pueden, o sea ustedes quieran o no quieran se lo tienen que comer con patatas, y esto es así, entonces no me puede usted decir ahora que a la vuelta de 4 años, y con todo lo que llevo, que usted va a volver al principio por lo primero, de todos modos si usted me quiere operar de vesícula y yo le digo que no tengo vesícula y ustedes se empeñan en operarme de la vesícula pues no tiene sentido, eso es lo primero, lo segundo es que aquí hay unos informes que para ustedes son como la Biblia, no los pueden discutir, ya está, y a partir de aquí yo he venido única y exclusivamente para hacerme una intervención quirúrgica y eso es lo único que me tienen que hacer ustedes en eso es en lo que se tiene que centrar"...y al final el doctor Becerra dijo "bueno, bueno, yo estoy dispuesto a admitir los informes"... digo "no lo dirá como si me estuviese haciendo un favor, eh, no dirá que los admite como si me estuviera haciendo un favor por que usted está obligado, no es que me haga a mí un favor, usted está obligado, lo que están es acostumbrados a que nadie les plante cara"... "bueno, de todas las maneras ya veremos, ya empezaremos a hacer las pruebas"... "vale, vale"...no volví porque evidentemente no me interesa, yo no me voy a meter en un sitio donde hay tres, por que eran Becerra y otros dos, no me voy a meter allí para que me... jeje, teniéndolos ya en contra, no tiene sentido (Roberto).

Las consecuencias directas de la práctica de la “casilla cero” son el alargamiento del proceso (más citas para acceder a una consulta relacionada con la demanda), el mayor grado de psicologización y patologización (ya que suelen implicar el regreso no escogido a

las consultas de psicología para dar cuentas de nuevo de una identidad que hay que volver a certificar) y el refuerzo de la sensación de “peregrinaje” por el sistema sanitario (en este caso, por invalidación del itinerario anterior).

L*s profesionales de la salud de servicios distintos a la UIG relatan esta práctica en el transcurso de las entrevistas, señalando que las derivaciones en las que se ha aceptado los informes han ido disminuyendo desde el inicio del servicio de la UIG a la actualidad⁴⁵:

Yo a veces le he derivado. Al principio, sí que tenía en cuenta que llevaban conmigo un tiempo para... acelerar listas quirúrgicas, como que llevaban un tiempo. En otras ocasiones, los volvían a empezar de cero. Y ahí fue, un poco, el conflicto. Entonces, qué pasa, que yo eh..., nunca he pretendido ni quitar pacientes de la UTIG, ni... (ENT12)

En esta información coincide también otro profesional, quien ha recibido esta información de las personas derivadas que regresan al servicio:

Lo que pasa es que muchas veces en la UTIG, por lo que nosotros sabemos del usuario, porque nosotros realmente no tenemos ninguna información fidedigna ¿no? No conocemos ni los... Sobre todo lo que conocemos de la UTIG, es a través del usuario, es decir, lo que conocemos es que muchas veces, lo que yo digo... lo que yo llamo el: vuelves a la casilla de salida. Es decir, que si van por... es como el juego de la oca ¿no?, ósea, van por la casilla 20 y todos vuelven a la casilla de cero. Entonces, mm... que no sé qué valoración le han dado a nuestros informes y a nuestra valoración, es decir, que creo que muchas veces nula. Pero la nuestra y cualquier otra (ENT11).

De este modo, en los inicios de la UIG la aceptación de los informes previos dependía del contacto personal de l*s profesionales con el coordinador de la UIG mientras que, cuando este contacto no se producía, las personas derivadas desde est*s profesionales pasaban a comenzar el proceso desde el principio. La “casilla cero” puede entenderse como una práctica que cumple una función reguladora del campo profesional de la atención a la salud trans (quién atiende y quien no). Dado que, como señalamos en el apartado anterior, las cirugías solo se practican en la UIG, cualquier persona que quiera acceder a una cirugía -o imagine que en un futuro pueda quererlo-, tenderá a considerar que el itinerario más corto es el de la UIG en la medida en que dude sobre si tendrán validez los informes realizados por otros servicios cuando llegue el momento de presentarlos. La práctica de la <<casilla cero>> genera y sostiene esta duda que convierte a la opción de pasar por la UIG en un itinerario de obligado cumplimiento para quienes crean que podrán requerir de su atención en un momento determinado del proceso.

⁴⁵ Hay que tener en cuenta que la UTIG se forma en un momento en que vari*s profesionales, que tenían relación entre sí, llevaban años atendiendo a personas trans, si bien solo uno de ellos entró a formar parte del servicio en calidad de director.

1.3. El efecto embudo de las formaciones en torno a la atención trans, en el sector sanitario público

Uno de los obstáculos para poder elegir un recurso acorde al modelo de atención deseado tiene que ver con el acceso de las usuarias y usuarios a la información, es decir, al conocimiento de los diferentes itinerarios y servicios de atención. Este desconocimiento se deriva de dos factores. Por un lado, como ya hemos visto, los cauces de información - derivación funcionan únicamente en sentido unidireccional: mientras servicios distintos a la UIG informan de su existencia y derivan casos a ella, no sucede lo mismo en sentido contrario, lo que dificulta que pacientes que no se hallan satisfech*s con la atención o los tiempos de la Unidad puedan acceder a otros servicios.

Un segundo factor que limita la información es el propio desconocimiento de l*s profesionales, que reciben pacientes dentro del circuito de atención primaria, sobre el panorama de la atención trans madrileña que, en el mejor de los casos, queda reducido al funcionamiento de la Unidad. Cuando observamos cómo se regula el conocimiento de la atención trans en el sector médico público nos encontramos que las oportunidades que tienen l*s profesionales del sector médico para formarse son canalizadas, fundamentalmente, desde el servicio de la UIG.

El siguiente profesional constata también la oposición a las redes de atención diferentes a la UIG que, según la información a la que han podido acceder, expresa la Unidad a través de las formaciones, que coinciden con el posicionamiento público del documento del GIDSEEN, anteriormente referido:

Fíjate, yo me he llegado a uno de esos médicos que estaba en Atención Primaria en el turno de preguntas, y me pregunta: oye mira, te quería hacer un pregunta, porque es que nos reunimos hace poco con personas especialistas de la Comunidad de Madrid en atención sanitaria de personas trans... (ya nos están diciendo con quién se reunieron)... y nos dijeron que, es que había trabajadores sociales que trabajan en la comu... en... en servicios públicos de la Comunidad de Madrid, que de alguna forma, lo que estaban haciendo era potenciando la transexualidad de los menores en contra de la opinión de sus familias (ENT10).

1.4. El efecto embudo de las publicaciones en torno a atención trans en el campo biomédico

Cuando analizamos el campo de las publicaciones de corte biomédico en revistas de impacto relacionadas con salud trans, nos encontramos que las procedentes del ámbito español han sido realizadas por l*s profesionales de las tres principales Unidades de Identidad de Género del Estado (UTIG o UIG según el territorio). De este modo, el campo de las publicaciones científicas biomédicas refleja únicamente el modelo de atención

practicado desde las UIGs. Si de las publicaciones pasamos a las guías médicas nos encontramos con el mismo escenario. La cuestión se diversifica cuando incorporamos al análisis las guías de orientación realizadas por colectivos, grupos o plataformas que reflejan o apuntan a diferentes modelos de atención. Algun*s profesionales apuntan la función que ha jugado las publicaciones en torno a salud trans en la configuración de la Unidad y en la territorialización de la atención a los cuidados de salud trans:

Y yo creo que aquí hay una cosa que hay que poner encima de la mesa, muy clara, y es que aquí había unos intereses, y había unos intereses claros sobre una cúpula médica, que estaba... que quería configurarse como Unidad de referencia en España de atención a las personas trans. Que claro, que ese nivel profesional significa muchas publicaciones, donde tú eres experto de todo esto, donde te sitúan ¿no?, en esos ítems de... de publicación en determinadas revistas, en lo más alto, y donde no querían que nadie más entrara dentro de ese ranchito ¿no? (ENT10).

El hecho de que el campo de las publicaciones y las guías médicas refleje únicamente el modelo de atención practicado por las UIGs, puede explicarse por la conjunción de dos factores. Por un lado, la propia concentración de casos y el propio objeto de las unidades - focalizado en atención trans- permite adquirir mayor experiencia clínica, que favorece la publicación de resultados en estudios. Sin embargo, este hecho no es suficiente por sí solo para explicar por qué otros servicios, con experiencia clínica y un modelo de atención distinto, no han optado por publicar su experiencia hasta la fecha. Preguntado por la razón de no haber publicado su trabajo clínico, el siguiente profesional alude a un menor interés en la salud trans como línea de investigación que se conjuga con la necesidad de evitar una visibilidad que podría traducirse en un enfrentamiento potencial con la UIG:

Nosotros... no hemos publicado nada. Ahora estamos haciendo un...un trabajo, y seguro que lo publiquemos pero... la verdad es que tampoco, tampoco hemos tenido tantos pacientes. El volumen de... de personas transexuales es muchísimo mayor... Nuestra experiencia es como un granito de arena ¿no?, pero con el tiempo vas acumulando experiencia. Tampoco había un volumen tan... tan importante para investigar, publicar. Ahora estamos empezando, estamos empezando [...] Sí, sí, entonces, yo por ejemplo, a nivel científico y de investigación, pues me he centrado en otras líneas. Pero que sí que me he sentido... moralmente... eh... obligado a tratar a personas transexuales. ¿Que ha sido mi prioridad? Pues no, porque tengo otras. Entonces, a lo mejor, mi tiempo... libre... libre, entre comillas... el tiempo que tengo fuera de consulta, pues me interesa más... o me ha interesado más, pues publicar o investigar pues, cáncer de tiroides... o, un ejemplo ¿no? mmm diabetes con insulina y bombas, tal. Es un aspecto más, que me he sentido como muy implicado, pues porque creo que...que había que hacerlo ¿no?, desde hace muchos años. Ahora el interés científico es un poquito mayor. Tengo más, más apoyos. Tengo... sobre todo, por el interés de los que vienen detrás. Entonces, eso te incentiva más. Si tienes residentes o estudiantes que están interesados, pues te hacen a ti también...te incentivan y... puedes hacer... eh... un análisis de tus datos, estudios, comparaciones... Estamos empezando ahora. También ha habido otro aspecto, que tampoco me ha interesado tener mucha visibilidad. Es decir , yo aquí... me pongo a publicar, tal, sobretodo porque no quería... Es decir, lo que es la asistencia me he implicado al cien por cien, por lo menos yo creo ¿no? en todo lo que yo podía. Eh... los otros aspectos, pues como tampoco me

he querido... enfrentar a, a ninguna UTIG. Estoy hablando más de la cuenta (ríe) [...] Bueno, es algo que echaba en falta ¿no?, de tener más datos nuestros... publicaciones, protocolos ya, que podamos publicar. Y eso estamos intentando hacer desde hace un año (ENT12).

1.5. El efecto embudo de la desregulación y el miedo

En el transcurso de las entrevistas con profesionales, los momentos de valoración del panorama de la atención trans institucional, concentran aquellas expresiones que denotan la precaución o el miedo a estar “hablando más de la cuenta”. Este hecho no sucede cuando se expresan sobre temas diferentes y tampoco lo hallamos en las entrevistas con población TLGBQI. El “miedo” de l*s profesionales a que expresar su opinión sobre cómo se organiza el modelo de atención a la salud trans sea leído bajo una lógica de enfrentamiento o acarree consecuencias negativas, es expresado, entre otr*s, por la siguiente entrevistada:

Yo sinceramente estoy en una posición privilegiada Sandra, porque yo estoy trabajando en una organización que es mía. Y eso también hay que entenderlo. Eh, yo hay ciertos proyectos que he desarrollado con la administración pública, y que antes de hablar de sobre un posicionamiento o no, eh, tengo que pensármelo dos veces. Y es así. Eh, entonces, hay, hay miedo, porque al final a nivel político hay organizaciones que están muy posicionadas con, pues bueno, con ciertas políticas sanitarias, con ciertas políticas sociales, porque tu subvención depende de... o sea, al final, las organizaciones lo pasamos muy mal, nos resulta muy complicado tirar para adelante [...] Yo vengo aquí a hablar aquí de lo que a mi todos los días me dicen. Entonces yo porque tengo miedo, porque tengo que tener miedo a decirte lo que las usuarias del programa de atención a mujeres trans [de mi entidad] me dicen todos los días. Yo soy un altavoz. Yo soy un medio porque a lo mejor tengo la posibilidad de estar en espacios y en foros en los que ellas no son invitadas [...] Que no es cuestión de eso, que aquí no es cuestión de estar a las armas, o sea, que es cuestión de poner encima de la mesa lo que a ti te están diciendo las personas que estás atendiendo, o las cosas que tu detectas como profesional. O sea, hacer un poco más fluido el diálogo, es que no consiste en otra cosa. Pero tenemos miedo. Tenemos miedo a hablarlo con claridad, a realmente decir esto no funciona, a realmente decir, las listas de espera son monstruosas, a realmente decir, estas utilizando cuestionarios de diagnóstico que ni en los noventa (ENT13).

El desarrollo de servicios de atención alternativos a la UIG también ha sido vivido como una elección que podría ser objeto de “conflicto” y/o “colisión”:

Quiero decir, que me dedicaba a esto, que no era como cualquiera... desconocido. Y... respetaba un poquito los tiempos, no pasaba a la casilla cero. Yo creo que al final la UTIG se fue convirtiendo... aunque es hablar por hablar, porque tampoco yo conozco bien ni cómo funciona, y tampoco he querido entrar en conflicto, eh... en una unidad demasiado encorsetada ¿no? [...] porque yo nunca he querido, ni enfrentarme a la de Málaga, porque con Isabel me llevo genial, ni con Antonio, ni con la UTIG, y desconozco los protocolos. O sea, yo lo he hecho como he podido aquí, y nunca he querido entrar en colisión con ninguno de los... (ENT 12)

El miedo de l*s profesionales proviene, por un lado, de la desregulación sobre la atención trans, que provoca dudas sobre cuáles son las competencias profesionales e institucionales existiendo una unidad de atención específica. Por otro lado, l*s entrevistad*s relatan prácticas de disuasión que la UIG niega:

Estas familias iban a esta Unidad, y básicamente, en esta Unidad eh... les llegaron a echar encima la fiscalía de menores, porque en ese momento apareció un documental que parece que también es clave en... en... en todo este cambio social de los últimos 10 años, que es El Sexo Sentido, un documental protagonizado por muchos de los compañeros con los que trabajamos, pero por familias que empiezan a hablar de la identidad de género de sus hijos y de sus hijas de una forma positiva (ENT10).

Es falso que esta Unidad contactase para nada con la Fiscalía de Menores. Al contrario, fueron la Fiscalía de Menores, así como la de Violencia de Género, al parecer a impulso de la Fiscalía General del Estado, las que han requerido a esta Unidad y a otras Unidades y profesionales de todo el Estado, para asesorarlas en diferentes temas (Carta a Partidos políticos).

Una de las personas informantes profesionales apunta a las consecuencias de este miedo sobre la atención clínica a personas trans, cuyo efecto es continuar solicitando el diagnóstico psiquiátrico a pesar de que la nueva ley, en fase de protocolización, lo prohíba:

Entonces, llega la ley y dice: tú no necesitas ir a la Unidad, puedes ir a cualquier otro profesional. Y por tanto, se acaban las excusas para esa persecución de aquellos profesionales que sí que estaban haciendo lo que tenían que hacer, o de las familias y de las personas trans que decidían eh... recibir la atención sanitaria de donde quisiera. Y por otro lado, generó un cambio de discurso de los más... llamativos que yo recuerdo, de toda mi historia como activista. Es decir: nosotros ya... nosotros no... nunca hemos evaluado... ni vamos a... ni evaluamos.... ni creemos en la disforia de género, a nosotros nos parece estupendo atender a menores. Cuando nosotros habíamos reclamado atención pediátrica en esa Unidad, que nunca ha habido. Ahora han puesto una pediatra desde hace unos meses, pero siguen teniendo... siguen sin tener una psiquiatra eh... infantil, o un endocrino pediátrico. Pero de cara a la galería, intenta salvar el culo (ENT10).

Pero por otro lado, que también entendamos esa otra parte de los profesionales, que en este momento lo... están actuando de forma incorrecta, pero desde el miedo. Es decir, volvemos al poder de la Unidad, y al miedo que siguen teniéndoles (ENT10).

Por último cabe señalar que el efecto de la desregulación se refuerza con la falta de mecanismos de evaluación externa de la propia UIG desde sus comienzos.

P2. Prácticas sanitarias iatrogénicas trans-específicas: los efectos de un modelo de atención basado en un paradigma de género en crisis

Un segundo bloque de las problemáticas en salud mencionadas por la población trans entrevistada se derivan de las prácticas que son llevadas a cabo en los entornos sanitarios (tanto dentro como fuera de las consultas) que provocan efectos negativos en la salud de las personas. A este conjunto de formas de hacer que dañan la integridad y la salud física o psíquica de las personas trans, cuyos efectos suelen pasar desapercibidos para una parte del sector sanitario, las denominamos prácticas iatrogénicas trans-específicas.

Estas prácticas atienden a los efectos sobre la salud trans derivados del paso por el sistema sanitario, permitiendo visibilizar que la carga de sufrimiento personal y colectivo que provocan —aquella que se refleja en los discursos de la población entrevistada— no es consecuencia de la identidad sino de la entrada en contacto con una estructura y un modelo de atención pensados *desde un modelo cis-sexual para población cis-sexual*.

Estas prácticas se distribuyen entre la atención hospitalaria y la atención de proximidad y pueden clasificarse en:

1. Negación del nombre escogido.
2. Prácticas sanitarias de exclusión sensorial.
3. Patologización de la identidad (el modelo transexualidad = disforia de género): Diagnosticar/ Confirmar/ Evaluar la identidad de género.
4. La experiencia en vida real.
5. Negación de la asistencia.
6. Modular el tiempo de acceso a los tratamientos según el tipo de discurso y/u organización de pertenencia (gestión de las lista de espera).
7. Alargar las esperas como forma de gestión del no-saber: el peregrinaje sanitario.

2.1. Falta de reconocimiento de la identidad: la negación del nombre escogido

Una de las discriminaciones más frecuentes que registramos en el sistema sanitario es aquella que consiste en negarse, explícita o tácitamente, a tratar a pacientes trans bajo fórmulas respetuosas con la identidad de género de la persona (el nombre escogido y/o el apellido), utilizando en su lugar el nombre registrado en el documento de identidad. Esta práctica provoca que un hombre trans que asiste, por ejemplo, a su médica de cabecera se vea nombrado en femenino en uno o varios momentos del proceso de atención (solicitar cita, personarse en administración a la llegada al centro de salud, esperar a ser llamado en la sala de espera, etc...).

La negación a utilizar el nombre escogido por la persona es una de las prácticas iatrogénicas más frecuentemente referidas por las personas trans y contrastadas por l*s profesionales entrevistad*s que trabajan con dicha población. A lo largo de nuestra investigación, l*s informantes se refieren a ella tanto para hablar de lo que sucede en atención de proximidad como en los centros hospitalarios, en especial aquellos que están fuera de los circuitos de atención trans-específicos:

Yo no tengo ninguna queja con respecto al sistema de salud, mi queja es con la cuestión del nombre, ¿no?, de la identidad, que no te la puedas que el sistema [...] tiene datos y una documentación y un ordenador; o sea que yo pienso que se podría hacer las cosas y que eso no es nada más que dar con ellas y que luego saliera todo en el sistema. Nunca entiendo cómo funciona la burocracia (ENT27).

O sea yo me encuentro con trabajadores sociales que me dicen: yo a esta persona la voy a llamar como ponga en el DNI. Sinceramente, vergüenza me da de la profesión. O sea, me parece muy duro... o muchísimas veces que nos dirigimos a centros de salud y tienes que estar diciendo a los sanitarios, ¿por favor, a esta persona, cuando vaya a ser atendida, la puede llamar por el apellido? No estoy pidiendo un mundo. Es que si todos cambiamos un poquito podemos mejorar, mejorar la situación de las personas y podemos mejorar la atención y a esa persona no le cueste tanto ir al médico. Y esa persona no viva como... o sea desde, desde el trauma y la ansiedad el tener que enfrentarse a una auscultación médica, a ciertas preguntas, porque lo viven realmente pues, pues eso, desde el miedo y desde el rechazo. (ENT13).

En el funcionamiento basado en utilizar el nombre registrado en el documento de identidad, influyen factores de distinta índole. El más importante, sin duda, es la falta de sensibilidad sobre la importancia del reconocimiento del nombre escogido para hacer efectiva una atención digna que no atente contra la integridad de la persona. Una problemática que no se plantea en el caso de personas cis, pero que, para la población trans, diferencia un trato respetuoso con los derechos humanos de otro que no lo es.

Esta ausencia de reconocimiento se traduce en falta de cauces concretos, esto es, protocolos, que permitan que un profesional que atiende en administración a un hombre trans, pueda indicar a la médica que le atenderá después que le llame por el nombre escogido -o bien por el apellido- y que se refiera a él en masculino. La falta de protocolos hace que el respeto a la identidad dependa de la existencia de esos “circuitos de la sensibilidad”: aquell*s profesionales que, por creencias personales, incorporan en su práctica profesional valores como el respeto a la diversidad de género:

Pero hay personas que sí están sensibilizados, porque igual me toca a mí con mi médico de cabecera, el me llama por mi nombre sentido, aunque aparezca en mis documentos. Así, él me escribe y todo y me pone mi nombre sentido, no hay ningún problema por eso, no me he topado con ninguna persona que tenga ninguna transfobia o así... (ENT28).

Sin embargo, hasta los circuitos de la sensibilidad, que alcanzan a solucionar casos concretos, presentan sus propias limitaciones ante la falta de protocolos y demuestran que la buena voluntad no es suficiente frente a la iatrogenia trans-específica del sistema sanitario. Así, la siguiente profesional, a cuyo centro de atención primaria acuden personas

trans, explica cómo la ausencia de protocolos hace que el nombre que use dependa de si ella es capaz de identificar dentro del listado que le llega a la persona trans, lo cual dependerá además de que esta haya acudido previamente a su consulta:

Pues no, no, no tenemos ninguna, ningún protocolo [...] Hay dos personas que me piden por favor que les llame por el nombre que todavía no consta y yo las llamo por su nombre que tienen ahora, el nombre real, el nombre de mujer. A las que reconozco las llamo por el apellido y si me acuerdo de su nombre pues le llamo por su nombre. Hay alguna que sin darme cuenta la he llamado por su nombre porque yo llamo por nombres y ha aparecido ella y digo jo qué metedura de pata, pero es que a veces no las tengo identificadas. Cuando veo alguien que reconozco ya si no me acuerdo de su nombre la llamo por el apellido y ya está, pero no hay ningún protocolo [...] es que eso no lo hemos trabajado y estaría bien trabajarlo (ENT16) .

La práctica de no utilizar el nombre escogido expone un tema general más amplio: la dificultad de una gran parte del sector profesional para reconocer la identidad de la persona cuando está ligada a un cuerpo distinto al esperado: las dificultades para nombrar en femenino a una persona a la que se presupone una genitalidad “masculina” o de nombrar en masculino a una persona con genitalidad “femenina”. De este modo, en el transcurso de las entrevistas, son recurrentes las situaciones en las que se habla de “mujeres trans” para referirse a hombres trans y viceversa, como ejemplifican los siguientes extractos. En el que presentamos a continuación, la profesional hace referencia a “un transexual” para hablar de una mujer trans que recibió en consulta a través del Samur:

Yo sólo vi hace mucho a un chico....bueno, pero no, pero era muy peculiar. Me lo trajeron eh... me lo trajeron el Samur Social, que es un transexual eh... que se había operado, se había quitado el pene fuera de España eh... tenía estaba con una neovagina unnn poco desastre, de hecho es un indigente en la calle que...una indigente porque..pero...un desastre, vamos, una pena. Pero no...no he tenido más opciones, digamos que yo ver genitales operados (ENT14).

El segundo ejemplo que presentamos ejemplifica el caso contrario. Preguntada por las demandas con las que llegan los hombres trans a su consulta, la siguiente profesional nos habla de “algunas” mujeres para referirse a hombres trans que han tenido previamente relaciones con otros hombres y quieren estar “seguras” de no tener ITS procedentes de dichas relaciones sexuales:

Pues normalmente demanda algo de enfermedades de... salvo que vengan de, derivados de Enrique, que también algunas vienen derivadas de ahí, tanto de un cambio a un lado como al otro, eh, pues cuando vienen es porque sospechan que tienen algo o porque han, han tenido anteriormente relaciones con hombres y quieren estar seguras de no haber, de no tener nada o cosas así (ENT19).

Aunque lo veremos más adelante, la falta de reconocimiento de la identidad de género y, en particular la frecuencia de los problemas relacionados con la negativa a usar el nombre escogido por la persona, compone uno de los pilares que explican cómo se construyen las malas experiencias de personas trans en el sistema sanitario, que conducen al absentismo (no acudir a consulta) o a la dilación (alargar acudir a consulta por las malas expectativas de trato).

2. 2. Prácticas sanitarias de exclusión sensorial:

Comparemos las dos siguientes situaciones. En la primera, una profesional escribe en un documento el nombre masculino registrado en el DNI de una paciente sin tener en cuenta que ese no es el nombre que ella ha escogido. En la segunda, la profesional llama a la paciente gritando el nombre masculino delante del resto de personas que se hallan en la sala de espera. ¿Qué diferencia existe entre ambas situaciones? Si bien ambas son prácticas iatrogénicas, que implican la negación del reconocimiento de la identidad, necesitamos apelar a la dimensión sensorial de la exclusión para entender las diferencias en el impacto y el daño que presentan. Con el fin de captar el daño añadido que implica el caso de llamar en voz alta a una persona por el nombre asignado al nacer, en medio de una sala de espera, introducimos el término de “prácticas de exclusión sensorial”. Con ello, nos referimos a todas aquellas formas de hacer que multiplican el efecto iatrogénico de una asistencia ya de por sí inadecuada, implicando a alguno de los sentidos (principalmente el oído, el tacto y/o la mirada) e induciendo, en ocasiones, la participación de otras personas en el control social del género. Se trata de prácticas que introducen un tono denunciador de la identidad de la persona trans, transmitiendo que la presencia de esa persona en consulta cae fuera del perfil de paciente que es* profesional espera atender.

La necesidad de diferenciar los matices y los detalles de ambos tipos de situaciones proviene del interés en analizar y comprender cómo se construye el bagaje sanitario de las personas trans -las malas experiencias previas- como una consecuencia del daño sufrido durante el paso por el sistema sanitario. El ejemplo puesto sobre el nombre no es un supuesto lógico, sino una abstracción de las múltiples experiencias relatadas por diferentes informantes en su paso por atención de proximidad y atención hospitalaria. El siguiente informante expresa la cotidianidad de “las malas miradas” y las expresiones de extrañeza junto con la experiencia de ser nombrado en voz alta por el nombre del documento, que genera sensaciones de vergüenza entre los compañeros trans a quienes suele acompañar a consulta:

Salvo pequeñas cosas de algunas personitas que... que bueno que te soltaban alguna tontería...desde el personal administrativo hasta el personal sanitario eh... siempre había alguien que te miraba de aquella manera o te decía, pues que...pues si ibas a hacerte una mamografía y te decían pues "es que no sé que hace usted aquí"...ese tipo de cosas eran constantes, constantemente y si tenías algún tipo de problema muy específico tener que acudir uno a urgencias era lo peor, era lo peor. Porque yo con el nombre no he tenido, no tuve nunca problema por que yo si he tenido que ir un día a urgencias por x circunstancias yo tachaba mi nombre y al lado ponía "Fran, por favor", y la verdad es que salían y me llamaban así... [...] Pero yo he acompañado a compañeros... que a lo mejor no se atrevían ni a ir una urgencias y me decían, o al médico, me decían "joder, es que claro, luego cuando llaman, que vergüenza que paso, pos claro se entera todo el mundo, claro todo el mundo mira" [...] Y acompañaba a chavales, que cuando decían "María"... pero chavales que ya estaban con sus barbas y pos hombre era bastante cruel, no... (Roberto).

Las acciones de “nombrar en voz alta” movilizan la reacción de las personas que comparten casualmente la escena, que pueden sumar sus reacciones de extrañeza incrementando la sensación de estar fuera de lugar. En el siguiente fragmento, Roberto relata una experiencia en la sala de espera de ginecología del Hospital Clínico, en la que las miradas de quienes allí se encuentran refuerzan el mensaje de estar donde a un* no se le espera, que a su vez se ve incrementado por el lenguaje usado por el profesional que después le atiende. Dicho profesional opta por referirse a “las bragas” para solicitarle que se retire la ropa con el fin de realizar una exploración:

...cuando bajé para que me atendiera otra doctora [...] bajo y mira por donde sale este señor y estaba yo sentado; el Clínico de San Carlos, ginecología es un pasillo mas estrecho que este, es así un poco alargado y todo señoras, allí todo el mundo se entera de todo; y pasa y me ve y me dice "le he dicho que no puede estar aquí"... pero así, delante de todo el mundo, digo "pues tenga usted cuidado por que a lo mejor el que no va a estar aquí es usted, tenga usted cuidado, no vaya ser que sea usted el que deje de estar aquí por que me le lleve por delante, le demando y ya veremos como terminamos todos"...pero de momento ya estás que todo el mundo te está mirando y luego bueno, pues eso que entras y que no saben ni qué hacerte, que, como "bueno, pues quítate"...puff, entras y te dicen "quítate las bragas"... te quedas y le dices "¿qué bragas?"...jajaja, es que son unas cosas que dices ¡pues si no sabes cállate!, tan fácil como decir "desnúdese usted, por que en realidad es verdad que tu no tienes por que saber lo que lleva cada cual, ni cada quien, bueno yo uso calzoncillos" (Roberto).

Si la arquitectura de los pasillos y las zonas de espera parece convertir ambos en espacios especialmente propicios a la multiplicación de los efectos iatrogénicos de las malas prácticas que comentamos aquí, por su proximidad entre las personas que los habitan y la facilidad para inducir el control social, no son los únicos lugares referidos a lo largo de las entrevistas. Como puede verse en el *Diagrama 1*, el interior de las ambulancias, las salas de urgencias y las consultas son otro tipo de escenarios donde l*s informantes refieren prácticas de exclusión sensorial, casi siempre atravesadas por incurrir en malas prácticas en voz alta e incitar la reacción, por ínfima que sea, de quienes se hallan presentes allí. A las ya mencionadas hay que añadir dos que pueden llegar a convertirse en prácticas iatrogénicas a través de la mirada y el tacto: las auscultaciones y los espacios de consulta en los que participan personal en formación sanitaria que, en función, del nivel de reconocimiento y de cuidado que se establezca con la persona observada, puede multiplicar el efecto de rechazo:

Llegabas a las urgencias del hospital hasta que te, igual te miraban y decían "espere pero usted, pero usted a qué viene", "pues esto" " ah pues espere un momento"... te tocan, te palpan, te meten, te sacan, te hacen, te deshacen y no sabes jeje y siempre llaman a siete u ocho más, así estaba el tema que yo ya, bueno yo ya aprovechaba, yo decía está bien, está bien que vengan 7 8 porque así ya así aprovechamos y ya les decía haber pónganse todos ustedes de manera que todos veamos bien, y ya aprovechamos la coyuntura para que ustedes entiendan las cosas que no les dan en la Facultad,esto es lo que hay... [...] si a eso le añades, encima, sanidad no es solamente una cuestión verbal es que encima estás sin ropa, o sea y cuando te quitan la ropa [...] te ves desnudo y con gente que te está tocando, que te está preguntando y, te sientes vulnerable, claro, entonces es muy difícil mantener el tipo cuando estás así, cuando estás

desnudo y te están diciendo "es que claro, es que esto, pos huy pos que cosa, pos esto no puede ser, pues no se cuantos, pues no sé" (Roberto).

Es importante notar cómo las prácticas de exclusión sensorial funcionan renegociando la relación médic*-paciente en un contexto en el que el saber profesional no sirve, de manera inmediata, a la hora de dar una respuesta "normalizada" a la persona que llega. Si el campo del saber / no saber es un campo en crisis en la atención trans, ya que nada asegura que la profesional sepa más que la paciente sobre los aspectos médicos de los tratamientos trans, la exclusión sensorial pertenece al conjunto de prácticas que reintroducen un desequilibrio de poder en la relación médic*-paciente, resituando la vulnerabilidad en el lugar que supuestamente corresponde.

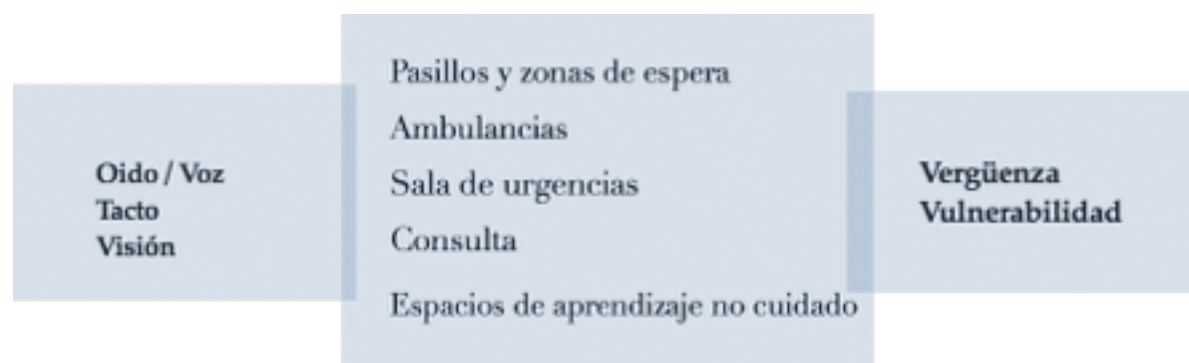


Diagrama 1. Prácticas de exclusión sensorial sobre personas trans en espacios de salud.

Fuente: elaboración propia.

2.3. Patologización de la identidad (el modelo transexualidad = disforia de género): Diagnosticar/ Confirmar/ Evaluar la identidad de género

La práctica del Diagnóstico de la Identidad de Género se ha realizado legalmente en la Comunidad de Madrid hasta la fecha, si bien la Ley 3/2016, recientemente aprobada, prohíbe su uso por considerarlo un factor de patologización de las identidades de género diferentes a las cis.

El Diagnóstico de la Identidad de Género es una práctica que atenta contra los derechos humanos de las personas trans, tal y como reconocen diferentes convenciones internacionales. Diagnosticar la identidad de género presenta un fundamento similar a tratar de diagnosticar la orientación sexual de otra persona o pretender establecer si una mujer cis-sexual, que se nombra a sí misma como mujer, es una mujer de verdad o todavía no. Sin embargo, la situación en la Comunidad de Madrid es administrativamente contradictoria: mientras esta prohíbe su práctica, el Real Decreto 3/2007, de ámbito estatal y aún vigente en la actualidad, establece el diagnóstico como requisito legal para acceder al cambio de la mención de sexo en el documento de identidad de personas nacionalizadas mayores de edad. Esta contradicción, junto con el miedo de l*s profesionales a dejar de respaldar su práctica con un diagnóstico psicológico (sobre todo ante la carencia de

protocolos que implementen la ley autonómica), hace que la práctica del diagnóstico no se haya erradicado aún en la actualidad.

Hasta la entrada de la ley 3/2016, el Diagnóstico de Identidad de Género era un requisito de obligado cumplimiento para recibir tratamiento hormonal, si bien la flexibilización de este criterio con el paso de los años, con el fin de minimizar la autohormonación, ha permitido que esta pueda iniciarse sin haber finalizado el paso por psicología. No obstante, en Madrid, como en otros lugares, se han generado diferentes estrategias para minimizar la iatrogenia por parte de aquell*s profesionales contrari*s a la patologización de la identidad que implica un diagnóstico de “disforia de género”. Así, el siguiente informante relata como, en algunos servicios diferentes de la UIG, el diagnóstico se leía como un trámite administrativo que se facilitaba sin alargar el proceso:

La gente estaba un año dos años, tres años, cuatro años, a mí me lo dieron el mismo día, yo entré allí, cuando entre había un médico y al rato había siete [...] Es que no me hicieron más que... [...] En realidad no fueron preguntas, estuvimos charlando como diez minutos, estuvimos charlando y tal y dijeron..."pues si es que lo vemos claro, no"...dijeron todos "Pos, si está clarísimo, no tenemos ningún prob, ningún inconveniente"... y me dieron un papel donde ponía...Yo no recuerdo bien si ponía disforia o ponía transexualismo. (Roberto).

Otras profesionales relatan la práctica de recurrir a redactar un informe bajo el preceptivo de <<diagnóstico por imperativo legal, en contra de la *lex artis*>>. que expresa el desacuerdo de quien lo emite con el contenido de lo que firma:

¿Qué hacen? Se crean itinerarios alternativos. En un primer momento, esos itinerarios alternativos eh... estaban perseguidos, es decir, estos profesionales, ya sea de la psiquiatría, que les... necesitaban diagnósticos de disforia de género, entonces, nosotros trabajábamos con psiquiatras que hacen diagnósticos de disforia de género para quitarte el sombrero. Es decir, un diagnóstico de disforia de género, que dice, que es una descripción de la identidad de género de la persona, dice esto: eh... se entendería como un diagnóstico de disforia de género por imperativo legal, en contra de la *lex artis*. ¿Qué dice eso? Eso dice que, el psiquiatra según su *lex artis*, según su conocimiento profesional, dice que va en contra de lo que él piensa, pero que te lo hace por imperativo legal, porque en este momento te hace falta para acceder a determinados recursos (ENT10).

El diagnóstico de *disforia de género* evalúa el nivel de ajuste entre el discurso de la persona que acude a consulta y los estándares recogidos en el apartado “Disfunciones sexuales” de la versión 5ª del Manual Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-V). Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la disforia de género “implica un conflicto entre el sexo físico o asignado de una persona y el género con el cual él / ella se identifica”. (American Psychiatric Association, 2016). La Asociación Americana de Psiquiatría dejó de considerar la homosexualidad como enfermedad mental el mismo año en el que John Money acuñó el término disforia de género, para referirse la *transexualidad*, término a su

vez acuñado por Harry Benjamin en 1953, y que con cuya obra *The transsexual phenomenon*, sirvieron de base para “para la institucionalización del diagnóstico médico de la transexualidad” (Navarro-Pérez et al, 2015: 145-146). Así mismo continúan los mismos autores indicando que tal “obra sentó las bases para la inclusión del «transexualismo», en 1980, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) como un trastorno de la identidad sexual dentro de su clasificación de enfermedades mentales” y que “el DSM-III se convirtió en el manual de referencia para el diagnóstico y la terapia de las personas trans” (Navarro-Pérez et al, 2015: 146). Los criterios diagnósticos han sido públicamente denunciados por su inspiración heterosexista a la hora definir qué condiciones (vestimenta, gustos, pensamientos, actividades, orientación sexual...) debe cumplir una persona que fue asignada como hombre al nacimiento para poder ser reconocida como mujer. Y viceversa: qué criterios debe satisfacer un hombre que fue asignado como mujer al nacimiento, para ser reconocido como hombre por la comunidad científica.

La lógica del Diagnóstico se ha alimentado de un discurso ligado a los llamados “arrepentimientos”, personas que en un momento dado deciden no continuar el proceso hacia el género transitado o adoptar de nuevo el género inicial. Se dice que el diagnóstico es necesario para evitar tratamientos en personas que, posteriormente, pudieran arrepentirse. Aunque, tal y como reconocen l*s propi*s profesionales, se trata de casos muy poco frecuentes, los arrepentimientos continúan apareciendo en el discurso ligados a una lógica del miedo a posibles denuncias. Este miedo conduce a invocar el diagnóstico como terreno donde depositar cierta sensación de seguridad profesional con respecto a las repercusiones de las actuaciones clínicas que se llevan a cabo. Al margen de que la denominación de “arrepentimiento” se asienta en una concepción rígida de la identidad de género que sanciona los itinerarios identitarios que no son lineales, el propio personal sanitario señala el bajo número de casos que han vivido en sus consultas:

Mmm... mi experiencia es que no ha habido. Realmente, mi experiencia personal, eh... el índice de arrepentimiento es prácticamente nulo. Ha habido dos casos, pero que no es por... bueno pues por... por otros problemas ¿no? Pero que... la mayoría, lo que quieren es... lo tienen clarísimo ¿no? Entonces, hay otro aspecto también, pero a lo mejor me lo preguntas de... que si necesitan primera visita al psicólogo, identificación y tal, y creo que ahí hay mucha confusión también. Pero eso lo podemos tratar después... No, no, no.... quiero decir, que es algo que no lo tenemos muy en cuenta, porque no pensa... no pensábamos que... ósea la gente que quiere... que es transexual, no se arrepiente. Se arrepiente de no haberlo hecho antes. Es un poco al revés, en general eh (ENT12).

Los criterios diagnósticos han cumplido el efecto de autoconfirmarse: en la medida en que las personas trans necesitan recibir el diagnóstico para acceder a otros recursos (sanitarios o administrativos), relatar lo que se espera oír se convierte en la vía más rápida o sencilla de obtenerlo. Esto genera dos tipos de pacientes: aquell*s cuyo relato vital en consulta se acerca al esperado (bien porque la persona lo transforma o bien porque su caso particular realmente se asemeja) y aquell*s cuyo relato vital presenta diferencias significativas con el

esperado (bien porque la persona optó por no transformarlo o bien porque ni siquiera se lo planteó). Est*s dos tipos de pacientes configuran itinerarios distintos respecto al tiempo requerido de acceso a los tratamientos y el tiempo de paso por psicología (menor en el primer caso y mayor en el segundo). Así, podemos decir que en el contexto de la UIG de la Comunidad de Madrid, el Diagnóstico ha funcionado como un mecanismo regulador de las personas que pueden recibir atención en la Unidad, así como de la velocidad a la que los distintos requerimientos de atención se producen, estableciendo diferentes niveles de accesibilidad los tratamientos entre:

1) Personas que expresen un alto malestar con su cuerpo (“alta disforia de género”) versus personas que expresen un bajo o nulo malestar con su cuerpo (“baja o nula disforia de género”)

2) Personas que expresen una relación satisfactoria con su genitalidad versus personas que expresen una relación insatisfactoria con su genitalidad.

3) Personas que expresen una orientación sexual homosexual / bisexual versus personas que expresen una orientación sexual heterosexual

4) Personas que, en el espacio de la consulta, muestren una expresión de género más estereotípica versus personas con expresiones de su género menos estereotípicas

5) Personas con procesos de modificación corporal versus personas sin procesos de modificación corporal.

Según el DSM-V, por “disforia de género” se entiende una diferencia entre el género expresado o experimentado y el género asignado, asociado a un estrés significativo o a problemas funcionales. El paradigma de la disforia de género ha determinado la mirada clínica sobre la transexualidad. Así, en el Estado español, el GIDSEEN -que ha marcado las directrices sobre el acompañamiento a personas trans desde el campo de las publicaciones- ha partido de un modelo en el que la transexualidad se entiende como la forma más extrema de disforia de género⁴⁶. (Esteva et al., 2013:2).

El modelo que iguala transexualidad a disforia de género entiende que las identidades trans se basan en un malestar corporal que pasa por un rechazo a las características sexuales primarias y secundarias. En este sentido, expresar incomodidad, malestar o, directamente, rechazo a la genitalidad se convierte en un factor que acerca el discurso de la persona al esperado por el sector profesional. La consecuencia directa es la omisión de

⁴⁶ “Transsexualism is the most extreme form of gender dysphoria and that which can most benefit from integral treatment: diagnosis and psychological support, cross- sex hormone treatment, and sex reassignment surgeries (therapeutic triad)” (Esteva et al. ; 2013:2)

aspectos positivos relacionados con la vivencia de la genitalidad cuando estos se hallan presentes. Bajo este modelo, la satisfacción, puntual o habitual, con prácticas sexuales donde dicha genitalidad entre en juego indicaría que la persona tiene menor “disforia de género”, lo que en el contexto de una evaluación clínica diagnóstica contribuiría a poner en entredicho la confirmación de su identidad transexual. Así, la idea de transexualidad que emerge tras el diagnóstico establece a esta como opuesta e incompatible con el uso satisfactorio y escogido de los genitales en las relaciones sexuales.

Para algunas personas trans, tener que omitir sus prácticas genitales dentro de las relaciones sexuales es un factor que define y limita el mapa de recursos sociosanitarios a los que pueden acceder. Tal y como explica un* de l*s informantes profesionales, el colectivo de personas trans trabajadoras sexuales ha encontrado severos impedimentos para acceder a una atención por la UIG ya que sus expectativas, tanto a nivel de tratamiento hormonal como de opciones quirúrgicas, chocan frontalmente con la definición de transexualidad con la que trabaja la Unidad. Como trabajadoras del sexo, cuya genitalidad les permite acceder a una determinada clientela, requieren de itinerarios en los que la hormonación no impida la erección necesaria para prácticas insertivas, una condición que ha constituido un impedimento a la atención:

No está actualizado ni en discursos, ni en procesos, ni en diversas maneras de intervención en torno a, entonces [...] Simplemente ejercer la prostitución es un obstáculo, para todo, porque es que estás utilizando tu pene. Porque tú, como mujer, deberías rechazar tu genitalidad. Entonces ¿qué hago con eso? ya no mando a nadie. O sea, es que también mi realidad, o sea la realidad de las personas con las que yo trabajo es completamente diferente [...] Pero yo en un determinado momento eh, acompañaba en la primera atención igual que lo hago ahora a otro tipo de unidades hospitalarias. Y bueno yo es que he estado presente, yo he estado presente en entrevistas de valoración en primera atención, o sea es que no es ya que te las cuenten, es que yo las he visto. Y, de verdad, las preguntas es que son heavies. O sea, desde el tema orientación sexual es una traba, desde el tema de la genitalidad, o sea, el tema de que tú decidas no querer llevar a cabo una cirugía o que tú vivas libremente tu sexualidad y disfrutes de penetrar a quien quieras. Por eso te digo que hay muchas dificultades para el tema de mujeres trans que ejercen prostitución porque como bien conoces uno de los servicios que hacen es sexo anal insertivo, trabajan como activas. Si lo desean como no, ya no voy a entrar en trabajar, personas que no lo hacen desde una voluntad, que lo hacen por dinero o por equis, equis temas [...] Hay chicas que también prescinden de su tratamiento hormonal por motivos económicos, porque por una hormonación, métele una difusión eréctil. No voy a poder trabajar, y perder dinero, porque hay un montón de servicios que no voy a poder realizar y no puedo ofrecer. Entonces nosotros también intentamos trabajar en la línea de que tienes que priorizar tu salud, tu proceso de bienestar para sentirte plena con tu identidad antes que lo que es el ejercicio de la prostitución pero, es que tú lo que tienes que ser es realista” (ENT13).

La orientación sexual es otro factor relevante a la hora de confirmar la identidad transexual. El diagnóstico médico de transexualidad se ve reforzado cuando el género escogido por la persona “convierta” a esta en heterosexual y se pone en entredicho cuando la persona escoge un género que, respecto a su preferencia sexual, le convierte en homosexual o bisexual. Así, un hombre transexual tendrá más posibilidades de ser

reconocido como hombre si manifiesta que le gustan las mujeres que si manifiesta atracción erótica por otros hombres. En este modelo, la heterosexualidad refuerza el género y viceversa. Así lo expresa Roberto, quien anima a su amigo Samuel a que en la consulta psicológica relate una experiencia de vida heterosexual y manifieste una expresión de género exageradamente masculina -desde un punto de vista estereotípico- con el fin de agilizar los trámites para acceder a los tratamientos y reducir el daño recibido en el paso por el sistema sanitario:

Yo tengo un amigo, Samuel, que ha estado en, con el psicólogo ya no sé si tres o cuatro años, que tiene cuarenta y muchos años [...] Pero hombre, un tío de cuarenta y siete años, que no tiene ninguna enfermedad mental, y cuando digo enfermedad mental, me refiero a que no tiene ninguna esquizofrenia, no tiene una psicosis, hombre, yo creo que sabe quién es, ¿no? no me le tengas tres años, para hacerle la mastectomía, que al final se la ha hecho en la privada, al final la ha pagado, después de tres años aguantando la Unidad de Género, tres o cuatro, venga hombre. Y todavía seguían. Pero es que, ¿qué le están mirando?. Bueno, él estaba... dice, me decía "es que el psicólogo, es que me hace cada pregunta"... "A ver, está esperando a que le digas que te gusta el color azul, el fútbol, el vino y las mujeres, métetelo en la cabeza, díselo y a lo mejor cuela, a lo mejor cuela, levántale la mano para que te vea agresivo. No sé, a lo mejor, es que si no tienes ese perfil de macho cabrío no puede ser" (Roberto).

La práctica del Diagnóstico de Disforia de Género, hasta la fecha, ha cumplido la función de delimitar quién es trans / quien no y quien puede llegar a serlo en función de criterios que favorecen a personas que entren en consulta con expresiones de género más cercanas a las estereotípicas y que deseen hacerse las modificaciones corporales esperadas. La práctica del diagnóstico refleja el paradigma médico del "cuerpo equivocado", que ha definido la atención trans hasta la fecha como ponerse delante de una persona que se encuentra atrapada en el cuerpo de otra que no le pertenece. Los itinerarios terapéuticos de las Unidades de Identidad de Género del Estado Español se fundamentan y se entienden bajo esta concepción, que promueve una interiorización del cuerpo propio como algo a corregir o superar.

De este sesgo heterosexista en la atención, especialmente iatrogénico para las personas trans LGB, se hace eco la misma persona informante profesional, quien desde su experiencia profesional expresa la dificultad añadida a la hora de derivar mujeres trans lesbianas a recursos hospitalarios donde la condición lésbica o bisexual no juegue en su contra para recibir atención ni impida o ralentice el acceso a las listas de espera:

Igual como el tema que, para el tema de ponerte en ciertas listas de espera, y poder acceder a ciertos recursos de la unidad, eh, se ha valorado el tema de la orientación sexual de personas trans, eh, y se ha valorado el uso que haces de tu genitalidad. O sea, me parece realmente intolerable. Porque yo que hago con chicas trans que son lesbianas, ¿las mando a la UIG?. Que a ver, yo no derivo o no derivo, yo doy una información, la persona decide, y yo intento también buscar los recursos que vayan un poco más acorde con la realidad de esa persona. Porque yo a día de hoy sigo derivando a gente a la unidad. Y yo no estoy en contra de llevar la unidad, pero creo que realmente hemos hecho daño, y lo seguimos haciendo, y creo que es algo que ya, con urgencia, tiene que cambiar (ENT13).

La patologización no afecta exclusivamente a profesionales que trabajan específicamente en salud mental o en determinados servicios trans-específicos. Por el contrario, permea dentro de atención primaria. La misma persona informante profesional constata en la actualidad la reacción ante la diversidad de género de determinadas profesiones que responde ante personas de género fluido trabajadoras sexuales / en situación de prostitución, con la derivación directa a los servicios de salud mental:

Lo que si estamos trabajando mucho dentro del proyecto de prostitución es, en el ámbito de la prostitución, personas que se denomina como personas de genero fluido y a nivel de salud también estamos encontrando un poco de inconvenientes, a ver inconvenientes, me voy a intentar explicar, en el momento en que hablan de esta situación hemos visto que hay médicos de cabecera que directamente han derivado a salud mental. Los casos que tenemos son hombres, que para el ejercicio del trabajo sexual se sienten mucho más cómodos y buscan una identidad femenina. Entonces, nunca ejercen como hombres, pero tampoco tienen situaciones de su vida diaria fuera del trabajo que lleven a cabo esa identidad femenina (ENT13).

2.4. “La experiencia en vida real”:

La experiencia en vida real (también conocida como <<test de la vida real>>) es un periodo de tiempo, establecido durante la fase de paso por psicología, en el cual la persona se compromete a vivir conforme al género que ha escogido durante su cotidianidad en las distintas facetas de su vida (personal, laboral, familiar, social, etc...) (Basterra-Gortari, 2016:21). Así, durante este periodo, una mujer transexual habrá de demostrar que está siendo capaz de vestirse, comportarse y mostrarse “como” una mujer cis-sexual para que la experiencia en vida real logre una evaluación satisfactoria que permita dar continuidad a los tratamientos. Para ello habrá de adoptar una apariencia que concuerde con los parámetros de feminidad del profesional que la atiende.

Las consecuencias iatrogénicas de esta práctica afectan directamente a la integridad de la persona trans que es sometida a la experiencia de vida real; por un lado en tanto supone incitar a que la persona adopte comportamientos de género no acordes con su vivencia (por ejemplo, maquillarse en el caso de mujeres trans que no lo desean); por otro lado, en tanto supone incitar a asumir unos tiempos para la transición social que pueden estar muy alejados de las necesidades y los condicionantes de vida de esa persona, tal y como expresa el siguiente profesional:

Estamos un poco en contra de la... de la experiencia de la vida real. Es más, yo creo que pone, incluso, en riesgo la... integridad física de algunas personas. Entonces, eso yo creo que era otra de las pegadas. [...] Porque tú no puedes... Quiero decir, que hay gente que quiere ir más despacio... más... o de otra manera. Quiero decir, que hay, por ejemplo, sobre todo transexuales femeninas, que los cambios son más lentos, son menos eficaces, entonces, no le puedes eh... inducir a una persona que se ponga faldas, y que se pinte los labios si no tiene cambios que apoyen un poco ¿no? Tienen que ir un poco en paralelo, porque si tu induces o obligas a... a que hagan eso, pues pueden ser agredidos o, o ser discriminados, primero porque el rol

femenino no es ponerse eh... la falda, ni pintarse los labios, para algunas personas sí y para otras no (ENT12).

Así, la experiencia en vida real se asienta sobre una incongruencia de la demanda médica consistente en solicitar a una persona que se comporte conforme a un arquetipo de feminidad o masculinidad que ni tiene por qué compartir ni tampoco existe en la realidad (nadie puede encarnar lo que se entiende como hombre o mujer de verdad). Este hecho, junto con las consecuencias que puede presentar derivadas de la transfobia del entorno, ha llevado a profesionales como Ángel Díaz a adoptar modelos acordes a las definiciones del género y los tiempos de la persona que acude a consulta:

Entonces ahí había un poquito de... de discordancia ¿no? Entonces, esos conceptos de tratamiento psicológico un año, Test de vida real... nosotros digamos que lo simplificamos, vamos más rápido. Quiero decir que cada uno... persona va... pues, un poco, adecuamos el tratamiento de si quieren ir muy rápido y hacer un cambio, una transición de género más rápida, menos rápida... siempre vigilando que no haya efectos secundarios, claro. (ENT12).

2.5. Condicionar la agilidad de los “logros” al tipo de discurso y/o colectivo de pertenencia: la gestión de las listas de espera

Las listas de espera para el acceso a tratamiento hormonal y a determinadas cirugías, cuyas derivaciones puede proceder únicamente de la UIG, constituyen un factor determinante de los tiempos del proceso de transición para aquellas personas que deciden realizarse modificaciones corporales de carácter quirúrgico por la sanidad pública.

Prefiriendo no ser referidas por su nombre en esta investigación, algunas personas informantes afirman que la gestión de las listas de espera ha establecido diferencias de accesibilidad entre pacientes según el tipo de discurso y/o colectivos de pertenencia de la persona solicitante. Por un lado la visión del género y, por otro lado, el grado de acuerdo o desacuerdo público de dichos colectivos con la actuación del servicio. Las siguientes profesionales afirman así el conocimiento de una práctica:

I (Informante): Impiden al acceso a determinados tratamientos dependiendo de su opinión personal. Y ahí es cuando se empieza a ver eh... personas ¿no? a las que se les da trato desigual ¿no?, personas que tienen que estar mucho tiempo en valoraciones, y que sobre todo, tienen que ver con desajustes a la visión cis heteronormativa del género ¿no? Y, o donde cuadras con lo que es ser una mujer, o no vas a entrar. Con evaluaciones que se alargaban al infinito. Y luego, sobretodo, gente que estaba en lista de espera y se le operaba antes, se la operaba después.

E (entrevistadora): ¿ha habido un intento de, te pregunto eh, de tratar mejor a gente de determinadas organizaciones?

I: [resopla] me consta.

E: ¿listas de espera?...

I: me consta [...]. Me consta el tema de listas de espera sobre todo para temas de acceso a tratamiento hormonal. Me constan unos cuantos casos. Tema cirugía la verdad lo desconozco.

O sea, se de pacientes de otras organizaciones que han entrado muy posterior a otros pacientes que han accedido por ejemplo por parte nuestra y por parte de otra organización que tiene un posicionamiento bastante parecido, y, eh, y las personas tener unos ritmos completamente diferentes.

E: ¿tu como interpretas esto?

I: a ver como lo interpreto, pues lo interpreto, me indigna, con indignación como profesional me indigna mucho, Sandra. Yo sinceramente, cambio de ley... cambio de unidad tiene que haber. Es mi idea, tiene que cambiar principalmente la dirección (ENT13).

2.6. Alargamiento de las esperas y negación de la asistencia como gestión del no-saber: el peregrinaje sanitario de las personas trans

Por peregrinaje sanitario entendemos la derivación injustificada o inapropiada de una persona usuaria de unos servicios a otros (o de un*s profesionales a otr*s) con el objeto o la consecuencia de evitar, posponer o dilatar la respuesta del sistema sanitario a la demanda de la persona usuaria. Se trata de uno de los indicadores más certeros de la falta de ajuste de los circuitos de la atención sanitaria a usuari*s con identidades de género distintas a la cis-sexual, evidenciando que el arquetipo de paciente para el que los servicios sanitarios son diseñados es monocorde en cuanto a su identidad.

El peregrinaje sanitario es una de las prácticas iatrogénicas más frecuentemente referidas por las personas trans y l*s profesionales informantes en nuestro estudio. Roberto relata su experiencia de deriva entre especialistas que apunta a que el peregrinaje es una consecuencia de cómo se está gestionado el “no-saber” dentro del sistema sanitario. Es el caso de l*s profesionales que traspasan o dilatan la atención, alargando las citas, como una respuesta a la sensación de no conocer cómo tienen que actuar o qué tienen que hacer cuando reciben una demanda de una persona trans:

Pues los médicos, alguna vez, a veces, es por que ellos mismos no saben y es como <<madre mía, y qué le voy a decir>> entonces es co, yo opi, yo creo, creo eh, por que nunca te lo van a decir...[...] se bloquean, no saben que hay que hacer, ni como, y es más si les pides un papel te dicen "pero, ¿qué, eh? ¿qué papel?, pero esto, y dónde"... no tienen ni idea, ni idea, no saben, [...] la gente joven decía "es que nosotros estas cosas no nos las contaron en la facultad, no tenemos ni idea"... el que es un poco receptivo, pues bien por que quiere saber y te pregunta, los que no son receptivos vaya pena (Roberto).

En ocasiones, esta práctica puede llevar asociada la negación de la asistencia, como en el caso expresado por el informante, quien tuvo que ser atendido por otro profesional del mismo hospital ante la negativa del ginecólogo que le atendió inicialmente a realizarle una valoración por el mero hecho de ser una persona trans:

Entonces volví a la seguridad social y, con la intención de empezar a moverlo todo igual que hicimos la primera vez médico de cabecera, especialista de zona, y empecé a hacerlo así y me mandaron al especialista de zona, de allí me derivaron al Clínico a ginecología y obstetricia, a ginecología y la primera vez que fui ya había yo pasado por todo un calvario de, de que puff, "vale, sí te he hecho una mamografía, te he hecho un, como se llama, una ecografía"...puff "es que claro, es que es todo normal, es que es todo normal"... vas subiendo, vas subiendo y cuando llegué al Clínico, el día que tenía la cita entro y hay una enfermera y me dice "espera un momento que ahora viene el doctor"... vale y cuando sale el doctor, se queda así y le dice a la otr, a la enfermera "¿esto qué es?"... jejeje uff, digo, y yo pensando para mis adentros "mas vale que recules por que si no te vas a encontrar con lo que no quieres, pero bueno"... "¿y esto qué es?"... y le dice la enfermera "no, haber que es que, veras es que este chico, eh, viene"... "bueno, bueno, bueno, a ver, a ver, a ver, a ver pero esto qué es"... bueno se puso atacado, eh, se levantó, se sentó "por que esto, esto, esto no puede ser, esto, yo esto no"... y ya le dice ella "bueno, es que hay que atenderle por que tenemos que"... "no, que no, que no"... y cogió él, ya como que dijo "aquí no pasa nada"... y se pone a escribirme en un papel y me da el papel y me dice "toma, esto es para que pidas cita en, con el departamento de, con el jefe de servicios y le llamas y le pides una cita"... y se va, puff jejeje, se queda la enfermera y digo "no entiendo nada"... "no, bueno en fin que si, bueno mira casi mejor vienes otro día a hablas, tu llama por teléfono para que te digan haber como hacéis y, no te preocupes"... y yo "¿cómo que no me preocupe?, oye mira tengo cita, ¿ves mi nombre?, por eso he entrado, mi nombre, tal hora, tal día, esta es mi cita, ¿por qué voy a tener yo que volver otro día?"..."mejor, que mejor por que, yo que quieres que te diga"... y le digo "no me digas nada, no te preocupes"... y de allí me subía a, no sé si es la quinta planta que es donde está todas las oficinas de, pregunté vamos "¿dónde está el jefe de servicio?"... "pues en tal planta"... vale, me subí, luego arriba había una señora digo "mire quería hablar con fulanito" (Roberto)

El peregrinaje sanitario presenta serias consecuencias para la salud de las personas trans en las que cabe reparar detalladamente. Por un lado, están las consecuencias personales, familiares, sociales y laborales que introduce en la cotidianidad el alargamiento de los tiempos que implicar peregrinar entre especialistas o servicios. Por otro lado, estamos ante uno de los factores que construye las experiencias de desgaste del paso por el sistema sanitario que van configurando las expectativas sobre el trato que se puede esperar de él siendo trans; algo que influirá sobre encuentros posteriores con el sistema de salud:

"Quiero decir con esto, sabes, que en todo esto, la cantidad de tiempo que se pierde, la cantidad de sitios a los que vamos de un lado para otro, la salud que perdemos, por que claro, tienes que trabajar, tienes que estudiar, te quedas sin comer muchas veces, te quedas sin dormir muchas veces, o sea tu salud se va deteriorando, es que se va deteriorando con cada cosa; aquí nadie sabe nada, el que sabe no tiene, a lo mejor no puede llegar a más por que ya hay otros que no quieren o que no saben; bueno estuve esperando no se cuanto tiempo, yo lo he pasado en ese sentido, lo he pasado muy mal, muy mal por que además yo he sido, yo he sido atrevido es decir que hay otra gente que a lo mejor habría dicho "que me voy, se acabó y que sea lo que tenga que ser, si mañana me muero, pues me he muerto"...pero yo no, yo he dicho "no me da la gana, o sea no transijo"... y no transigir es un coste muy elevado, por que te tratan mal, te contestan mal, te miran mal, te hacen esperar a posta muchas veces, es como "a, pos vale"... (Roberto)!

P3. Disminución del esfuerzo terapéutico y preventivo ante diferentes tipos de cánceres

Las personas trans que tienen glándulas mamarias, útero, ovarios o próstata presentan un nivel de susceptibilidad similar al resto de la población a la hora de padecer diferentes tipos de cánceres. Sin embargo, las revisiones que tienden a prevenirlos no están pensadas para personas cuya identidad se corresponda con una anatomía diferente a la esperada. Podemos decir que existe una disminución del esfuerzo orientado a la prevención y el seguimiento de determinados tipos de cánceres en personas trans, proveniente de un modelo cis-sexual de representación del cuerpo que permea tanto la medicina como la salud pública. La limitación científica que genera este modelo es perfilar la población diana de los esfuerzos de prevención, respecto a un determinado tipo de proceso cancerígeno, en función del género obviando cuál es la población que posee un determinado tipo de tejido sobre el que se produce. El presupuesto de que todas las personas de un mismo género tendrán una misma anatomía -unos mismos tejidos potencialmente cancerígenos- genera un sesgo en la prevención que excluye a todas las personas que, teniendo tejidos que pueden desarrollar potencialmente el tipo de cáncer que se pretende prevenir, viven, sin embargo, en un género diferente.

El cáncer de próstata se representa como una amenaza a la salud de los hombres, independientemente de si tienen próstata (cis) o no la tienen (trans) mientras que las mujeres trans quedan fuera de los controles de seguimiento del PSA (antígeno prostático específico). Por ello, las recomendaciones clínicas de incrementar las revisiones a partir de un margen de edad comprendido entre los 40 y los 50 años, según el nivel de riesgo de la persona⁴⁷ (American Cancer Society, s/f), excluyen a las mujeres trans -con o sin modificaciones genitales- de los programas de seguimiento de prevención del cáncer de próstata. De este modo, la realización de pruebas dependerá del conocimiento de la persona, el nivel de acceso que tenga a sanidad y la actitud de l*s profesionales que la atiendan en consulta.

Una parte de la problemática se produce por el desconocimiento profesional de las anatomías de las mujeres trans que si bien pueden ser muy diversas, conservan la próstata aún en el caso de haber realizado modificación quirúrgica de sus genitales, si bien su estado se verá modificado en el caso de que reciba tratamiento hormonal a base de estrógenos. La siguiente médica de cabecera, reflexiona en el transcurso de la entrevista sobre la falta de información que ha recibido como profesional y apunta hacia la necesidad de desarrollar una “visión global” que podría interpretarse como la urgencia de incorporar la atención a personas trans dentro del marco general de atención:

⁴⁷ El margen de edad que reflejamos aquí corresponde con las recomendaciones de la Sociedad Americana contra el Cáncer que establece tres grupos de riesgo (bajo, medio y alto) y tres edades para comenzar con las revisiones habituales (40, 45 y 50 años). Fuente: Sociedad Americana Contra el Cáncer <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/deteccion-temprana.html>

Bueno los ⁴⁸que están intervenidos imagino que la próstata se lo quitan, lo estoy haciendo en voz alta.... Tampoco es que tengamos fíjate tenemos bastante desinformación de todos los cambios y todo lo que supone para la salud física de una persona entonces imagino que le quitarán la próstata, claro, o no; porque si no habrá que tenerla en cuenta, pero yo creo que se la quitan.... Entonces esas cosas de informarlos de cual son los cambios que le producen con la cirugía y demás y poner estrógenos y los riesgos que no tendrían, pues eso si lo quiero saber lo tendré que mirar pero no estamos puestos al día ni informados ni es una cosa que eh, mira tu ahora que hablas pues a lo mejor conviene que el equipo trabajásemos este tema, no, de las diferencias, porque no ...lo tengas en la cabeza [...] sí sí claro porque es una problemática que va resolviendo yo creo lo puntual pero no tenemos una visión global para poder prevenir cosas y poder tenerlas en cuenta, que eso sería necesario (ENT16).

Sin embargo, como ha indicado el Grupo motor de esta investigación durante la sesión de devolución, existe una segunda causa que obstaculiza el acceso a las revisiones: las expectativas sobre el trato médico y las experiencias negativas anteriores. Para los hombres trans que requieren revisiones mamarias - en particular si lo que se han realizado es una reducción y no una mastectomía⁴⁹- es un obstáculo que los servicios de radiología especializados en mamografía funcionen bajo la expectativa de recibir exclusivamente a mujeres. Una situación similar se da antes las revisiones que han de realizarse en ginecología, especialmente si no han llevado a cabo operaciones como la histerectomía. Las salas de espera y el espacio de la propia consulta funciona como un territorio altamente organizado en torno al control de género, donde la entrada de alguien con rasgos masculinos desencadena automáticamente un conjunto de reacciones tendentes a indicar a la persona que se halla fuera de lugar.

Así, las expectativas de la clínica ginecológica (recibir mujeres) y de la clínica urológica (recibir hombres) generan un mecanismo de exclusión de las personas trans que influye tanto en las dinámicas que se dan dentro del espacio clínico como en la perspectiva bajo la que se diseñan los programas públicos de prevención y seguimiento que, a partir de una determinada edad, se comunican directamente con las personas para informar de la necesidad de revisiones. A esto hay que añadir el efecto que presenta el desconocimiento profesional sobre las realidades trans en la disminución del esfuerzo terapéutico, cuando la persona entra en contacto con el sistema sanitario.

⁴⁸ La informante se refiere a mujeres trans a pesar del uso del masculino en el lenguaje. Esta problemática ya ha sido referida en el apartado de prácticas iatrogénicas

⁴⁹ En el grupo motor se indicó que las reducciones mamarias son frecuentes en las clínicas privadas ya que una mastectomía realizada en un cuerpo con vagina, útero y mamas podría ser legalmente considerada una amputación. De este modo, la población trans masculina que accede a clínicas privadas para realizarse mastectomía frecuentemente reciben reducciones que conservan glándulas mamarias.

P4. Desabastecimiento hormonal

Por desabastecimiento hormonal entendemos la retirada de la distribución de medicamentos utilizados por personas trans en terapias de sustitución hormonal. La falta de acceso consiguiente ocasiona severos perjuicios para las personas trans que llevan a cabo procesos de transición apoyados en la administración de hormonas, en tanto dicha administración se efectúa de una manera regular y pautada que no es continuar en periodos de desabastecimiento. Este fenómeno favorece el abandono de los tratamientos y la adquisición de los medicamentos retirados a través de otros métodos no regulados:

En el caso de lo que, y he percibido, hay muchísima gente que ha estado en compra por internet, y hay otra gente que ha abandonado el tratamiento, hay muchas personas que han abandonado el tratamiento. (ENT13)

A la hora de valorar el grado en que un medicamento retirado puede ser sustituido por otro alternativo caben valorar un conjunto de factores, cada uno de los cuales limita el sector de población trans al que puede llegar el nuevo medicamento en el caso de que lo haya. En primer lugar, algunas alternativas suponen modificar la vía de administración (por ejemplo de intramuscular a intradérmica) lo que no es posible para todas las personas por motivos de distinta índole. En segundo lugar, dependiendo del formato en el que se presente, el nuevo medicamento permitirá modular las dosis o no hacerlo; lo que resulta una limitación para quienes requieren dosis distintas a las estandarizadas. En tercer lugar, la farmacocinética, los efectos deseados y los efectos secundarios son propios de cada fármaco, por lo que no resultan equivalentes entre sí. En cuarto lugar, el coste económico de la nueva medicación es posiblemente el factor limitante más importante de los aquí expuestos. El coste puede variar enormemente si el cambio implica pasar de utilizar un medicamento cubierto por la Seguridad Social a otro que quede fuera de la cobertura pública.

En el transcurso de la presente investigación, se ha producido la retirada de medicamentos relacionados con la terapia de sustitución hormonal de mujeres trans (Meriestra) y de hombres trans (Testex). Sin embargo, no es la primera vez que sucede como explica la activista Abril Sotelo a través de las Tablas 5 y 6, elaboradas para este informe.

Uno de los principales problemas que dificulta la oferta de medicamentos utilizados por personas trans es justamente el hecho de que no están fabricados para fines de terapia hormonal sustitutoria en procesos de transición. De este modo, l*s profesionales de la endocrinología recetan acogidos al conocido como “uso compasivo”. Como consecuencia, la retirada de este tipo de fármacos se realiza sin una valoración de los costes que presenta para la salud trans:

Ante este tema se ha creado un alboroto... serio, que por un lado, tiene que ver, evidentemente, con que en este momento las personas trans toman medicaciones cuya ficha técnica no está pensada para que lo tomen las personas trans, eh... y yo creo que, esto muchas veces tiene que ver con intereses económicos, de... de los propios laboratorios, de cuánto produzco, de cuánto le vendo a la seguridad social, de ahora no hay, entonces tengo que producir más, entonces el año que viene, en vez de venderlo a tanto lo voy a vender a cuanto. (ENT13).

Pero la población general, son fármacos de un uso pequeño, que no suponen numerosos beneficios en cualquier caso, incluso para ellos, es un... yo tengo uno... claro por las farmacéuticas, pero yo creo que muchas veces son productos que mantienen por casi...por obligación, ¿no? No suponen beneficios, es decir, no tenemos... Hombre, se ha implantado el uso de geles de testosterona, pero realmente, por ejemplo, en otros países existen estadísticas, el uso de hormonas eh... masculinas sobre todo, por ejemplo, tienen un uso mucho mayor en volumen, en dopaje deportivo o estético, que su uso médico. (ENT11).

Año de retirada	Tipo de hormona	Producto	Vía	Tipo de cobertura	Alternativa	Vía
Aproximadamente julio de 2014 (fin de financiación)	Estrógenos conjugados equinos	Equin	Oral	Financiado	No	
2012 Agosto (fin de financiación)	Progesterona micronizada	Utrogestán 200mg	Oral	Financiado hasta 2012	Utrogestán 100mg	Oral
2016 Octubre (cese de comercialización)	Valerato de estradiol	Meriestra 2mg	Oral	Financiado, hasta agotar existencias	Progynova 1mg	Oral
2016 Octubre (cese de comercialización)	Valerato de estradiol	Meriestra 1mg	Oral	Financiado, hasta agotar existencias	Progynova 1mg	Oral
2017 Junio (fin de financiación)	Estradiol	Oestrac lin Gel	Dérmico		Parches, varias marcas	Dérmico
Varias fechas	Estradiol	Parches, varias marcas	Dérmico, 25ug 50ug y 100ug/día	Algunas marcas financiadas pero con poca estabilidad	Las otras marcas	Dérmico

Tabla 5 Desabastecimiento hormonal en medicamentos usados por personas trans (I)

Fuente: elaborada por Abril Sotelo para este informe (participante del Grupo Motor de Investigación).

Alternativa	Vía	Tipo de cobertura	A quién afecta	Impacto y consecuencias
No			Mujeres transexuales	Poco en su momento, ya que no era una opción popular para las pacientes por causas éticas animalistas
Utrogestán 100mg	Oral	Financiado	Mujeres transexuales	Poco, ya que la presentación de 100 mg tiene menor precio para la misma dosis
Progynova 1mg	Oral	NO financiado	Mujeres transexuales	La alternativa es mucho más cara (Progynova) o tener que optar por otras vías de administración (gel Oestraclin, parches varios)
Progynova 1mg	Oral	NO financiado	Mujeres transexuales	La alternativa es mucho más cara (Progynova) o tener que optar por otras vías de administración (gel Oestraclin, parches varios)
Parches, varias marcas	Dérmico	Algunas marcas financiadas pero con poca estabilidad	Mujeres transexuales	Era la última fuente financiada de Estradiol (sin combinación de progestinas sintéticas) para aquellas que muestran reacción al pegamento de los parches
Las otras marcas	Dérmico	Algunas marcas financiadas pero con poca estabilidad		Las diferentes marcas que compiten entran y salen aleatoriamente de la financiación en sus diferentes dosis, con el consiguiente caos.

Tabla 6. Desabastecimiento hormonal en medicamentos usados por personas trans (II)

Fuente: elaborada por Abril Sotelo para este informe (participante del Grupo Motor de Investigación).

La última retirada de medicamentos ha provocado diferentes movilizaciones⁵⁰ y ha dado lugar a distintas versiones sobre sus causas. En el trasfondo se encuentra la desconfianza que genera el hecho de que el control de la producción dependa de la industria farmacéutica, lo que hace pensar en un desabastecimiento originado en un cálculo de tipo coste / beneficio. Así, el Ministerio de Sanidad, ante un requerimiento de una organización de familias de menores trans, negó la información porque esta podía afectar a terceros:

⁵⁰ Denuncian el desabastecimiento de dos fármacos para tratar a las personas transexuales (Fuente: <http://www.lavanguardia.com/vida/20161031/411468018909/denuncia-desabastecimiento-farmacos-transexuales.html>).

Desde Fundación [Daniela], de esa ley de Transparencia, hemos pedido información sobre qué pasaba. Entonces, básicamente lo que nos han respondido, es que, cuando ese tipo de información puede ser perjudicial para terceros, no te dan respuesta ¿no? Entonces, por un lado te dicen que es un desabastecimiento, pero no te dan respuestas, porque se supone que eso puede ser perjudicial para... [...] farmacéuticas, que... que generan esto (ENT60).

Por otro lado, en el caso de los medicamentos que actúan favoreciendo el incremento de los niveles de testosterona disponibles, participantes en este estudio apuntan también hacia un desvío de una parte de las dosis hacia el mercado negro con fines de dopaje en hombres cis; con objeto de favorecer un mayor rendimiento deportivo o un incremento más rápido de la masa muscular:

...si, es que yo cuando fui a la farmacéutica... yo siempre voy a la misma, y ya o sea, se lo dejo encargado siempre de, oye mira cuando vuelva la 250 [...] pues me la guardan, de decir, aunque venga alguien esté a la venta, pero el tuyo este se queda guardado o sea que... y se lo comenté y... es que la farmacéutica me lo dijo así, me dice: <<es que testosterona, al igual que muchos medicamentos, que por lo que sea terminan en el mercado negro, la testosterona es uno de los más cotizados porque, porque a los tíos Cis eh, les sirve para dopaje para gimnasio y demás >> porque a nosotros nos aumenta la musculatura, en plan, a poco ejercicio que hagamos como que aumenta y endurece enseguida, pero que pasa si se meten testosterona aumentan más, es como... [...] entonces en competición se usa como dopaje. Entonces dices pues vale, si ya hay dosis y acaban en el mercado negro por lo que sea, ya tenemos ochenta (ENT46).

Si en materia de salud trans, el colectivo manifiesta una sensación de que la responsabilidad de garantizar el suministro de hormonas se ha dejado en manos de la industria farmacéutica, algo similar sucede en torno a la investigación. En consecuencia, como indica la siguiente informante, carecemos de estudios que adecuen los medicamentos ofertados al uso que van a tener en el caso de personas trans e indaguen sobre las mejores alternativas para minimizar posibles efectos secundarios:

...lo que creo también principalmente es que los laboratorios farmacéuticos se tendrían que poner mucho más, a ver, eh, hay muy poca hormonas en el mercado. A ver, sobre otro tipo de situaciones médicas hay infinidad de fármacos que el paciente puede acceder, en el caso del tratamiento hormonal es uno u otro. Hay mucho monopolio a nivel de Farmaindustria y creo que tendría que haber una involucración más, a nivel de laboratorios, para realmente dar mejoras e interacciones y mejorar interacciones y mejorar efectos secundarios de los tratamientos hormonales que hay hasta ahora, es que en comparación con otro tipo de situaciones médicas ha avanzado súper poco en muchísimo tiempo (ENT13).

Esta situación de falta de investigación afecta también a la ausencia de estudios longitudinales en torno al uso prolongado de fármacos con efecto hormonal.

P5. Absentismo y dilación: los itinerarios terapéuticos atravesados por las malas experiencias previas

Las malas experiencias en consulta, junto con el conocimiento de experiencias ajenas de maltrato institucional atravesadas por la transfobia que, una vez compartidas, circulan entre el colectivo trans, construyen los bagajes sanitarios negativos del colectivo. Estos bagajes funcionan generando la espiral de “exclusión-inhibición”. La exclusión, en forma de reacciones que producen un mensaje de tipo “no esperaba en mi consulta a alguien como tú” genera una respuesta de inhibición del tipo “para qué ir a una consulta donde no esperan a alguien como yo”. Así, experimentar un trato negativo y prejuicioso presenta un impacto, no solo sobre la situación actual, sino también sobre las futuras, al conformar las expectativas sobre el trato que puede recibirse en otra situación posterior. El funcionamiento de la exclusión-inhibición es espiral dado que en la medida en que menos personas trans acudan al sistema sanitario menores oportunidades de contacto y de cambio tendrán l*s profesionales para modificar la práctica en el sentido de favorecer una atención inclusiva con las diversidades de género.

La siguiente informante, relata el cambio de percepción sobre el contacto con el sistema sanitario que sufre una persona trans cuando ya ha sido objeto de conductas repetidas de exclusión basada en una transfobia que no tiene por qué se intencional:

Eh, a ver principalmente la situación de exclusión viene por una situación de, según la persona trans y eh, la poca apertura e información que hay en muchas partes de profesionales, me da igual que sea de entidades o de administración [...] yo creo constantemente que a nivel de la transfobia, de una manera o de otra, sutil yo nunca voy a hablar de personas, que sí que las hay, pero que tengan esa mal fe de tratar a una persona mal, la gente no tiene herramientas, entonces cuando tu como persona trans ya te has visto muy sometida a ciertas situaciones tu lectura ya también es diferente. O sea, no sé si me estoy explicando: tu lectura ya es de <<porque te tengo que entender yo a ti, no sé de[sde] qué punto me estás hablando, si del desde la ignorancia, desde la maldad>>, porque la transfobia tal, eso limita mucho el acceso (ENT13).

Una de las consecuencias de la espiral de “exclusión-inhibición”, es dilatar el momento de solicitar una cita cuando hay una demanda de carácter médico. Este aspecto aparece reflejado en ante la necesidad de atención ginecológica en hombres trans, donde la expectativa de trato producen el retraso de la consulta por miedo a recibir una respuesta transfóbica por parte del personal sanitario:

...pues yo la verdad que la visita al ginecólogo la verdad que la sigo retrasando porque es como, cómo mierdas le explicas al ginecólogo, es que mira es la primera vez que vengo, encima de que vayas al año, o a los dos años de que pierdas la virginidad es aconsejable, y tu diciendo pues espérate que voy retraso, y lo mismo que él. He tenido vida bastante promiscua, he hecho pruebas para las ETS cuando he querido hacerlas y demás, no te dicen nada, pero no, no sé cómo, cómo explicarles las cosas a un ginecólogo en plan, eh, bueno mira vez debes tratarme en masculino, esto es lo que estoy tomando, y no te asustes por estos porque es que es normal y como como mierdas lo haces... (ENT46)

El paradigma del cuerpo, el género y la identidad que impregna el conocimiento científico está en la base de las reacciones sensoriales que generan una sensación de exclusión, aún cuando esta no es buscada por el personal sociosanitario. Si este paradigma traduce la ginecología como una disciplina que atiende a mujeres (entendiendo por “mujeres” aquellas que son cis-sexuales), también implica una determinada concepción de las genitalidades que origina sorpresa en el personal ante morfologías que implican tamaños del clítoris distintos a los comprendidos en los manuales médicos bajo la etiqueta de “femeninos”:

ENT46: Y luego el palo de ir al ginecólogo, porque o sea, yo ahora en dos semanas acompañare a un amigo porque todavía como que mi apariencia es más ambigua, pero es que mi amigo tiene barba, no sé qué, y como que, le van a llamar por el nombre que tiene en el DNI y todo, ya tiene todo cambiado y tu diciendo, eh, un tío, con su barba con su tal, al ginecólogo. Ya te miran raro de entrada. O sea, te miran muy raro de entrada.

ENT48: a mí me paso que, que acompañe a un compañero al ginecólogo [...] y me dijeron, no si la va a acompañar la puede esperar fuera. No que me está acompañando ella a mí, o sea.

ENT46:...pero que eso es un palo el decir, y que mira, que los ginecólogos o ginecólogas o sea, que uno de los efectos de la testosterona es que te crece el clítoris, y tu cuando vas, ya vas con suficiente, al menos, yo tengo que ir y estoy retrasando todo lo que puedo porque es como, todas mis amigas me han dicho, voy contigo, a ver, que me sigue dando vergüenza el decir, eh, bueno, cuando me ponga en el potro o lo que sea y me digan mira tal, y digan, oh dios mío que tienes aquí, o comenten algo, sabes. Es como, no, tío, no, o sea. Ya es suficiente palo tener que ir con mis pintas no sé qué, y decir, bueno pues si vengo al ginecólogo, pero es que lo mío, hay muy poco profesionales formados que digan ah bueno es una persona trans, a bueno pues, cambiar un poco el chip y ya está, no. es que encima comentaran, o te preguntarán y tu diciendo.

Las mamografías conforman otro lugar donde el paradigma del cuerpo se traduce a nivel de las técnicas médicas. El siguiente informante señala cómo la morfología de su pecho genera una sensación de que su cuerpo romperá las expectativas de la mirada profesional, que entiende que quien requiere de una mamografía es alguien cis-sexual:

Sí bueno, si tu familia tienes ese riesgo igualmente, yo por ejemplo, me las tengo que hacer, y estoy tardando, por riesgo de, no por lo de la testosterona sino por familia, por genética, pero es que, claro, tienes el pecho súper caído, tienes todo esto con pelos, no sé qué, y dices, eh, vale, lo mismo un palo, porque te va a mirar la raro la persona que te está atendiendo, eres una tia con, ya no te digo ni barba porque te afeites o lo que sea, tienes todo esto con pelo, pero cantidad, que tiene el pecho extremadamente blanco, porque se reblandece un montón que dices, es que es lo mismo es pasarlo mal porque no sepan tratarlo, un gesto que más que a lo mejor más que con curiosidad lo miran como extrañados y a ti te sienta mal y no sé qué y dices joder, pero por lo mismo porque no hay información. (ENT46).

Esto provoca la búsqueda de itinerarios alternativos vía la recomendación personal, el desarrollo de recursos como el apoyo colectivo y la adopción de un rol “paciente” e informado:

Yo creo que al final lo haces con seis probando ginecólogos que sean más o menos majos, tratando de encontrar a uno que te entienda, porque es como hacemos las cosas. Tratar de no ir solo, tratando de que sea un día más o menos alegre porque sabes que la vas a pasar muy mal, que luego hay gente esperándote fuera, no sé, es que, es que tienes que ir más o menos así, y

que tú vas a tener que hacerle más o menos la pedagogía y vas a tener que explicarle mira, eso sí es una buena persona, pues tendrás suerte. Y es un poco eso (ENT48)

P6. Prácticas de Autoasistencia con efectos perjudiciales para la salud

La autoasistencia comprende aquellas prácticas relacionadas con la salud, dirigidas a lograr un beneficio que no se puede obtener a través de la asistencia médica oficial bien porque no es posible acceder a ella bien porque su acceso representa un coste añadido para la salud de la persona. Entre la población trans, la autoasistencia está directamente vinculada con la relación de exclusión que se establece con el sistema sanitario y se traduce fundamentalmente en dos tipos de prácticas: la autohormonación y la inyección de silicona líquida.

La autohormonación, entendida como la administración y obtención de fármacos de incidencia hormonal a través del mercado negro, es una práctica que hay que entender en el contexto del desarrollo de atención sanitaria a las personas trans. Por un lado, mientras existió una situación de desasistencia institucional -hasta la puesta en marcha del servicio de Médicos del Mundo en 2002- la autoasistencia era la única vía para acceder a la hormonación. De este modo, la entrada de servicios de atención redujo la necesidad de practicar autohormonación. Sin embargo, los requisitos para acceder a la hormonación (llevar dos años de tratamiento psicológico) que conformaron el modelo de atención patologizante provocaron dos efectos. Por un lado, como señala el siguiente informante, el desencanto de muchas personas trans con el modelo de la UTIG, que tuvo lugar tras sus primeros años de funcionamiento, provocó el regreso a prácticas de autohormonación:

¿Qué es lo que pasa? Que hay mucha gente que decide dejar de ir a la Unidad, y volver a Médicos del Mundo, dónde el trato era un trato amable, donde era, al final un trato no patologizante. No cuestionan la identidad de género de las personas, y ofreciendo lo que necesitaban, que eran tratamientos hormonales. ¿Por qué? porque sí que hubo un momento donde volvimos, a través de ese de ese conflicto con la Unidad, a la autohormonación. Y ahí es donde, como profesionales con la salud, lo que siempre tienes que decir es, mira no vayas a Unidad, vete a tal profesional, vete a Médicos del Mundo. Ahí es cuando Médicos del Mundo vuelve a recoger casi toda la demanda de las personas trans que estaban en la Unidad, pero.. (ENT10).

Por otro lado, la inadecuación y el alargamiento indebido del proceso que provocaban los requisitos para acceder a la hormonación generaron estrategias para sortearlos. Muchas personas trans eran conocedoras de que tales requisitos no se imponían cuando la persona ya había comenzado a hormonarse por su cuenta, dado que debía prevalecer el cuidado de su salud. De este modo, la autohormonación, en ocasiones, apareció como una estrategia para evitar los dos años de paso por psicología como requisito para obtener el tratamiento hormonal.

La autohormonación afecta al conjunto del colectivo de mujeres y hombres trans y personas no binarias, si bien las condiciones en las que puede ser llevada a cabo provocan que para determinados sectores resulten prácticas con unos efectos especialmente perjudiciales para la salud. Nos referimos a los sectores del colectivo en los cuales la precariedad y la estigmatización se multiplican entre los cuales se encuentran las trabajadoras sexuales / en situación de prostitución migrantes y las personas con menores recursos socio-económicos. En el caso de las primeras ya apuntamos que el uso de su genitalidad es uno de los factores que han asentado su exclusión del sistema sanitario hospitalario, dado que no manifestar disforia de género en cuanto al sentir de sus genitales y querer conservar el uso sexual de los mismos ha sido leído como síntoma de no ser verdaderamente transexual desde el modelo de atención que iguala transexualidad a disforia de género y limita el acompañamiento a quienes relatan una biografía ad-hoc del concepto de disforia. Los efectos de esta exclusión para esta parte del colectivo han de ser leídos también desde el incremento de las condiciones que favorecen la autohormonación para esta parte del colectivo.

Además de la autohormonación, la inyección de silicona líquida entre iguales es otra práctica aún vigente entre el colectivo de mujeres trans trabajadoras sexuales / en situación de prostitución, en particular migrantes.

Y eso lleva también lleva unos problemas de salud increíbles, como te digo desde el tema de eh, la auto-hormonación sin prescripciones médicas, ponerse dosis increíbles, eh muchos problemas a nivel mamarios, porque cuando tú te has inyectado, además yo estuve con un grupo de chicas en el que lo que era una dosis semanal se lo podían de dosis diaria, y han tenido muchos quistes a nivel mamario, eh, bueno el tema de la silicona líquida, que eso yo lo sigo viendo, y lo que no sabemos es que sigue existiendo en Madrid (ENT13).

P7. Dificultades en el acceso a la información de los derechos reproductivos: la congelación de gametos

La congelación de gametos es una cuestión recientemente tematizada tanto en el colectivo como dentro del sector profesional. La ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid⁵¹ introduce la garantía al “ acceso a los bancos de óvulos o semen y a las técnicas de reproducción asistida incluyendo como beneficiarias a todas las personas con capacidad gestante y/o sus parejas” (Art 16.2). Así mismo determinada que, previo al inicio de los tratamientos hormonales, debe ofrecerse la posibilidad de “congelación de tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación” (Art. 16.3). Este aspecto es importante ya que la terapia hormonal continuada ocasiona o puede ocasionar situaciones de infertilidad. De este modo, tanto la información sobre la posibilidad de congelar gametos

⁵¹ Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.

como el acceso a bancos de congelación quedarían cubiertos como derechos dentro de la citada ley.

Sin embargo, el grado en que esta información ha permeado dentro del sector sanitario es escaso y no existen protocolos que indiquen dónde y cómo puede accederse a la congelación de gametos, como indican en el siguiente diálogo los dos informante del grupo cualitativo de jóvenes trans:

ENT45: Y luego otra cosa ya que no sale mucho es el tema del derecho reproductivo, o sea que pasa si yo, que pasa si me dejo de hormonar un tiempo y decido que quiero dejar mis óvulos para tener niños o lo que sea, o tal. Claro, ni yo lo conozco, ni se dónde acudir, ni nada, es como todo muy secreto, es que no sabes que hacer. Si yo decido, o la pareja que tenga queremos pasar por ese proceso de tener hijos y tal, es que no tienes información.

ENT46: Tampoco te lo sabe responder ni el médico, ni médicos del mundo ni nada. Porque un compa de la fundación lo estaba buscando y lo le dije, pues pregunta en el de Manuel Becerra y digo, pues ahí hay de todas las especialidades, a lo mejor te saben decir. Ya no decir que hacer sino derivarte un sitio que sepan porque yo no tengo ni idea. O sea, te puedo decir centros de salud como te lo puede decir, buscando en google. Y no hay información, o sea...

Por esta razón, uno de los participantes se plantea el método de la donación de óvulos como un modo de acceder a un mecanismo de la clínica privada que, además de permitirle congelar una proporción de los gametos extraídos, es accesible económicamente al recibir compensación económica en lugar de tener que pagar:

Es que incluso, yo lo pensé para hacerlo, de una manera camuflándolo como persona Cis que es donando los óvulos, y que si los donas y tal como que te los pueden guardar para ti, y yo diciendo, y encima te pagan, porque es donación de óvulos y tu... si yo solicito que parte de eso me lo dejen por lo que sea, por un posible problema médico y tal, y me lo sacó como una donación de óvulos. Pero yo me enteré hace dos semanas de que podría haberlo hecho y yo, ya. Cuando llevo cuatro meses en testo... vale, gracias. Cuando ya mi óvulos empiezan a hacer lo que les sale del coño (ENT46).

Una de las personas profesionales informantes indica que la respuesta que ha habido ante esta desinformación es la derivación a servicios donde se congelan gametos de personas que atraviesan tratamientos con quimioterapia, que en al menos un caso conocido se han negado inicialmente a recoger la demanda:

Qué es lo que pasa, que tú, te cuento un poco cuál es la evolución de aquellas reclamaciones que hemos... que yo he cursado. Eh... básicamente, es alguien que va a su médico de cabecera, y dice: soy trans, voy a empezar un tratamiento hormonal y necesito congelar mi material genético. Y le dicen: ah no tengo ni idea, bueno vete a tu ginecólogo. Va al ginecólogo y dice: ola mira soy trans y la ley dice que tengo derecho a esto, así que, por favor, quiero congelar mi material genético... Ah, no tengo ni idea. Te voy a mandar aquí a este servicio de... eh... reproducción asistida de este hospital... pero bueno, esto es para mujeres que... van a recibir tratamientos con quimioterapia, pero bueno, a ver qué te dicen. Vas al servicio y te dicen: no, nosotros desde aquí solo trabajamos con mujeres que reciben quimioterapia. Y entonces, esta

persona establece una reclamación, en este caso, a través del Área LGTB que conlleva una respuesta inmediata, y en este momento ya ha podido acceder a ese tratamiento. (ENT10).

La ausencia de atención a los derechos reproductivos de la población trans ha provocado que numerosas personas haya comenzado a plantearse congelar sus gametos cuando ya llevaban años con la hormonación. El siguiente informante expone la cuestión a la que se enfrentan ahora una parte del colectivo trans que no tuvo la oportunidad de reflexionar sobre sus derechos reproductivos antes de comenzar el tratamiento hormonal y son testigos del cambio que se está produciendo actualmente, que conlleva aceptar una renuncia hecha anteriormente sin ser conscientes de que conservar sus gametos llegar a resultar una opción:

Yo todo esto me lo empecé a cuestionar cuando llevaba cuatro años y medio de la hormonación, sabes cómo, muy bien, muy bien lo tuyo. O sea, me lo cuestiono, no se muchas veces dices, jo, me hubiera gustado hacer el proceso de otra manera pero claro, como no tienes la información entonces que haces, y ahora estas bien a gusto y estoy en stand-by, vale, esta todo perfecto, pero tampoco ves que tú te realices como a ti te gustaría en este ámbito, en este caso (ENT45)

Por otro lado, la demanda de derechos reproductivos de la población trans es muy reciente, de modo que entre el sector profesional aún es un asunto espinoso que plantea dudas también entre profesionales sensibilizad*s. Así, la siguiente informante interpreta, inicialmente, que la decisión de un hombre trans de gestar implicaría en realidad un señal de cierta “ambivalencia” entendiendo que identificarse como ser gestante es incompatible con la decisión de vivir como hombre:

Pero un trans masculino que tiene útero y ovarios sí que puede, y ha pasao, [chista] en algún momento entrar por la ambivalencia de...de querer tener un hijo porque puede o podría o por lo menos existe la hipótesis en el momento que te pones a fantasear y en el momento que te pones ehh ehh en la simbología de ser madre o padre, eso es una complicación. Y eso no lo puede determinar mm dices ¿lo puede determinar un gine? con formación psico, no sé quién lo puede determinar pero es complejo, es muy complejo (ENT14).

Es interesante señalar cómo la puesta en escena de otras manera de unir el cuerpo, las funcionalidades y la identidad (capacidad gestante con identidad masculina) provoca un conjunto de dudas que incitan a buscar respuesta en la psicología, sosteniendo la necesidad de una confirmación diagnóstica en los casos en los que el paradigma clínico del género entra en crisis. Una segunda prueba de ello es la aparición del término “arrepentimiento” - frecuente en debates médico-psicológicos en torno a la transexualidad- justo en esta debate, entendido como que la decisión de gestar pone en entredicho la identidad de género:

ENT14: ...quiero decir ahí yo creo que probablemente los trans, [corta a s 1:01:00] el tema de ser madre o padre yo creo que se complica porque..[chista] quiero decir eh.. cuando tú tienes

por eje[mplo] o sea quiero decir ahí sí que tienes, si tú eres un tío y te sientes un tío tienes que sentirte padre [pausa] porque si no..no sé o sea es que si eres un tío no puedes sentirte madre [pausa]. No puedes sentirte porque no. Digo ehh un trans masculino porque es lo que te sientes, no? Entonces ehh no sé si habrá arrepentimiento o no.

Entrevistadora: ¿Te refieres a que sentirte madre sería sentirte gestante y sentirte padre sería sentirte cuidador de una criatura pero no gestante?

ENT14: Sí, un hombre no se puede sentir padre, o sea no se puede sentir [...] no puede tener un...un...un..bebé en su vientre. O sea es que eso es así [...]

No obstante, a lo largo de la entrevista, la misma profesional reelabora el concepto de arrepentimiento, indicando las dificultades de aplicar dicho término a la identidad de género de una persona:

...en una identidad de género la palabra arrepentimiento es una chorrada. Es decir, no es lo más adecuado, tú tienes un...te..te..sientes perteneciente a un género, te sientes así, y no hay arrepentimientos que valgan. (ENT14).

Este debate hace pensar que hacer efectivos los derechos reproductivos de la población trans no es una cuestión que dependa exclusivamente del grado de información y acceso a los métodos de congelación de gametos. Por el contrario, los llamados “derechos reproductivos trans” ponen sobre el tablero cómo concebimos qué es lo que define a los hombres y a las mujeres así como la necesidad de trazar fronteras claramente definidas. La capacidad de gestar es justamente el lugar donde esta frontera se perfila y, también, allí donde se desdibuja en relación con la población trans. El grado en que tales derechos puedan hacerse efectivos dependerá de la capacidad del sistema sanitario para reelaborar las identidades de género como una realidad más relacionada con un continuum que con fronteras claramente diferenciadas, que se ven amenazadas por la diversidad.

4.4. PERSONAS TRANS, NO BINARIAS Y DIVERSIDAD DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

4.4.1. Introducción

En este apartado recogemos algunas de las problemáticas específicas de las personas trans, no binarias en la infancia y en la adolescencia, dentro del contexto español actual. El matiz espacio-temporal adquiere especial relevancia para entender las especificidades de las experiencias trans en la infancia y en la adolescencia que, lejos de lo que pudiera parecer, no se explican exclusivamente por cuestiones relacionadas con la edad. De hecho, antes de introducirnos en las problemáticas relacionadas con salud, es necesario presentar sucintamente el escenario en el que tiene lugar la emergencia de un movimiento en torno a las familias y menores trans y con diversidad de género.

En primer lugar, en el contexto actual se ha incrementado la visibilización de las diversidades de género en periodos diferentes a la adultez, en particular a partir de varios hitos mediáticos; dos de los cuales resaltamos aquí por su mayor repercusión. El primero, en el año 2014, consistió en la emisión del documental “El sexo sentido”, que daba voz a las familias de personas trans, a l*s profesionales y, en menor medida, a l*s propi*s jóvenes y niñ*s. El segundo hito fue el generado a partir de la campaña “Hay niños con vulva y niñas con pene”, origen de la reacción de la plataforma ultraconservadora Hazte Oír a través del lanzamiento del conocido como “autobús de la transfobia”, que logró movilizar la opinión pública española en contra de dicha acción así como la atención repetida de los medios de comunicación. Al producirse dicho lanzamiento dentro del periodo de realización de esta investigación, hemos podido constatar cómo “el autobús” se ha convertido en un lugar común -un referente cultural al menos provisional- al que aluden l*s informantes en el transcurso de las entrevistas.

En segundo lugar, durante los últimos años se ha avanzado en la posibilidad de dar acompañamiento médico y tratamiento hormonal a personas trans y no binarias que puedan requerirlo a partir de determinados estadios del desarrollo. Se trata de un recurso con el que la generación trans anterior no contaba y que genera diferentes vivencias respecto a personas que han optado por acceder a tratamientos en la edad adulta.

Un tercer cambio notable ha sido la incorporación de la protección de los derechos de personas trans y no binarias infantiles y adolescentes a la Ley 2/2016⁵² de la Comunidad de

⁵² Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.

Madrid, en cuya negociación ha destacado el protagonismo de las organizaciones de familias de personas trans.

A estos tres factores (mayor visibilización, posibilidad de acceso a tratamientos hormonales pre-adolescencia y respaldo legislativo) que explican parte de las diferencias entre las experiencias en la infancia-adolescencia y la adultez, cabe añadir un cuarto: el lugar de la voz de las familias, derivado del papel que aún tienen en el acompañamiento y el cuidado de sus hij*s antes de la etapa adulta. Esto genera dos efectos: por un lado, la construcción de una voz colectiva - un nuevo sujeto político - para nombrar, en primera persona, los obstáculos que se encuentran como acompañantes de sus hij*s. Un ejemplo claro de este tipo de problemáticas específicas de las familias es el miedo a la pérdida de la custodia de sus hijas e hijos. Por otro lado, la creación de una nueva voz, inevitablemente, produce un efecto de “representación” de las experiencias trans, que ya no proviene exclusivamente de la voz de las personas trans y no binarias como en el caso de las personas adultas⁵³. Como veremos en adelante, estos cuatro factores son fundamentales para entender el contexto de la salud de las personas trans, no binarias y con diversidad de género en la infancia y adolescencia, así como las ventajas y los inconvenientes derivados de ellos.

4.4.2. Las “brechas” trans y su impacto en la salud

Al abordar las problemáticas en torno a la salud y el reconocimiento de la identidad de las personas trans que se identifican como tal en la infancia y en la adolescencia, encontramos un tema emergente que requiere particular atención: la distancia que se va generando entre la población trans que accedió a tratamientos en la adultez y quiénes, desde hace algunos años, comienzan a tener la posibilidad de hacerlo en etapas anteriores. ¿Cómo se genera esta distancia y por qué necesitamos tenerla en consideración?

En este apartado abordamos tres factores que actúan como “brechas” que separan una población trans joven (léase con un tránsito en etapas previas a la adultez) de una población trans adulta (léase con un tránsito en la adultez). Se trata de dos poblaciones con una problemática común como es la transfobia pero con distintas herramientas para sortearla. El conocimiento de estas brechas nos conduce a plantear que cualquier intervención que pretenda favorecer la salud del colectivo trans en su conjunto deberá plantearse cómo impacta en la creación de este tipo de distancias y de qué modo puede plantar una oportunidad para no profundizar en la consolidación de las brechas que presentamos a continuación.

⁵³ En el caso de las personas adultas, la voz de l*s profesionales ha actuado como una “representación” de las personas trans; un aspecto que fue puesto en evidencia con la irrupción del movimiento pro-despatologización a partir del año 2006, que señaló la brecha que hay entre los discursos de una parte del movimiento trans sobre sí mismo y los discursos médicos. Esta tendencia a dejar de asimilar los discursos médicos como discursos propios en el debate público se oponía a la tendencia de los medios de comunicación a reforzar el protagonismo del sector sanitario a la hora de hablar de transexualidad, frecuentemente en entrevistas donde la voz era de cirujan*s y la persona transexual aparecía a modo de ejemplo o ilustración.

1. Brecha generacional: Cis-Apariencia vs Trans.-Apariencia: “La Generación Maldita Vs “La Generación Perdida”

La categoría de “menores trans” -término frecuentemente utilizado en el discurso público- comienza a conformarse a partir del año ____. No se trata de que anteriormente no existiera diversidad de género en la infancia y en la adolescencia, sino de que la diversidad tenía que ser vivida sin la posibilidad de quedar bajo el paraguas de una etiqueta, que además de poner nombre a una experiencia de género disidente de la norma cissexual, permite generar un nuevo “sujeto político”: un nuevo “nosotr*s” con una voz pública, si bien heterogénea, capaz de construir un discurso en torno a las realidades específicas de l*s menores y sus familias.

La “brecha generacional” a la que se refiere una de las personas informantes, mujer trans adolescente, nombra precisamente el distanciamiento entre la generación de personas trans que han entrado dentro de la categoría de “menores trans” durante su infancia y/o adolescencia y quienes nunca entraron en dicha categoría; frecuentemente, porque ni siquiera tuvieron acceso a ella:

Y en parte hay una división, hay otra brecha en el sentido de que, como cambia muchísimo la situación y el acceso a ciertas cosas, a los tratamientos, hay una brecha generacional muy importante y que no se da solo entre personas trans mas mayores y digamos personas trans en los veinte o así en la adolescencia, sino también que se va a crear otra; y eso es evidente si miras cómo es la evolución de estas organizaciones, se va a crear otra donde va a haber otra brecha generacional entre la gente que dentro de tres años entre a los veinte y los menores trans que van saliendo [...] y por como cada vez empiezan antes a aparecer los menores trans... (ENT4).

Como señala la informante, la etapa en la que se accede a los tratamientos influye enormemente en la experiencia de vida, de modo que explica parte del distanciamiento que provoca la brecha generacional al condicionar una vivencia de la identidad sustancialmente distinta a la de, por ejemplo, mujeres que accedieron durante su vida adulta:

Y es muy interesante, pero también es tremendamente complejo de resolver y es también tremendamente complejo el conseguir aunar a esas personas porque aunque seas trans, ehm, aparte del tratamiento no compartes tantas cosas no tienes tantas experiencias en común por que no has vivido lo mismo, es como yo, ehm, yo puedo ser una mujer trans pero, difícilmente puedo comparar mi experiencia a la de, aunque tenga conocidas, mujeres trans de sesenta años por ejemplo, difícilmente puedo... (ENT4).

Esta brecha genera obstáculos a la identificación colectiva, esto es, a la capacidad de sentirse reflejad*s en las experiencias diversas de personas trans adultas y de sentirse interpelad*s ante problemáticas que afecten más centralmente a aquellas o que sean visibilizadas desde voces adultas. De este modo, la primera consecuencia es la ausencia de referentes trans para las personas trans y sus familias que inicialmente se refleja en dificultades para conectar (que no asimilar) la experiencia de sus hij*s con la de personas trans adultas. La pregunta, entonces, es: si las personas adultas trans no ocupan el lugar de referentes, ¿quién lo ocupa? La siguiente informante, madre de una niña de 13 años, relata

cómo, ante la necesidad de contar con alguien que le explicase qué significaba ser trans, el sector profesional se le apareció cómo la primera opción a la que recurrir:

Bueno, yo me llamo Laura y mi hija se llama María⁵⁴; tiene trece años, llevamos ya bastantes años moviéndonos sobre todo en el tema sanitario que es cuando empiezas a buscar información, cuando descubres que tienes una hija trans, ehm pues lo primero que quieres es que sean profesionales los que te digan y te expliquen que lo que es una persona trans, ¿no?, y entonces empiezas a buscar a nivel, pues psiquiatras o salud mental, ¿no?, entonces nos empezamos a mover en salud mental sin ningún tipo de apoyo en ese momento, al revés o sea, fue bastante decepcionante y luego ya, ehm, cuando María tenía seis años decidimos ir a la Unidad, a la Unidad de Ramón y Cajal, también fue decepcionante después de cuatro años estuvimos yendo, ehm, con tratamiento psicológico, bueno, apoyo psicológico y ya está y nada los bloqueadores al final lo que tuvimos que hacer al final fue buscarnos la vida, tuvimos que ir luego a, o sea al salir de la Unidad, conseguimos un informe, ehm, psicológico por parte de la Unidad que luego me sirvió muy bien para ir al endocrino (ENT35).

Esta brecha, entendida en su dimensión de inhibir el funcionamiento de las personas trans adultas como referentes de otras generaciones, provoca que los conocimientos y las experiencias acumuladas por la población adulta no puedan ser transmitidos y reinterpretados por las familias y las personas trans (pre)adolescentes. Una brecha que la siguiente informante reconoce como un reto que será “increíblemente difícil de superar”:

Toda esa brecha generacional que aparece, claro, porque incluso cuando alcanzas esa edad, que se supone es la edad actual de esos grupos, la brecha ya se ha creado y tu experiencia sigue sin ser la misma. Yo puedo aunarme con una mujer trans de sesenta por su historia, por lo que ha vivido, por empatía pero nunca porque haya tenido las mismas experiencias, porque no las he tenido... [...] Claro que, dependiendo de en qué punto, en qué contexto cultural vives en parte, luego, en qué punto empiezas tu transición y bajo qué circunstancias, tus experiencias [son] unas u otras y eso muchas veces marca una brecha generacional enormemente importante. Una brecha generacional increíblemente difícil de superar, que tiene repercusiones prácticamente perpetuas... [...] Por ejemplo, tomas el caso de una mujer trans de sesenta que ha empezado su transición muy tardíamente, ehm, pero a lo mejor lo ha hecho en tu mismo contexto cultural y que siendo el mismo contexto cultural, pero como ha empezado con una edad más avanzada, tu experiencia nunca va a ser la misma y la violencia que sufras nunca va a ser la misma y esto me pasa mismamente con mujeres trans que tendrán veinticinco años y ha empezado con veinte, hay divergencias en la experiencia que son enormes y eso marca diferencias en el discurso, por que no has vivido lo mismo, por que no estás en las mismas circunstancias, por que no recibes el mismo apoyo, etcétera, etcétera, etcétera, enormes en parte (ENT4).

Así, el contexto cultural y, podríamos añadir, las condiciones socio-económicas que rodean la existencia de las personas trans, junto con el momento de la transición y el momento de acceso a los tratamientos, son factores que, en contextos de transfobia, perfilan las experiencias trans de maneras que pueden volverlas difícilmente reconocibles entre sí. ¿Pero por qué la etapa en la que se acceda a tratamientos que presentan una incidencia hormonal (inhibidores y hormonación cruzada) genera experiencias de vida tan divergentes? ¿Se trata de una cualidad o un efecto de los tratamientos en sí o necesitamos otras lógicas para entender lo que está sucediendo?

⁵⁴ Ambos nombres son ficticios para respetar el anonimato de las personas participantes.

La informante apunta justo en esta segunda dirección al señalar cómo el efecto que tienen tratamientos que inciden en las rutas hormonales es producir una apariencia más cercana a la norma sexual esperada, esto es, generar mayor grado de “cis-apariencia”. De este modo, acceder a los tratamientos antes de la pubertad implica tener una apariencia externa menos visiblemente trans o, dicho de otro modo, ser menos “trans-aparente”. La brecha generacional puede entenderse entonces como un distanciamiento entre una generación cis-aparente (que incluye a una parte amplia de “menores trans”) y otra más trans-aparente (que incluye a una parte amplia de la población trans adulta). Este distanciamiento no habla de una mera diferencia de apariencias ni de edades sino de un distinto nivel de acceso “al armario” (a la invisibilización) como estrategia de gestión de la transfobia cotidiana:

Porque uno de los marcadores más importantes de empezar antes y, cada vez se empieza antes, es que hay una mayor asimilación, por que las personas que empiezan antes son más cis-aparentes, y esto produce una asimilación enorme [...] . que cada vez parezcan menos tradicionalmente trans y por allí sufran menos violencia, ¿que se elimina el miedo a la transfobia?, no...se elimina eliminando, digamos, dejando de visibilizar lo que es la cara más visiblemente trans del colectivo, toda la gente que ha salido como portavoz de este tipo de organizaciones, normalmente, ehm, suele ser gente muy cis-aparente, personas trans muy cis-aparentes...(ENT4).

Cuanto más cis-aparente sea una persona más dependerá su nivel de visibilidad de una elección propia mientras que, por el contrario, cuanto más trans-aparente sea esa persona menos opciones tendrá de elegir cuando quiere ser reconocible como trans y cuando no y, por consiguiente, menores serán sus posibilidades de sortear la transfobia en situaciones fuertes de desequilibrio de poder (por ejemplo, ante una entrevista de trabajo o ante una escolarización nueva en un espacio educativo). Esta brecha generacional, entendida como dos generaciones con distintos recursos para abordar la problemática común de la transfobia, genera así lo que Elizabeth denomina una “generación perdida”: todas aquellas personas trans-aparentes cuyas realidades no aparecen recogidas en discursos sobre menores trans centrados en lograr mayor grado de cis-apariencia.

Claro yo pienso que, ehm, en parte está bien y si que me parece necesario, por, sobre todo la medicación de bloqueadores a partir de cierta edad para que no haya un desarrollo incongruente con lo que desea el niño, pero tiene ese efecto secundario, que tiene esa consecuencia que nos alejamos más y más y a cierta generación de personas trans la damos prácticamente por generación perdida, bien, y no se toman medidas para ayudar a esa generación simplemente para crear una nueva digamos, que no sufra lo que han sufrido anteriores, dejando esas generaciones por perdidas a la intemperie... [...] Y yo creo que una de las grandes discusiones a las que tenemos que enfrentarnos con eso es que no puede, ehm, tienes que tomar medidas específicas en parte para cada grupo y tienes que proteger especialmente, si no se toman medidas específicas, para proteger sobretodo, por ejemplo al colectivo de mujeres trans mayor de sesenta, que muchas de ellas son trabajadoras sexuales, que muchas de ellas, ehm, están en la calle, por que no tienen trabajo, no tienen domicilio por ser menos cis-aparentes precisamente las estás dejando, ehm, con nada, y tu discurso lo único que hace es pedir cosas por los menores trans y eres la única organización trans de Madrid con fuerza, digamos, estas dando por perdida completamente a toda esa generación de mujeres... [...] Depende mucho del caso, si eres una persona de dieciséis mas concienciada en relación,

será mucho mejor la relación con personas mayores. Y seguramente las haya muchas personas trans jóvenes que por la imagen social que se ha dado a las personas mayores dicen que no quieren tener nada que ver, precisamente por todo el estigma que se ha transmitido y en parte que está fomentado por que bueno las generaciones imperantes invisibilizan ese sector de la población...(ENT4).

El reto, como apunta la informante, será lograr un apoyo para un colectivo trans diverso, también corporalmente, que sirva para recoger el conjunto de las realidades trans, al margen del nivel de cis-apariencia, quebrando esa brecha generacional que está lejos de remitir a una mera diferencia de edades. Sin embargo, si el grado de cis-apariencia ocasiona la existencia de una generación perdida (adulta y trans-aparente), simultáneamente, tiende a originar el nacimiento de una “generación maldita”, causa de preocupación de las madres participantes en este estudio. Por “generación maldita” se entienden las personas trans que han recibido un tratamiento en la pre-adolescencia o adolescencia y que han de afrontar una realidad previsiblemente más tolerante con las personas trans desde la “cis-apariencia”:

A mí lo que me da mucha pena, nuestros hijos van a ser la generación maldita y ya lo vais a ver, eh, nuestros hijos son los que están poniendo la cara como no se ha puesto antes. Antes los niños transexuales no existían, porque las personas transexuales cuando eran niños pues estaban puteados y cuando ya llegaban a ser adolescentes o adultos es cuando ya por fin salían... [...] Y yo sé que dentro de quince, dentro de veinte años, que las cosas van a cambiar, porque van a cambiar, dentro de diez se va a empezar a hablar y dentro de otros diez es cuando se va a normalizar más y entonces la generación de nuestros niños será la generación maldita... (ENT4).

!

La “generación perdida” y la “generación maldita” pueden entenderse como la cara y la cruz de la misma moneda. La trans-apariencia de grupos como las mujeres trans mayores ocasiona, en el contexto actual de transfobia, una exclusión social que actúa como reflejo de lo que pueden vivir las nuevas generaciones. El intento de evitar esa exclusión transfóbica facilitando el acceso a los tratamientos, para que no sea vivida por l*s hij*s, vaticina el miedo de algunas madres a que sus hijos sean excluidos dentro del propio movimiento trans y ellas culpabilizadas por las decisiones en torno a las hormonaciones que les llevaron a adquirir mayor grado de “cis-apariencia”:

Llevamos tres años, en tres años se ha conseguido lo que no se había conseguido en treinta, en cincuenta años, entonces se ha conseguido en tres años un montón, si esos tres, cuatro años se ha conseguido todo eso dentro de diez años estas cosas se van a empezar a hablar y dentro de otros diez años se van a naturalizar más y cuando se naturalicen nuestra generación, la generación de nuestros niños serán los malditos por que los hemos cis-sexualizado y dentro de veinte años, veinticinco que será cuando se cambia la generación esos nuevos no tendrán la necesidad de cis-sexualizarse tanto como nuestros niños y las culpables vamos a ser la familia y no se van a dar cuenta... (ENT32).

De este modo vemos que el conflicto sobre cómo gestionar la transfobia - que es el trasfondo del conflicto en torno a la cis-apariencia- no divide exclusivamente las experiencias de infantes y adolescentes respecto a la de personas adultas trans. Por el contrario, vaticina posibles conflictos internos, incluido entre familiares e hij*s -respecto a una posible culpabilización- que es necesario tomar en consideración.

2. Brecha en la representación del discurso:

El siguiente factor que contribuye a generar una experiencia en torno a la categoría de “menores trans” visiblemente distinta a la experiencia de personas adultas es la condición que ya hemos apuntado con anterioridad: mientras las personas adultas han desarrollado una portavocía sin la mediación de familiares y/o cuidador*s, la visibilización de los obstáculos que afectan a personas trans menores de edad se realiza desde organizaciones de familias que han tenido que luchar por los derechos de sus hij*s. La consecuencia inevitable es un efecto de representación, que implica construir un punto de vista (si bien heterogéneo) sobre cuáles son las problemáticas más relevantes y cómo abordarlas:

...en gran parte de España, en Madrid, digamos, no hay organización fuerte de personas trans llevada por personas trans y mientras no exista, mientras el control de las organizaciones de personas trans esté siempre llevado, ehm, por figuras paternas o por gestores nunca van a reflejar verdaderamente cual es el mayor interés de una persona trans... (ENT4)

Este efecto de representación se refleja en dos aspectos. Por un lado, la informante anterior apunta hacia las diferencias discursivas entre madres/ padres e hij*s trans respecto a temas centrales en el debate de los derechos trans, como lo son la descentralización del modelo de atención (la necesidad de acercarlo a atención de proximidad) y los matices que adquiere la demanda de despatologización. De este modo, hay una percepción de que la brecha en torno a la representación (quién habla) es causa de distintos posicionamientos discursivos que se reflejan en temas claves que afectan al conjunto de la población trans:

...en reclamar la despatologización con mayor intensidad, en reclamar esa descentralización del tratamiento, en reclamar cosas también de que, de que el acompañamiento psicológico sea verdaderamente un acompañamiento y no una tutela obligada, en todas estas cosas se ve realmente quien lleva cada organización, Yo creo que lo que primero se necesitaría que cambie, más en ámbito local, es que la voz de las personas trans sea suya [...] por ejemplo, en el caso de la descentralización médica, en cuanto al tratamiento de las personas trans nunca se va a hacer si las voces imperantes siguen siendo de padres y madres, y si la visibilidad en los medios sigue siendo de padres y madres y se hace un documental sobre menores trans y hablan cuarenta minutos madres y padres y diez los niños...(ENT4).

La informante anterior también destaca diferentes posicionamientos públicos en torno a la realidad que se ha vivido desde año 2016 en relación con el desabastecimiento de hormonas (Meriestra y Testex), señalando que, a veces, los discursos de las organizaciones de madres y padres no destacan las problemáticas atravesadas por un corte económico. Esto genera diferencias

entre quienes pueden costearse alternativas a los tratamientos retirados y quiénes no:

...por ejemplo, cuando, y también en cuanto han alzado la voz, por ejemplo con temas como el desabastecimiento que hubo de Meriestra y de Testex, quienes más han alzado la voz por ese tema fueron precisamente organizaciones como GENEREM y también, ehm, la ATA de Andalucía, porque son organizaciones que las lleva gente trans no padres de menores trans, claro y claramente desde, desde Fundación Daniela no ha habido tanto alzar la voz por, por esa, por ese desabastecimiento de los, de las hormonas de primera necesidad para las personas trans, en parte por que mucha de la gente que está detrás de Fundación Daniela si que tiene acceso a esas alterna, a alternativas, aunque tenga que costearse ellos mismos, si que puede acceder a ellas, pero una gran cantidad de personas trans en situaciones más precarias no pueden...(ENT4).

3. Brecha en torno al acceso a las categorías

La tercera brecha que habla de la distancia que se genera entre las experiencias de personas trans infantiles - adolescentes y adultas es el distinto acceso que han tenido a las categorías para nombrar y dar visibilidad a su identidad. Mientras las personas que transitaban en la adultez en los años previos a la emergencia pública de l*s “menores” trans, vivieron en un contexto en el que la categoría hegemónica era el término médico “transexual” y/o, posteriormente, el término “trans”, los últimos años han sido el escenario de una proliferación de categorías que permiten nombrar otras vivencias del género. Entre estas categorías se encuentran personas en cuestionamiento de género, personas no binarias, transgénero, género fluido, etc... Así, podemos decir que, respecto a lo trans como sujeto político, la adquisición de un mayor grado de reconocimiento público ha permitido alcanzar la etapa de las diferencias, donde los distintos posicionamientos identitarios pueden tener cabida sin que el sujeto global “trans” quede desestabilizado.

Esta emergencia de categorías, relacionadas con una visión del género como un campo diverso y no dicotómico, ha presentado dos efectos. Por un lado, profundiza en la expresión de la diversidad y genera mayores posibilidades de acercar la identidad a la vivencia de la persona. Por otro lado, supone una dificultad añadida para que personas trans adultas, con experiencias de vida muy alejadas de esta etapa de multiplicidad de identidades, puedan identificarse con las personas menores:

También en parte, ehm, fomenta la brecha en el sentido de que muchas personas trans mayores, ehm, no, no tienen, ni podrán tener la oportunidad de denominarse nunca no binarias, ¿por qué?, por que, ehm, viendo la claridad de la violencia que sufres, viendo, por ejemplo, hace nada que pegaron a una mujer trans en Vallecas, cuando estás sufriendo violencia y transmisoginia tan brutal no está en la lista de cosas que puedes hacer denominarte persona no binaria, no tienes acceso, a esa categoría, incluso, si por ejemplo la categoría de gender queer, ehm, nace en principio con la categoría de mujeres trans, y después se toma para otra cosa completamente distinta (ENT4).

4.4.3. Problemáticas

Las preocupaciones en torno a la salud de las personas trans que transitan en etapas previas a la adultez y sus familias presentan un tronco común en cuanto a la relación con el sistema sanitario y el paradigma de identidad que se maneja desde los modelos de atención. De este modo, en este apartado, recogemos aquellas problemáticas que presentan actualmente un impacto particular en la salud y el derecho a la identidad de las personas trans, no binarias y con diversidad de género que transitan en etapas previas a la adultez, así como aquellas que afectan a sus familias y cuidador*^s.

Las principales problemáticas registradas a lo largo de la investigación son:

P1. La ausencia de trabajo comunitario

P2. La falta de referentes como un problema de salud

P3. Autoestima versus Armario: la armarización como un problema de salud

P4. La patologización de la diversidad de género en la infancia y en la adolescencia

P5. El bagaje sanitario negativo: la brecha entre la UIG y los colectivos de familias

P6. Falta de sensibilización, formación y estudios

P1. La ausencia de trabajo comunitario: <<Si esto pasa en educación qué no pasará en sanidad>>

La escolarización y, en general, el paso por el sistema educativo, es una cuestión que hay que enmarcar en el ámbito de la salud aún más si cabe en el caso de las personas menores de edad, por el impacto que presenta en su mundo cotidiano y en la construcción de sus relaciones. En el caso de personas cuyos procesos pasan por atenciones médicas repetidas es importante valorar el impacto que presenta este paso en su socialización en el centro educativo. Por un lado, respecto al uso del tiempo⁵⁵ (asistencia a consultas ya sea en horario escolar o fuera de él) y, por otro lado, respecto al manejo social de dichas experiencias (cómo se cuenta el hecho de acudir a una consulta por ser trans), que frecuentemente no pueden compartirse entre iguales sin riesgo de sufrir estigmatización. Teniendo presentes estos dos ejes como aspectos que cruzan la experiencia de personas trans en centros educativos, la pregunta que cabe hacerse es: ¿hasta qué punto el sistema

⁵⁵ Este aspecto fue puesto en evidencia por un participante del grupo motor, durante la sesión de devolución de la información de este Diagnóstico.

educativo madrileño es competente para acompañar procesos educativos de personas que no son cis-sexuales? ¿En qué se materializa el derecho a la educación de las personas trans a parte de en el acceso administrativo a la escolarización? El espacio educativo en el contexto de Madrid, ¿genera nuevas oportunidades y experiencias para integrar la diversidad (personal y colectiva) o, por el contrario, establece una relación de continuidad cuasi-perfecta con la patologización y la iatrogenia históricamente provenientes del ámbito sanitario? ¿Es el entorno educativo un espacio de cuidados de la salud de personas trans o actúa como un nuevo escenario de estigmatización y exclusión social?

Podemos abordar estas preguntas desde diferentes ángulos, basándonos en la percepción de las personas informantes, quiénes se pronuncian sobre sus experiencias con el sistema educativo madrileño al ser invitadas a hablar sobre cuestiones de salud. Por un lado, si atendemos a los itinerarios educativos de personas trans en educación secundaria aparecen dinámicas que ya conocemos en el ámbito de la sanidad: la elección de centro está altamente condicionada por la identidad de género de la persona, de modo que uno o varios centros educativos funcionan como circuitos garantes de los derechos que otros centros no logran garantizar. Se trata de centros que sí incorporan la diversidad entre sus objetivos de trabajo (y, por consiguiente, el alumnado diverso como potencial alumnado). En Madrid, este escenario retrata la situación educativa actual, donde el IES San Isidro se ha convertido en un lugar de llegada de personas trans menores de edad que se han sentido excluidas o expulsadas de su centro educativo previo:

En mi instituto actual la situación es muy buena, recibí muy buena acogida, teniendo en cuenta que yo tuve que irme de mi instituto antiguo, en el que estaba hasta hace tres años precisamente por que cuando se lo comentamos a la dirección, el tema que yo era trans, etcétera, etcétera, etcétera, no iban a tomar medi, era un instituto, ehm, concertado, católico y no iban a tomar las medidas necesarias para, ehm, acomodar a una persona trans en el instituto, así que nos cambiamos al San Isidro y en el San Isidro si que todo bien... [...]En el de San Isidro ya habían otras personas trans, si precisamente por eso nos lo habían comentado como opción por que, como ya habían otras personas trans, la gente había sido buena, les habían acogido muy bien, nos comentaron lo de San Isidro (ENT4).

Un segundo ángulo es abordarlo atendiendo a los contenidos del curriculum. Las posibilidades de que el alumnado trans pueda reconocerse en el discurso sobre la vida que se construye desde el terreno educativo pasa por la capacidad que presente este último de reelaborar la relación entre el cuerpo, el género y la sexualidad, entre otros factores como las capacidades físicas, lingüísticas o mentales. Se trata de la capacidad de integrar que dos personas con la misma identidad de género pueden tener diferentes anatomías y la misma o distinta orientación sexual. Mientras el modelo cis-sexual (los hombres tienen pene y las mujeres tienen vulva) continúe vigente difícilmente podrán sentirse reconocid*s los menores trans con vulva y las menores trans con pene y escasos lugares quedarán para ell*s fuera de hacerse pasar por cis (armarización) o afrontar la estigmatización. La siguiente informante relata la experiencia de su hijo ante una clase en la que la profesora explica el aparato reproductor desde el modelo cis-sexual: una anatomía que pertenece a

las mujeres y otra que pertenece a los hombres, estableciendo un modo único de unir anatomía e identidad que ignora la existencia de personas trans cuyas uniones son diferentes:

ENT38: No, pero yo sobre todo eso, en tema de salud yo creo que lo que falta es información igual que en todo los ámbitos, en educación, pero en salud falta muchísima información y creo que si ya tenemos una ley aprobada desde hace un año pues esto tendría que estar en marcha programas de formación para todos los sanitarios, todos, o sea quiero decir, para, ¿no?, los centros escolares, yo he tenido que ir a hablar con la profesora de Sergio, por que están estudiando el aparato reproductor... y ya estamos, y ya estamos...

ENT33: Los niños tienen esto y las niñas tienen esto, y cuando crecen son así y cuando crecen son así...

ENT38: Alejandro^{*56} le puso una nota en el cuaderno y le explico lo que había... "mira esto que me estás contando es un cuento chino por que hay chicos que tiene tal y tal, y además esta educación es una mierda, se lo puso y se lo escribió tal cual y luego me dijo "Igual me he pasado"...

ENT35: Yo creo que no...

ENT38: Sabes qué le dijo la profe...

ENT37: Se hizo la cruz a la antigua...

ENT38: Sabes qué le dijo la profe, que ella explica lo que viene en el libro, pero es que lo mejor es que no tiene ni libro maja, que es que yo digo anda...¿que gordo, no?, tu explicas lo que viene en el libro, o sea, tu crees que un educador le puede dar esa respuesta, pues se la da...

ENT37: Ella explica lo que no la pone en tela de juicio, de que venga ningún padre a decirle nada...

ENT38: En fin, pues así estamos, yo tuve que ir a explicárselo y de dijo claro, que es que no tienes infor..., tu tienes a una persona trans en tu clase, que lo sabes...

ENT37: Ya si tienes la información, ya si la tienes...

ENT38: Bueno pues si esto pasa en la educación, qué no pasará en sanidad...

Cabe notar cómo el miedo aparece de nuevo como una política de regulación del cambio: ante la oportunidad de poner en cuestionamiento el modelo educativo vigente aparece el miedo a las consecuencias (lo que dirán el resto de las madres y los padres) que actúa en el sentido de favorecer que todo continúe de la forma más parecida a cómo estaba antes de entrar en crisis. Este miedo proyecta la imagen de las instituciones como instancias de control social del género con capacidad de sancionar los cambios directa o indirectamente (en este caso retratadas a través de las familias), y explica la sentencia de la informante anterior al señalar que <<si esto pasa en la educación, qué no pasará en sanidad>>.

La siguiente informante atribuye este miedo al "efecto espejo" que genera el contacto con la diversidad: ver a alguien diferente invita a preguntarme quién soy yo o cómo he llegado

⁵⁶ Nombre ficticio

a ser lo que soy, lo que genera una angustia social si el entorno no permite hacerse dichas preguntas. Lo que podría ser una oportunidad para desarrollar una experiencia de integración de la diversidad (el sentido particular en que cada cuál somos diferentes y la aceptación de esa diferencia propia y ajena, sea en términos de género, capacidades físicas o cualquier otro) pasa a convertirse en una experiencia que es necesario negar o excluir:

Cuando van a los coles a dar una charla o Fundación Daniela o de la Comunidad de Madrid de repente los niños se les abre la mente, no para, aunque no se nombre a nadie, pero ellos saben por qué han venido, todo el mundo se mete dentro a mirarse, es lo que yo le decía un día a Luis⁵⁷ [su hijo] "es que tú has abierto el cajón de sastre y ahora todo el mundo se mete dentro a mirarse y eso asusta, pero les beneficia por que ojalá y todos hubiésemos tenido la oportunidad de en la adolescencia estarte mirando"... "ah, pues no soy un bicho raro"..(ENT37).

Un tercer ángulo para analizar la percepción que presentan las familias sobre la capacidad de acompañamiento del sistema educativo a personas trans, es atender a qué tipo de modelo de la transexualidad funciona dentro de modelo educativo. Aquí, nos hallamos ante un nuevo fenómeno de medicalización, donde la perspectiva clínica de la transexualidad como disforia de género y esta como enfermedad se refleja en la concepción de profesionales del sector educativo. La siguiente informante relata cómo las dificultades de su hija en la escuela son automáticamente reinterpretadas como problemáticas derivadas de su transexualidad y esta como una cuestión que requiere atención psicológica *per se*. Una perspectiva que desvía la mirada de otros factores relacionales que puedan influir en el rendimiento educativo para los que el profesorado sí tiene competencias de intervención:

Siempre, lo que me han tocado mucho las narices, es ese tema de y cómo, por que también tiene problemas de comportamiento Patricia^{*58}, ehm, de carácter, no de distracción tiene unas notas excelentes, si no que tiene mala leche, pero eso no tiene nada que ver, creo yo, con su transexualidad, o sea, será más por el padre y por la madre que tiene que por el tema de la transexualidad y siempre me vienen con el tema de "¿y qué tal lo lleva con el psicólogo?, ¿pero está yendo al psicólogo?"... y a mí me toca mucho las narices, y digo pero qué tiene que ver el, o sea, siempre van a por el tema de la transexualidad, de que si le pasa algo, si se ha peleado con alguien será por que tiene alguna molestia por el tema de la transexualidad, ¡no!, la niña que se sienta al lado que es una pesada, que la he escuchado yo insultándola por ser morena, o sea, dime tu siendo transexual o no si no le vas a coger manía a la de al lado, o sea, pero qué tiene que ver y que la niña ni siquiera sabe que María es transexual, o sea, no tiene nada que ver, pero vámonos el resto, los mayores a por el tema de, si tiene, mmmh, pues si tiene, si psicológicamente la niña se encuentra bien, así, o sea, así, siempre, chun chun chun, siempre, siempre a rebuscar por allí...(ENT34).

⁵⁷ Nombre ficticio

⁵⁸ Nombre ficticio

P2. La falta de referentes como un problema de salud

La necesidad de contar con “iguales” puede entenderse como un factor estimulante de la salud, mientras que la ausencia de referentes constituye un factor que merma la salud. L*s iguales, adultas o menores, proporcionan la oportunidad para reconocerse en base a su experiencia en torno a la identidad de género y la gestión de la transfobia cotidiana. Dada la ausencia de referentes en el sistema educativo normalizado (ausencia de representaciones a través de imágenes, cuentos, relatos, etc... y ausencia de personas reales trans como parte de l*s profesionales educativos), ⁵⁹las organizaciones de familias se han convertido en el espacio a partir del cual la relación entre iguales y la generación de referentes se vuelve posible.

En el grupo cualitativo, la siguiente informante, madre de una persona no binaria, comenta la importancia de los espacios de socialización entre iguales (en este caso un campamento organizado por una entidad) para que su <<hije>> pueda hallar referentes en torno a su identidad:

Ehm, eso, no tenía ni idea, poco a poco vas así cogiendo información de que hay niños, empecé a verlo en mi peque y desde que lo sabe hasta que decide...te decía... "si es que niño yo no soy...y una niña tampoco...no sé, no sé" y en Agosto, bueno en un campamento pues conoció a otra persona no binaria y fue cuando dijo "esto, esto es lo que yo soy" (ENT37).

P3. Autoestima versus estigmatización: la armarización y su impacto en la salud

Las estrategias que se utilizan para gestionar la transfobia cotidiana presente en el contexto actual -donde destaca el entorno educativo- presentan un coste para la salud de la persona. La invisibilización presenta consecuencias importantes, mientras afrontar la visibilización también tiene un coste grave de estigmatización, lo que hace que gestionar la transfobia se convierta en una cuestión de selección de costes personales, familiares, sociales y, en un futuro más o menos próximo, laborales. Según indica el estudio del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2017:3):

El ocultamiento es un nivel estructural de discriminación según el cual la persona no es capaz de desarrollar plenamente su forma de ser su identidad, en el espacio público, apareciendo la discriminación como alienación. Un ocultamiento que se “justifica” en ocasiones como una estrategia buscada de deseo de preservar la esfera personal.

La invisibilización, esto es, la estrategia de hacerse pasar por cis-sexual (independientemente de si hay acceso o no a los tratamientos con incidencia hormonal)

⁵⁹ Es importante no normalizar la ausencia que vivimos de personas trans visibles en la vida cotidiana. Para entender cómo opera la falta de referentes como un problema público es necesario dejar de dar por sentado que es “normal” que una persona no se encuentre con otras visiblemente trans en espacios como su centro educativo, su trabajo, su centro de salud, la cafetería a la que acude o la administración en la que resuelve un trámite. Sólo así puede entenderse cómo se retroalimentan las lógicas de exclusión: la expulsión del mercado de trabajo favorece que no pensemos a las personas trans fuera de determinados lugares específicos (organizaciones y empleos escasamente reconocidos)

crea una sensación de que la persona debiera ser de otra manera distinta a la que es, lo que las siguientes informantes señalan como una fuente de generación de “baja autoestima”:

ENT32: Necesitan referentes, estoy segura que conforme vayan saliendo más van a ir saliendo más..

ENT37: Si, de hecho esa es otra no quiere callarse quiere decirlo...

ENT32: Muy bien...

ENT37: Si, pero a mí...entiendo que es mi miedo pero a mí me...yo entiendo que...hay que mirar con quien estás ...

ENT32: Yo tengo... yo soy al contrario que tu, mi hijo vive en el armario, mi hijo, nos mudamos y como donde nos hemos mudado nadie sabe que es transexual no quiere que nadie sepa que es transexual, por que de donde veníamos todo el mundo sabía de su transición, sabían que era transexual pero ahora ya no lo saben y no quiere que lo sepan y yo creo que eso es una equivocación por que eso es baja autoestima y eso es negarse...

ENT38: Es como una transfobia interna, ¿no?...

ENT32: Eso es negarse, no es transfobia, el lo que tiene es miedo, tiene miedo de perder lo que tiene, la amistades, todo lo que tenía, vive como una persona cissexual con todos los privilegios de las personas cissexuales y él no quiere perder esos privilegios que tiene ahora mismo; entonces, tu lo que tienes por un lado es miedo por lo que le puedan decir... y para mí...ahora es un handicap tener mi nene que se está escondiendo, así que no se yo que es peor..

ENT37: Pues si, visto de esa manera...

La siguiente informante expone como su hija interioriza la necesidad de ocultarse, lo que requiere del contacto con una expectativa de rechazo generalizado:

Los Martes y Jueves va por que le, sufría por que en ciertas posiciones, se veía, pero si no tiene nada eh, pero se le veía allí un botoncillo y ella se ponía así, de hecho las niñas que entrenan con ella no saben que es trans no saben y además eso es un tema que voy a retomar que era de lo que estábamos hablando, Patricia también sufre el hecho de que ella no quiere que se enteren los demás que ella es trans,ehm, yo trato de que ella, de concientizarla, ¿no?, de que es una realidad con la que ella, tiene que saberla llevar además sentirse orgullosa, de que ha sido una niña valiente, ha sido una niña apoyada por su familia por lo que eso es de sentirse orgullosa, no lo contrario, no ocultarlo, pero es muy pequeña, eh, entonces ella también tiene eso de querer ocultarse y a mí también me parece bastante dañino, ¿no?, para ella, eso de encerrarse, pero bueno, ya te digo en los entrenamientos por ejemplo nadie, nunca se ha puesto a mirarle así y yo siempre le explico a ella que nadie va a ir mirándote así Patricia, pero ella siente que todo el mundo la va mirando por ese lado , o sea, ella tiene como ese...(ENT34).

Así, las personas trans y sus cuidador*s se enfrentan a la siguiente paradoja: cómo interiorizar un sentimiento de validez a partir de un entorno que no permite expresar la identidad de género de la persona trans. Esta paradoja se transforma en un dilema: autoestima alta o visibilidad, pero acceder a ambas simultáneamente no parece posible sin cargar con el peso de adoptar una actitud altamente luchadora desde edades tempranas. Cuando atendemos a qué implica sufrir una bajada de la autoestima vemos que significa aceptar la pérdida del lugar “privilegiado” de la cis-sexualidad, esto es, aceptar la entrada en un no-lugar para el que el reconocimiento no está al alcance.

P4. La patologización de la diversidad de género en la infancia y en la adolescencia

La Ley 2/2016⁶⁰, en su artículo 14.2, señala que la dispensación de tratamientos a menores que lo requieran se hará bajo la autorización de quienes posean la tutela de la persona (o mediante un juez si no la hubiera). Con ello se hace efectivo el espíritu y la intencionalidad de esta ley de eliminar los informes psicológicos o médicos que tengan por objeto acreditar la identidad de género de la persona mediante cualquier tipo de procedimiento. Sin embargo, la siguiente informante constata que, a pesar de la aprobación de la Ley 2/2016, aún se está solicitando el antiguo certificado diagnóstico de “Disforia de Género” para acceder a los tratamientos de incidencia hormonal (inhibidores y hormonación cruzada):

Ehm, y tras eso, me pusieron en contacto con Fundación Daniela con psiquiatras que te hiciera una evaluación, ehm, para hacerte el diagnóstico, por que es un requisito legal, que un psiquiatra te evalúe, ehm, hable contigo, diga que tienes el diagnóstico de disforia de género para que te, para que el endocrino pueda recetarte cualquier cosa, me hice las pruebas necesarias, tatatatata, que pidió mi endocrino acreditado por Fundación Daniela, y entonces empecé el tratamiento de bloqueadores hormonales [...] Porque, o sea, era un, básicamente un requisito, incluso primero antes de entrar, la ley actual. Aunque se diga que es acompañamiento, sigue siendo un requisito...(ENT4).

La diferencia a la que se apunta aquí entre “acompañamiento” y “requisito” de obligado cumplimiento expone las formas en que la patologización de la identidad persiste a pesar de los cambios. Mientras la ley procura despatologizar la atención sanitaria, las informantes participantes en este estudio, madres de personas trans infantes o adolescentes, desvelan el mecanismo por el cual se acepta el certificado como único modo de acceder a cambios administrativos en el documento de identidad, vitales en el día a día de una persona. Este aspecto vuelve la atención psicológica en un requisito, por más que el lenguaje cambie a “acompañamiento” a la hora de nombrar el papel actual de la psicología en atención a las identidades trans:

ENT35: Entonces ahora también nos encontramos con, bueno, a parte ella sigue yendo a una psiquiatra, o sea lo que buscamos es una psiquiatra que está en la Paz, que lo que hace es un acompañamiento, no es un tratamiento ni es un, sino un acompañamiento en el proceso, ehm, pero sobretodo a la hora de tener informes para poder solicitar el carnet de género y todo esto, o sea que realmente no tiene una utilidad médica...

ENT32: Para mí es una putada por la que tenemos que pasar para después poder llevar los informes, los certificados y poder decirle "mire no lo digo yo, lo dice un psiquiatra, y además lo dice durante muchos años" ... eso es...

⁶⁰ Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.

P5. El bagaje sanitario negativo: la brecha entre la UIG y los colectivos de familias

La relación entre la Unidad de Identidad de Género, los colectivos de familias y las personas trans menores presenta similitudes con la percepción que presentan las personas trans adultas que, si bien no representa la totalidad de usuarias y usuarios, sí puede entenderse como un perfil que ha rebotado del modelo de atención practicado por la Unidad.

La ausencia de sintonía entre la Unidad y las organizaciones es repetidamente mencionada por el grupo de familias participantes en este estudio. La siguiente informante revela haber recibido recomendaciones de no acudir a ninguna asociación de familias en una segunda consulta con la Unidad; recomendaciones amparadas en el argumento de que es mejor para la hija no estar tan cerca de sus iguales, de modo que si conoce alguna sea producto de la casualidad:

A mi en la segunda fue por que resulta que me preguntó si yo venía, yo no había dicho nada de que ella venía con el tema de asociaciones y entonces ella me preguntó de frente, me abordó "si pero tu estás en alguna asociación"... digo "sí" en esa época todavía estábamos con CHRYSALIS y me dijo es que a mí, me dijo, que le parecía antiproducente que la niña esté con tanta gente así que tenía que estar en un ámbito pues hombre, que si conoce a una persona trans que la conozca pero que por que estar buscando "a caso tu vas buscando a tu gente" yo dije "si, yo soy extranjera y yo voy buscando gente similar como yo, me reúno, como mis comidas, escucho mis músicas, tengo mis conversaciones"...(ENT34).

Esta experiencia es contrastada por otra madre que señala un proceder similar en una primera consulta de atención:

Yo ya no sabía que hacer y lo llevé a la pediatra y la pediatra [...] sale y me dijo "voy a ir a buscar a unos compañeros"..."perfecto, si, si, vale muy bien"... y al rato me dice "ahora están hablando con tu peque y ahora dentro de un rato pasas tu, son de una unidad que se llama UIG"..."bueno vale", lo había oído pero no mucho. Y el caso es que cuando pasé, pues no era un, era un interrogatorio, empezó a decir lo malísimo que era CHRYSALIS y Fundación Daniela, esto eran sectas dónde íbamos a ir al campamento, tu lo que tienes que hacer es juntarte con gente normal y ya...(ENT37).

La relación entre la Unidad y las organizaciones de familias hay que entenderla cómo un producto de la crisis que supuso en la propia Unidad comenzar a recibir demandas de menores cuando aún no atendían a este sector de población, junto con el desfase entre el periodo de tiempo que han requerido para ello respecto a la evolución de la conciencia de derechos de las organizaciones. La reacción inicial implicó activar un conjunto de resistencias que se manifestaron de diversos modos, algo que forma parte de la memoria de muchas familias y que ha generado una profunda desconfianza en el modelo de atención de la entonces Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG).

En una primera etapa, coincidente con los primeros años de demanda, no se daba tratamiento a menores trans. Cuando el acceso a la Unidad comenzó a facilitarse faltaban criterios claros que establecieran por qué algun*s pacientes entraban y otr*s no, lo que

provocaba una sensación de funcionamiento arbitrario que, según la siguiente informante, hacían que alegar pertenencia a una organización de familiares y, con ello, exhibir respaldo, incrementase las posibilidades de acceso:

Como es tan pequeña el tema de médicos no se ha tocado tanto hasta el año pasado, ¿no?, o sea más psicólogos, psicólogos, psicólogos; estuve, lo primero que me hicieron hacer fue ir a la unidad de género en el Ramón y Cajal. Nosotros la pasamos fatal, ehm, no sabían ni como inscribirla, me dijeron que allí no se atendían a menores y digo "pero perdóname, si voy a ser la número cincuenta y ocho que vengo de tal asociación" y dice "ahms, pues espera un rato"... (ENT34).

A ello hay que añadir las primeras experiencias relacionadas con la negativa a inscribir con el nombre utilizado por la persona; un hecho que sorprendía aún más, al tratarse de un dispositivo centrado en la atención a las personas trans:

La secretaria, una de pelo liso que me caía muy bien hasta hace un momento, y yo decirle "oye, y no podemos ponerle"... como en el cole hasta en esa época, " ponerle un tachón, y ponerle encima Patricia"...y me dice "este es su nombre, ¿no?" y yo ya, pues, ponerme verde y ponerla verde. Es que yo creo que vengo aquí por un tema específico, que es por que mi niña tiene disforia de género y que tu me vengas con esa contestación es que me parece...(ENT34).

Así, se establece una segunda etapa de atención en la que se sabe que esta es posible pero no están claros los criterios de acceso ni de atención. Así, a la desconfianza generada por la sensación de arbitrariedad, hay que añadir las experiencias relatadas sobre la decepción de personas trans menores que señalan haber sido invitadas a entrar en el proceso de atención psicológica para iniciar el tratamiento hormonal en cuanto alcanzasen los 16 años de edad, a pesar de que la entonces UTIG no proporcionaba aún tratamiento a dicha edad:

Ehm, la psicóloga si que me pareció maja y el acompañamiento que realizaba realmente estaba bien, ehm, en cambio el endocrino, en su negación a administrar tratamiento a, cualquier menor, en su "realizamiento" a partir de los dieciséis, en parte me pareció, ehm, algo mentiroso por que yo fui allí con menos de dieciséis años y dijo que a los dieciséis se evaluaría, seguramente me empezaría a hormonar. Pero me dijo eso en un momento en que no, en el que a ninguna persona que tuviera dieciséis años se le estaba hormonando en la Unidad de Identidad de Género y claro, darle esa esperanza de que dentro de dos años te van a hormonar, cuando tu no estás haciendo, no estás haciendo eso, ahora mismo y cuando no es tu intención, si que me pareció bastante falso...(ENT4).

Según se indica en el siguiente reportaje publicado en el periódico El País⁶¹, el endocrino de la UIG manifestaba su opinión en relación a los tratamientos de menores trans:

El endocrino Antonio Becerra, responsable de la UTIG de Madrid, con 500 pacientes en 15 años, no prescribe, sin embargo, terapia alguna antes de los 18, más allá de enviar al menor al psicólogo de la unidad. "Me despierta dudas intervenir antes. No hay certezas en este campo, y antes de actuar prefiero no dañar. En mi experiencia, ningún menor transexual ha necesitado con urgencia ningún tipo de tratamiento" (Sánchez-Mellado, 2010)

⁶¹ Reportaje de El País, 24 de enero de 2010. Disponible on-line en: http://elpais.com/diario/2010/01/24/eps/1264318013_850215.htm

Durante este periodo, una tercera circunstancia contribuye a la sensación de arbitrariedad. Mientras públicamente se admite la atención a personas trans en la UTIG pero no el tratamiento hormonal, se conoce el caso de una persona trans que adquiere receta para hormonación por el endocrino de la Unidad⁶², un hecho conocido entre integrantes de las organizaciones de familias.

Por último, la incorporación de la atención con tratamiento hormonal se produce formalmente en el año 2016 si bien para entonces ya se han generado itinerarios de atención alternativos en el sistema público que hacen que las familias que vivieron las etapas anteriores prefieran continuar la atención por servicios diferentes a la actual UIG.

P6. Falta de sensibilización, formación y estudios

La sensibilización y la formación en torno a atención trans desde servicios de pediatría es una realidad escasa, lo que afecta tanto a las personas trans como a sus familiares en varios sentidos. Por un lado, dificulta el acceso a los canales a través de los que obtener información sobre dónde asistir dentro del sistema de salud si se desea algún tipo de acompañamiento sociosanitario. Por otro lado, limita el acceso a información relativa a los tratamientos cuando son requeridos; información que el propio sistema sanitario no suele tener disponible. Y, por último, genera desconfianza y dudas acerca de la información obtenida debido a la ausencia de estudios que establezcan el grado de confiabilidad de la misma.

En primer lugar, la falta de formación genera, de nuevo, un acceso a la atención sanitaria por la vía del boca a boca, que aparece como estrategia para sortear la falta de garantías para ser atendid*s en condiciones de dignidad:

ENT32: Tenemos que estar expensas [...]

ENT32: Y de encontrar a una persona...

ENT37: De a ver a quien nos encontramos de frente

ENT32: Que quiera currárselo...

Esta ausencia de derechos efectivos, genera una exposición de la persona y la familia a un sistema sanitario con escasa sensibilización en diversidades de género. A esto hay que añadir las dificultades para encontrar profesional sensibilizado y formado, que conlleva

⁶² En el transcurso de la investigación hemos tenido acceso a la copia de la receta que verifica la información dada por informantes.

que las familias y/o la persona -cuando es posible- se hagan cargo del proceso de obtener la información:

No, no, no, es que se lo dijo a Sergio en su cara, o sea, así, así directo, o sea, dijo "no sé si sabrás o no esto"...yo solo la miraba así...y bueno, las experiencias, la verdad, que yo he tenido con sanidad pues han sido bastante patéticas, o sea, eso es así, y al endocrino pues hemos tenido que llevar nosotros toda la información, al endocrino, o sea al pediatra, hemos tenido que llevar nosotros toda la información gracias a las asociaciones que tenemos, gracias a las personas que trabajan en ellas por que si fuera por el tema, la gente de salud...es que no saben nada, no saben nada, te dicen "lleve a su hija al psicólogo"...vamos al psicólogo, no sabemos por qué, pero dices vamos a la psicóloga (ENT38).

La sensación de estar más informada que quién presta atención sanitaria es una cuestión que se repite entre informantes y que está generando una "cultura trans" que incorpora también conocimientos médicos autogenerados. En parte, este efecto es posible en la medida en que la ausencia de canales institucionales multiplica los canales alternativos y la estrategias para obtener información de manera autogestionada. Entre ellos se encuentra internet, como una red de intercambio de conocimientos entre iguales, y el uso de las redes personales conocidas para lograr información de corte clínico, compartiendo incluso los efectos de las dosis hormonales para poder realizar ajustes en el tratamiento:

Sobre todo, ehm, en redes, lo que se encuentra en internet y otras personas trans, el conocimiento compar, sobre todo en comunidades trans que hay en internet y en persona, en el conocimiento que se comparte entre nosotros es lo que más ayuda realmente, por nadie va a saber explicarte mejor, ni vas a encontrarte mejor como es la experiencia, incluso en tu futuro, que otra persona trans... [...] Y también, en cosas como las dosis, es muy típico estar comparando con los mismos amigos trans cuales son, ehm, las distintas dosis que tiene cada uno por que etcétera, etcétera, etcétera, por que dado que no hay estudios se tiene que hacer de esta manera, tan... (ENT4).

Así, los saberes en torno a los tratamientos, las dosis y sus posibles efectos secundarios se conforman y circulan entre la propia población trans de modo que los aspectos relacionados con las medicaciones han pasado a formar parte de una cultura de saberes compartidos y autogenerados. No obstante, cabe tener en cuenta que, al igual que señalamos en personas TLGBQI usuarias de los servicios de ginecología, la necesidad de proveerse de conocimientos genera un "rol de paciente" informada que actúa como filtro a la atención -quien no está informada no obtiene los mismos resultados y, por tanto, es más fácil que considere que lo que el sistema sanitario puede ofrecerle no compensa los daños del paso por el mismo. El rol de paciente informada se traduce, para la siguiente persona informante, adolescente trans, en la sensación de tener que sacarse un mini grado en medicamentos hormonales para compensar la falta de información en las consultas y el escaso grado de confiabilidad:

En parte si, sobre todo en esos temas, en cuanto a, a dosis, por que además alguna de mis amigas trans, ehm, tiene, bueno una tiene la carrera de medicina, otra que es farmacéutica y en cuanto a las dosis, investigan mucho sobre ese tema y claro a veces piensas ¿pero no tendría que ser esta otra dosis de este medicamento?, en parte te sacas como un mini grado en

medicamentos hormonales, cuando eres una persona trans, en parte por que tienes que hacerlo, por que tienes interés en ello, en investigar sobre qué te vas a tomar, etcétera, etcétera, etcétera...(ENT4).

El escaso grado de confiabilidad de la información que hay disponible acerca de los efectos de los tratamientos y de cómo compensarlos, se deriva de dos factores. Por un lado, los estudios que existen están orientados al efecto que presentan los tratamientos hormonales en personas cis que los utilizan por otros motivos. Por otro lado, no hay inversión en estudios que tengan como diana a población trans que recibe los tratamientos en edades anteriores a la adultez; un hecho que la informante atribuye a la vinculación que existe en el contexto español entre investigación y mercado que provoca que las necesidades no reciban atención de la industria si, después, los productos asociados no serán rentables. En conjunto, la falta de investigación implica una escasa protocolización que es causa de un margen amplio de divergencias entre las dosis recibidas por unas y otras personas según el personal que las atiende:

En parte a que las hormonas para personas trans no son hormonas para personas trans, son medicamentos para otras cosas, mujeres menopaúsicas, etcétera, etcétera, etcétera, que han sido reutilizados , reconducidos para que lo usen personas trans, que no esté pensado para ellos, no está realizado para ellos ni nada pero se les confía que los usen; no hay estudios, no hay investigación, porque ni rentabiliza ni hay nadie que la haga por amor al arte digamos, no hay estudios sobre cual es la mejor dosis, cual es la mejor cantidad, como debe ser,ehm, simplemente cada endocrino realmente se guía por su propio criterio a la hora de eso y su experiencia, por que no hay una experiencia, no hay un estudio que te dictamine, ehm, cual ha sido demostrada, la mejor manera, le mejor dosis, la mejor cantidad, y tienes variaciones tan dispares entre gente trans de distintos puntos del Estado, mi dosis puede tener nada que ver con la de una mujer trans de Andalucía aunque estemos en las mismas condiciones por que no tenemos el mismo endocrino, incluso con una misma mujer trans de Madrid, por no tener el mismo endocrino puede variar muchísimo... (ENT4).

Capítulo 5

**SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A
LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LAS
MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES**

EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA LESBOFOBIA

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES: EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA LESBOFOBIA

5.1. INTRODUCCIÓN: INVISIBILIZACIÓN INSTITUCIONAL Y SOLEDADES NO ESCOGIDAS COMO PROBLEMAS DE SALUD

En este capítulo abordamos los principales obstáculos de las mujeres lesbianas y bisexuales, en su mayoría cis-sexuales, sobre la salud sexual y reproductiva.

El significado de la salud sexual de mujeres bisexuales y lesbianas pone en juego varias temáticas: por un lado, el cuidado de la salud ginecológica y las dificultades para hacer uso de los servicios de salud siendo visibles como personas con una sexualidad disidente respecto a la heterosexualidad. Por otro lado, la significación de salud sexual se abre también a cuestiones como la necesidad de estar a gusto con el propio cuerpo, el disfrute de la sexualidad sola y en relación y la necesidad de vivir sin sentirse estigmatizadas (ni por el afuera ni internamente).

No obstante, *qué significa la salud* para las informantes participantes en este estudio es una pregunta que está fuertemente atravesada por la edad. Así, la siguiente informante, quien ha vivido como lesbiana el tránsito a cumplir una edad que le introduce en la categoría de “mayores”, sitúa la soledad en el epicentro de las problemáticas de salud de las mujeres lesbianas:

La soledad es para mí la primera, porque si estás mal de salud pero no estás sola pues estás mejor de salud, pero claro a la mínima que tengas un problema de salud, por no haberte cuidado, claro... la dejación médica, porque no vas al médico, porque te avergüenzas o no estás en el armario, sales del armario, no vas al médico asumiendo tu realidad LGTB y dices: mire usted, yo soy T, o yo soy B, o yo soy L, o yo soy G, cuídeme usted como tal, atienda usted a mis dolencias y a mi necesidad física como tal, entonces, claro, te mantienen el chasis en mejor en mejor estado, pero si tú no llevas el chasis, o lo llevas engañado pues poco te van a cuidar y poco te van a sacar adelante el cuerpo, entonces ¡armario! [...] Entonces, soledad y salud, pero muy unidos. (ENT3).

Se trata, por tanto, de un tipo de soledad no escogida que conduce al aislamiento y que impacta gravemente sobre las condiciones de vida y las condiciones de salud de las mujeres lesbianas y bisexuales que la padecen. Una situación, heredera de la invisibilidad y la discriminación social, que está impactando sobre el acceso a los cuidados por parte del entorno familiar y social, haciendo que las personas TLGBQI sufran una doble exclusión cuando alcanza una edad en la que requieren tales cuidados para desarrollar aspectos de su vida cotidiana.

La invisibilidad del lesbianismo continua siendo aún un factor clave para explicar las distintas problemáticas en salud que hallamos. En la relación con el sistema sanitario, podemos decir que los obstáculos se asientan en la manera particular en que el sistema sanitario reproduce la exclusión e invisibilización de las sexualidades lésbicas a modo de funcionamiento institucional. Nuestro diagnóstico apunta a que las problemáticas de mujeres lesbianas y bisexuales que se relacionan con los servicios de salud se plantean en el nivel de la accesibilidad (llegar a consulta) y el trato (recibir un trato acorde con los derechos sexuales de la persona) siendo producto de una problemática de orden estructural. Si la sexualidad de las mujeres cis ha sido pensada en relación a relaciones heterosexuales con prácticas orientadas a la reproducción, la arquitectura, la fisiología y la fisionomía de los servicios sanitarios responde particularmente a esta definición. En términos globales podemos decir que los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva orientados a mujeres no están pensados ni preparados para dar cabida a quienes presentan otras sexualidades y, aún menos, a hombres con vagina y útero.

En este capítulo comenzamos presentando la percepción de l*s profesionales entrevistad*s en relación a las preocupaciones en salud sexual de las mujeres cis lesbianas y bisexuales. A continuación presentamos las principales problemáticas relacionadas con la salud y la relación con los servicios de salud. En tercer lugar, incluimos un apartado de estrategias que nos ayuda a visibilizar qué itinerarios están utilizando las mujeres lesbianas y bisexuales para sortear los obstáculos del sistema sanitario actual.

5.2. PERCEPCIÓN DE L*S PROFESIONALES SOBRE LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES

5.2.1. Percepción sobre la asistencia de mujeres lesbianas en consulta: “el perfil de paciente”

La percepción, por parte de las profesionales entrevistadas, sobre el nivel de acceso de las mujeres cis lesbianas a las consultas ginecológicas no responde a un discurso pre-elaborado, sino que, por el contrario, observamos, en un porcentaje alto de los casos, cómo se va construyendo en el transcurso de las entrevistas. Si entendemos las entrevistas como un espacio de tematización de la salud de las mujeres cis lesbianas y bisexuales, -una invitación a pararse a *hablar de...*- podemos afirmar que en el sector profesional existe un escaso nivel de problematización de su presencia o ausencia en ginecología. La falta de preguntas en torno a qué está sucediendo al respecto proyecta una baja expectativa de recibir mujeres no heterosexuales en consulta desde el sector profesional. Así, la siguiente profesional, preguntada por cuántas mujeres lesbianas y/o bisexuales tiene actualmente en consulta, señala haber visto en su carrera profesional a decenas de ellas y cae en la cuenta de no haber visto todavía a ninguna en la consulta del último centro al que se ha incorporado, en el que atiende actualmente:

Por eso te decía que yo quizás, sí he idealizado que que que..este tema lo tengo un poco [risas] ehheh ap y he visto pocas mujeres es decir, no sé cuántas te puedo decir: veinte, treinta, cuarenta...habré visto, ¿no? estoy pensando en mujeres...ehhhhhh lesbianas que haya visto en Madrid Salud, en este momento, ¿vale? exclusivamente, ¿vale? [...] que eso es aquí mm en Villa no he visto desde que estoy aquí ni nada, ¿vale? porque yo estoy ahora mismo en segunda línea para..unos temas muy determinados, ¿no? de anticoncepción de...de de..mujeres con..con mmmm de...de más riesgo psicosocial. En San Blas que yo tenía..una consulta muy a la calle, sí he visto personas ehmm eh he visto...eh chicas que me han contado que hacían sexo con chicas y...ehhhh venían por una revisión, claramente, venían por una revisión, sin más, venían por una revisión general (ENT20).

El escaso número de personas detectadas en consulta cabe relacionarlo con el “perfil de paciente cis lesbiana y/o bisexual” que las profesionales describen. Es una percepción compartida entre distintas profesionales entrevistadas, y consiste en que las mujeres lesbianas y bisexuales que identifican en sus consultas como tal, responden a un perfil de mujeres “empoderadas” y “avanzadas”:

Eh pero con chicas no, no, será por el perfil de las que tengo, ¿eh? que ya tienen o están muy empoderadas, muy muy avanzadas y tal. Vienen de Cogam, vienen de las administradoras amigas, eh feministas, mmm no, no he visto especial riesgo y no he tomado demasiada atención (ENT14)

Las mujeres lesbianas están en las mujeres que eligen, las mujeres que eligen, que saben muy bien y que tienen información y que cuando tú les cuentas esto lo han entendido a la primera...

¿eh? y...mmm. no, las mujeres lesbianas que se manifiestan como lesbianas en mi consulta están dentro de las mujeres informadas. Claramente informadas y que eligen, ¿vale? que eligen.. eh ya, saltarte la opción sexual mayoritaria yo creo que ya... pone un punto también y pone una reflexión diferente, ¿no? mm ehh (ENT20)

Al empoderamiento, se añade que las mujeres cis lesbianas y bisexuales parecen responder a un perfil de pacientes informadas, mostrando capacidad de elegir el tipo de atención que desean recibir. Sin embargo, ¿cómo hemos de interpretar el “perfil de paciente” que llega a consulta? Las características que presenta (empoderamiento, información, avance, capacidad de elección), ¿han de ser leídas como rasgos de personalidad, intrínsecos, de las mujeres lesbianas y bisexuales? o ¿deberían ser interpretadas como personas con los recursos personales que la propia población percibe como necesarios para solicitar atención ginecológica, cuando se opta por ser visiblemente bisexual o lesbiana? Esto es, ¿hasta qué punto es posible acudir a consulta para una mujer con una sexualidad distinta de la heterosexual que no sienta un cierto grado de empoderamiento o recursos para sostener o hacer frente a reacciones adversas? Y, por consiguiente, ¿cuáles son los obstáculos para los que dicho nivel de empoderamiento se vuelve necesario?

El “perfil de paciente” que acude a consulta nos da información acerca de las expectativas de trato y la consiguiente necesidad de desarrollar recursos de afrontamiento ante situaciones adversas, siendo un mecanismo que actúa filtrando quién puede acudir a consulta haciendo visible su sexualidad y quién no. A esta conclusión parece acercarse la anterior profesional al ser preguntada por la entrevistadora sobre qué está queriendo decir exactamente cuándo señala que las mujeres lesbianas que acuden a consulta suelen estar informadas:

Entrevistadora: te refieres con informadas ehh ehh.. ¿a qué exactamente?!

Informante: [silencio] [suspiro] buah es qué buena pregunta [silencio] yo lo he dicho, sí... mmm, vamos, yo lo he dicho, sí... mmm, vamos, que me salió de.... del su de de...lo... no de un acto consciente, ¿no? [suspiro] [silencio] [...] Ehhh cuando digo que...mmm, la sensación que yo tengo, subjetiva, es que cuando una mujer se sienta delante de una doctora y dice yo, oye que yo hago sexo con chicas es que tiene muchas cosas claras, ¿no? y que... ya ha tenido que hacer un trabajo... (ENT20).

Así, en el curso de la conversación, la percepción de que las pacientes lesbianas están muy informadas evoluciona hacia la reflexión de que, si han venido y se han mostrado como tales, es porque ya tienen un “trabajo” previo hecho que les ayuda y les permite afrontar posibles situaciones adversas en las consultas. Un enfoque individual, centrado en las características de la persona, se va ampliando para dar cabida a un enfoque relacional que tiene en cuenta el diálogo que existe entre la persona y la institución, en el tránsito hacia la adopción del rol de “paciente” o usuaria de la misma. Son recursos desarrollados *en relación* que persiguen un *para qué*: llegar a ser objeto de atención. Podemos afirmar que, para el caso de usuarias lesbianas y bisexuales, las características aquí señaladas no lo son tanto de la persona como del rol de la paciente que desea ser atendida en consulta.

En este punto, es importante insistir en que el “perfil de paciente” definido por l*s profesionales no responde tanto a las mujeres que acuden a consulta como a aquellas que son identificadas como tal. Como señala la activista Boti García Rodrigo, son frecuentes las historias de mujeres lesbianas que demandan atención “haciéndose pasar por” heterosexuales, como estrategia para ejercer el derecho a la atención sanitaria, sorteando las situaciones de discriminación que puede conllevar el mostrarse como lesbianas:

Por parte de los poderes públicos no tener, no tener unos médicos, una.. como se diga eso, que nos contemplen y nos reconozcan, o sea, no me hagas a mí, no me metas en el saco, entérate de que en el mundo no somos solamente heterosexual, es que hay un abanico amplísimo, a lo mejor te entra una mujer o un hombre de X años y que no es como tú sospechas que es, pero no le veas con esos ojos [...] hombre en la ginecología para las mujeres, caray, o sea para las mujeres toda la cosa, o sea el ir y sobre todo, fíjate a mí me sorprende porque gente de mi generación que no se hagan revisiones, que no vaya al médico, a la ginecóloga, que no vaya, que no vaya y que no vaya, que no van, que no van, que no van y que no y cuando van se visten de heterosexual, cosa que me parece impres... pero las jóvenes tampoco lo hacen, eso me parece espantoso (ENT3).

5.2.2. Percepción sobre las causas de la baja asistencia en ginecología

A la hora de explicar las causas de la baja asistencia de mujeres cis lesbianas y bisexuales a las consultas ginecológicas, identificamos cuatro modelos explicativos presentes en los discursos de l*s profesionales entrevistadas: la falta de preocupación por la anticoncepción, el bajo riesgo de infección por ITS, la menor promiscuidad y las malas experiencias previas. Los dos primeros se corresponden con las respuestas más inmediatas que obtenemos cuando preguntamos por su percepción de las causas:

Pues interpreto porque, como no les preocupa el tema de la anticoncepción, pues probablemente sea por eso, porque a ginecología, normalmente lo que más se... incluso, mmm, pues porque también tienen menos riesgo de infecciones, de... y yo creo que se preocupan menos para hacer controles ginecológicos o planificación, por supuesto, no van a hacer... y yo creo que es por eso (ENT19)

Igual no se percibe como una necesidad, ¿pa qué voy a ir yo al gine? Si tengo un quiste de ovario lo voy a tener igual que cual o sea quiero decir, no... no es una clave. Si me duele voy, si no me duele no voy. Si me duele pues ya sé que tengo que ir a... al médico de cabecera como todo lo... persona. Ehhh ¿riesgos, ITS? Pues van a ser como cualquier otra persona, es decir a ver, ¿hay riesgo porque mi pareja tal? Vale pero lo mismo que cualquier. Yo creo que probablemente no se perciba riesgo (ENT14).

Sin embargo, en el transcurso de las entrevistas, algunas profesionales acaban por relatar también las experiencias negativas que configuran el bagaje sanitario de mujeres cis lesbianas y bisexuales:

Entrevistadora: ¿por qué no llegan a consulta?

Informante: mmmm buena pregunta, probablemente porque tengan...dudas de cómo se les acoja y se les atienda, ¿no? es probable que [tono más bajo] igual que las personas eh... lesbianas a veces no se manifestaban seguramente es por temor a...al rechazo o...a la falta de...mmm de formación la forma de...o al miedo a...a una actitud...ehh o al desconocimiento o a una actitud incorrecta por los profesionales, ¿no? (ENT20).

5.2.3. La interpretación del riesgo y la promiscuidad: ¿bajo riesgo y escasa promiscuidad o bajo reconocimiento?. La paradoja de contar lo que no cuenta.

La *teoría del bajo riesgo* de las “relaciones sexuales entre mujeres” se halla muy extendida tanto entre el sector profesional como entre la propia población TLGBQI. En l*s primer*s, la representación de las relaciones entre mujeres tiende a proyectar una visión de las mismas que excluye las prácticas que puedan representar un riesgo de infección por transmisión sexual. Así, la penetración, como práctica que condensa el riesgo en el imaginario profesional, suele aparecer en un segundo plano cuando se habla de relaciones entre mujeres⁶³, y en consecuencia la preocupación por los riesgos disminuye:

Pues interpreto por qué, como no les preocupa el tema de la anticoncepción, pues probablemente sea por eso, porque a ginecología, normalmente lo que más se... incluso, mmm, pues porque también tienen menos riesgo de infecciones, de... y yo creo que se preocupan menos para hacer controles ginecológicos. O planificación, por supuesto, no van a hacer... y yo creo que es por eso [...] Ellas piensan que no tienen riesgo. Al no tener penetración, pues que no tienen riesgo de infecciones y luego tampoco necesitan planificación porque no se van a quedar embarazadas. Yo pienso que es por eso (ENT19).

Podemos decir, que la teoría del bajo riesgo presupone tres concepciones sobre los cuerpos, la identidad y la sexualidad. Por un lado, que las mujeres lesbianas tienen menor número de parejas sexuales que las que se dan entre otras personas. Esto es, no son “promiscuas”, aseveración que suele realizarse por comparación con el referente de los hombres cis gays quienes, en el polo opuesto, suelen asimilarse a un grupo homogéneo respecto al grado mayor de promiscuidad:

No, no, yo creo que no ha habido. No ha habido, no solo que no ha habido sino que nunca se, que no se han hecho demasiados estudios sobre ellas, ni sobre... se considera que tienen poca, y es verdad que tienen poco riesgo de infectividad pero, aparte de que también suele ser un colectivo que tiene, que no es tan... no me gusta esa palabra pero bueno, promiscuo, como lo pueden ser los hombres que tienen sexo con hombres, que no tienen tantas variedades de relaciones con tanta variedad de personas, que eso también es un riesgo si no usas el preservativo, claro, si lo usas bien y tal pues no hay problema pero claro va una cosa suele ir unida a la otra entonces pues eso y no hemos hecho especial hincapié en las chicas pero bueno, yo como a las chicas como a cualquier pareja, recomiendo que tengan un poco de precaución cuando tengan un contacto ocasional y, que cuando tengan una pareja, vengán a hacerse pruebas por si han tenido alguna infección de alguna pareja anterior y así ya pues no tienen

⁶³ Esto es así aún cuando la experiencia clínica en consulta hace que la profesional conozca el posible uso de juguetes sexuales que impliquen penetración vaginal, lo que no quiere decir que el riesgo sea el mismo, pero sí que la penetración debe ser contemplada en las prácticas sexuales entre mujeres y también la existencia del riesgo derivado.

que preocuparse de nada más, ¿vale?, pero es lo mismo que les digo a las parejas heterosexuales y a las, y a los hombres (ENT19).

Pongamos en relación la atribución de baja promiscuidad con la siguiente situación clínica, relatada por algunas mujeres lesbianas y bisexuales entrevistadas: en el transcurso de la entrevista inicial, el/la profesional pregunta <<¿mantienes relaciones?>> cuando, en realidad, lo que desea preguntar es si la persona está realizando prácticas de penetración vaginal receptiva con otra persona que tenga pene. En el espacio de la clínica, practicar penetración vaginal con alguien con una genitalidad con pene y testículos pasa a ser sinónimo de mantener relaciones sexuales, lo que excluye aquellas que -con o sin penetración- se dan entre personas con útero y vagina. Se trata de una lógica “dessexualizadora” ya que tiende a representar las relaciones entre mujeres cis como no evidentemente sexuales. Esta asimilación de una parte opcional -la penetración- con el todo - la sexualidad-, funciona determinando qué se entiende por relaciones sexuales y qué no. Desde este paradigma de la sexualidad, ¿cuántas parejas sexuales serían relevantes para que la mirada del/la profesional reparase en los riesgos de las <<relaciones mantenidas>> entre, por ejemplo, dos mujeres cis lesbianas? Cuando las relaciones sexuales no son reconocidas como tal, ¿cómo se contabilizan? O, dicho de otro modo, ¿cuál es el interés en reparar en el número?

Poner de manifiesto la paradoja que se da cuando observamos al mismo tiempo la creencia en la baja promiscuidad y el desinterés en contar (la paradoja de saber qué resultado obtendríamos -bajo- si contásemos algo que no cuenta) no tiene por objeto pugnar por incrementar el resultado; apoyando ahora una creencia de que las lesbianas son equis grados más promiscuas de lo que la clínica suele considerar. Por el contrario, los resultados de esta investigación apuntan a una hipótesis que trataremos de explicar a continuación: la valoración de los riesgos, y con ello de la llamada “promiscuidad”, responde mejor a la pregunta de qué cuenta como sexualidad que a la pregunta de cómo se transmiten las infecciones. La cartografía de los riesgos es, ante todo, una cartografía moral de la sexualidad. Y las preguntas clave tienen que ver con el reconocimiento.

Para explicar esta hipótesis rescatemos la situación de entrevista anterior en la que, inicialmente, la informante apuntaba la teoría del bajo riesgo en las relaciones sexuales entre mujeres como sigue:

Pues interpreto por qué, como no les preocupa el tema de la anticoncepción, pues probablemente sea por eso, porque a ginecología, normalmente lo que más se... incluso, mmm, pues porque también tienen menos riesgo de infecciones, de... y yo creo que se preocupan menos para hacer controles ginecológicos. O planificación, por supuesto, no van a hacer... y yo creo que es por eso [...] Ellas piensan que no tienen riesgo. Al no tener penetración, pues que no tienen riesgo de infecciones y luego tampoco necesitan planificación porque no se van a quedar embarazadas. Yo pienso que es por eso (ENT19).

Al invitarle directamente a que relate cuáles son las enfermedades de transmisión sexual que pueden transmitirse por sexo oral a una persona con clítoris y vagina, va elaborando un mapa de ITS que ya se perfila diferente a lo que apunta la teoría del bajo riesgo: en el sexo a una persona con clítoris y vagina, todas las infecciones, a excepción del VIH, son potencialmente posibles aunque no todas son clínicamente frecuentes en base a lo que muestran las pruebas que son realizadas en consulta para su detección:

Entrevistadora- ¿Qué enfermedades estáis testando aquí, normalmente con las analíticas habituales, que se puedan transmitir por sexo oral, bien sea entre mujeres o en el, o en...?

Informante- Pues VIH, sífilis, herpes...

Entrevista- Me refiero por sexo oral a mujeres.

Informante- Ah no, no, no, no...

Entrevistadora- Ya sea...

Informante- Por sexo oral a mujeres no. Por sexo oral a hombres VIH.

Entrevistadora- Me refiero a alguien que tenga, alguien que tenga vagina y clítoris.

Informante- Vale, vale. Bien, entonces todo menos VIH.

Entrevistadora- ¿Todo menos VIH se puede transmitir?

Informante- Si, la sífilis, la gonorrea, bueno, la gonorrea a ver, sexo a mujeres, ehh, todas son posibles pero, o sea, ¿alguien que hace un sexo oral a una mujer estás diciéndome?

Entrevistadora- Si. Ahí, tanto para la persona que lo hace como para la que lo recibe, ¿cuales podrían ser las posibles...?

Informante- Vale. Las posibilidades son prácticamente todas pero es muy poco probable, a ver, te digo, el VIH no, porque el VIH en ese caso estaría en la saliva y en la saliva no contagia, ¿vale?, la sífilis, en el caso que te estoy contando, que tuve ayer, es posible que se lo pueda contagiar y, de hecho, es muy posible que él se lo haya cogido haciendo eso, o sea, porque este sólo había tenido sexo con mujeres y justo había tenido una relación tres días antes y otra un mes antes, en las que él había hecho sexo oral y él estaba con una lesión aquí, o sea, que probablemente la del mes antes se lo había cogido, emmm, VIH, sífilis... Herpes, el herpes también se puede transmitir porque son, son el herpes que está en los labios, a ver, clásicamente el herpes tipo I, el herpes genital, el herpes simple genital tipo I, no, el herpes simple tipo I es el que normalmente afecta a los labios, de las típicas calenturas, que lo tiene el 70% de la población, que se coge en la infancia, que no sé qué, que tal... y el virus del herpes simple tipo II o genital es el que siempre estaba en genitales, ahora con las prácticas de sexo oral a veces se cambian entonces, cualquier persona que tenga en la boca un herpes, sea tipo I o sea tipo II y haga un sexo oral a una mujer se lo puede contagiar, ¿vale?.

Entrevistadora- Si, vale.

Informante- Luego, el HPV, por ejemplo, que últimamente estaba la gente muy agobiada, el virus del papiloma humano, con eso, pues es, mmm, en teoría podría ser posible pero... pfff... yo no he visto ningún caso así, he visto casos en hombres que tienen sexo con hombres de

lesiones papilomatosas o condilomatosas en la boca y de hacerles sexo oral pero claro, en un pene que le entra hasta el fondo.

Vale. La gonorrea y la clamidia, por ejemplo, se localizan en las amígdalas entonces es muy difícil que, que en un sexo oral, mmm, por mucho que haga el, el, el... es muy difícil tanto (silencio). O sea, estamos hablando de transmisión a la mujer cuando se, ah, bueno, a la vagina, cuando... (ENT19)

Para entender cómo se compone este mapa del riesgo, cabe tener en cuenta algunas cuestiones que no se limitan al ejemplo de la entrevista que presentamos aquí. En primer lugar, la dificultad para pensar en el sexo oral cuando este se realiza a una persona con genitalidad distinta a pene y testículos. Esta dificultad explica la cadena de aclaraciones del ejemplo anterior, donde la informante, inicialmente, responde a la pregunta por los riesgos del sexo oral pensando en una genitalidad masculina receptora; lo que desencadena nuevas aclaraciones de la entrevistadora. Este desliz no revela un desconocimiento del sexo oral entre mujeres, que además no es el caso de nuestra informante, sino que revela cómo, pese a ese conocimiento, el sexo oral tenido en cuenta en el imaginario sigue remitiendo al realizado sobre hombres cis. Así, la valoración del riesgo está asentada en dos presunciones sobre la relación entre las prácticas sexuales y la identidad: la penetración pertenece al terreno de la homosexualidad cis masculina y de la heterosexualidad, siendo el hombre cis “activo” y la mujer cis “receptora”. El sexo oral a tener en cuenta respeta una distribución similar de identidades (heterosexualidad y homosexualidad masculina) y unos roles específicos (mujer cis receptora y hombre cis activo). Ambas presunciones coinciden en un mismo punto: el pene como principio activo, riesgoso y regulador de la sexualidad, tanto en la penetración como en el sexo oral. Allí donde aparece se abre un terreno a tener en cuenta (reconocimiento). De este modo, podemos señalar que la teoría del bajo riesgo -y la valoración misma del riesgo- está asentada sobre un modelo de la sexualidad coitocentrista y penecentrado, que presenta consecuencias sobre la capacidad de identificar los riesgos en relaciones sexuales donde aquel no interviene. Es así como el bajo nivel de reconocimiento sobre las prácticas sexuales donde el pene no se halla implicado se convierte en una teoría médica sobre el nivel de riesgo bajo en las relaciones sexuales entre personas con clítoris y vagina (mujeres cis lesbianas y hombres trans).

Los sesgos en la valoración del riesgo se extienden también a las técnicas de detección de ITS. Así, mientras la gonorrea y la clamidia en personas con clítoris, útero y vagina, se asientan sobre el cuello del útero (transmisión via penetración vaginal por contacto entre epitelio del pene y epitelio del útero) y sobre la uretra (transmisión vía sexo oral) las técnicas de toma de muestras se concentran sobre el primero. La razón, tal y como reflexiona la informante anterior, no es la presencia de estudios que demuestren que la infección no está en la uretra sino la presunción de que, tratándose de ITS, no es relevante buscar ahí:

Si la gonorrea es en la uretra de la mujer pues o de la persona que tiene vagina pues a lo mejor también podría ser posible; lo que pasa es que eso se ve más y entonces es más, la verdad es que las pruebas que hacemos las hacemos en, cuando hay vagina las hacemos en cuello de

útero, no las hacemos en la uretra, en caso por ejemplo de trans operadas a veces pues, ehh, miramos a ver si en la uretra puede haber alguna cosa, algún, alguna secreción y a veces hacemos una toma de la uretra porque, como no tienen cuello de útero pues entonces hacemos toma de la uretra [...] En teoría no buscamos en la uretra porque entendemos o creemos que no hay infección en la uretra de la mujer, entonces a la mujer se le hace en el cuello del útero para gonorrea y clamidia [...] Yo, creo que no hay estudios sobre eso, lo voy a apuntar para buscarlos (ENT19).

La informante achaca los sesgos en la búsqueda de ITS mediante las técnicas de detección, a la visión “heterosexista” y/o “heterocentrista” que atraviesa la mirada profesional:

Si está [la infección] sí que se puede transmitir, uretritis gonocócica en mujeres (se escucha como está tecleando en el ordenador haciendo una búsqueda). No, habla de uretritis no gonocócica. Bueno, lo hacemos porque la verdad es que no, no le dábamos, que en realidad a lo mejor tenemos un, una visión un poquito heterosexista porque a lo mejor no hemos pensado, bueno me lo voy a estudiar porque no hemos pensado determinadas cosas porque claro, lo que piensas que una mujer, entre un hombre y una mujer que tienen sexo, que el pene va, penetra al fondo y lo toca es con el cuello del útero y por eso contagia ahí, los dos epitelios como que son susceptibles de captar esa infección y de infectarse pues son por el tipo de tejido que es, el cuello del útero y la uretra, entonces pus igual no se nos... ya te digo, que tenemos una visión demasiado heterocentrista de que no hay otras posibilidades pero vamos, la gono... alguna vez que, que, que nos han referido que tienen molestias al orinar, que no sé qué y tal, entonces exploras un poquito la uretra y si ves que hay alguna tal pues le tomas pero yo desde luego no he tenido ningún caso de uretritis gonocócicas en mujeres, no la hemos buscado mucho, solamente algún caso especial que nos han manifestado molestias ahí (ENT19).

Así mismo, indica la relación entre lo que se encuentra en la clínica y lo que se busca, y plantea la necesidad de otro tipo de estudios que den cuenta de las ITS que no pasan por el coito vaginal:

Entrevistadora- ¿Podría, en cuanto a las molestias, podría pasar por alguna otra cosa, o sea, son molestias muy específicas o podía pasar por...?

Informante- Si, podría pasar por una infección de orina normal y corriente. Sí, ahí quizás no estemos controlando demasiado, tendremos que revisarlo.

Entrevistadora- ¿Y qué cuestiones piensas tú que, que a lo mejor valdrían la pena revisarlas porque a lo mejor se han pensado desde, desde este lugar que tú me comentas?

Informante- Pues yo sí, me estudiaré el tema y, si eso, lo plantearía un poco en general, para comparar diferentes grupos, no solamente hacerlo, sino a lo mejor, no sé, me lo tengo que estudiar y a lo mejor planteo pues que hagamos un, una muestra o un pequeño estudio con una muestra de gente, incluso a la gente que ya se le diagnostica o a sus parejas hacerles toma de uretra o alguna cosa de esas. Lo veremos. (ENT19).

Si del mapa de los riesgos saltamos al *mapa de las barreras preventivas* (los medios que se ponen en marcha para prevenir los riesgos) hallamos un escenario similar. A pesar de que el sexo oral a personas con clítoris y vagina puede ser motivo de contagio de diferentes

infecciones, el mapa de barreras preventivas está centrado en un coito vaginal realizado por una persona con pene: el preservativo masculino y el preservativo femenino. Las barreras preventivas que escapan de la geografía del pene (cuadrantes de látex) presentan un difícil acceso y un escaso reconocimiento: no es fácil obtener las barreras, pero tampoco es sencillo acceder a la información sobre ellas. Es interesante observar cómo esto no sucede solamente para el caso de relaciones entre personas con vagina y clítoris sino que sorprende la confirmación que encontramos en las entrevistas de que tampoco sean recomendadas a hombres cis que tienen relaciones heterosexuales, que vuelve a indicar la falta de atención y de referencias al sexo oral practicado a mujeres cis.

¿Cómo se explica la persistencia de los sesgos heterosexistas en el modelo de atención clínica que atraviesan tanto las concepciones profesionales sobre el riesgo como su propia valoración y, por ende, la capacidad para identificarlo? Si bien no existe duda de que en muchos casos las preconcepciones que presentamos puedan explicarse por el desconocimiento de las prácticas sexuales no heterosexuales, no es esa la explicación a la que apuntamos aquí a partir de las entrevistas realizadas a un perfil de profesionales que podríamos denominar “sensibilizad*s”, profesionales que sí tienen experiencia clínica con personas TLGBQI y que presentan disposición hacia el reconocimiento de los derechos del colectivo. El modo en que la experiencia clínica no transforma el conocimiento es indicador de cómo los saberes profesionales están conformados también por saberes populares, de manera que el modo en que el contacto con la realidad modifica la práctica clínica pasa a depender de factores de índole personal antes que profesional. En este sentido, la cultura “profesional” hegemónica no es la que apoya una salida del paradigma heterosexista, si bien en el seno de las instituciones observamos la emergencia de discursos y prácticas localizadas, más o menos articuladas, que pueden actuar como motor de cambio.

Antes de abandonar este apartado dedicado a los riesgos, vale la pena insistir en una idea que ya hemos indicado al inicio del mismo. El análisis del riesgo de las ITS que realizamos aquí nos ha llevado a preguntarnos por *qué tipo de relaciones sexuales son reconocidas como tal*. Hemos pasado de la teoría del bajo riesgo de las relaciones entre mujeres cis lesbianas a la *teoría del bajo reconocimiento*. Sin embargo, este cambio de paradigma no apunta hacia la necesidad de exacerbar, de manera acrítica, el riesgo de las relaciones entre personas con clítoris, útero y vagina. Si bien, la mirada médica sobre el riesgo ha recreado una jerarquía entre prácticas sexuales, atribuyendo distintos niveles de reconocimiento a cada una de ellas, poner esta lógica en evidencia no implica seguir sosteniendo la dinámica de obtener reconocimiento a través de la reparación en los riesgos. De este modo, la necesidad apunta hacia desarrollar un modelo del riesgo que se asiente sobre otras estructuras de reconocimiento que permitan abrir la valoración del riesgo a la casuística personal de las mujeres cis lesbianas y bisexuales, las mujeres trans con modificaciones genitales y los hombres trans; casuística que, sin lugar a dudas, será muy diversa.

La atención que la ginecología, como disciplina médica, ha prestado a las relaciones sexuales está centrada bien en el terreno de lo patológico, incluyendo en él las infecciones de transmisión sexual, bien en el terreno de lo reproductivo, tratado en ocasiones como parte de aquel. Esto ha generado una mirada atenta a la sexualidad como campo peligroso, en donde pueden producirse actos que afectan negativamente a la salud o como terreno de regulación de la reproducción. La medicalización y la moralización de la sexualidad son dos campos históricamente solapados, donde la vigilancia de la salud se desliza hacia la vigilancia del modelo sexual, reproductivo y familiar de la época. Así, para la medicina, entendida como ciencia de la enfermedad individual y social, el reconocimiento de un acto como sexual se vuelve tanto más probable cuantas más posibilidades existan de contagio de enfermedades o de generación de embarazos (deseados o no). De este modo, las prácticas sexuales no identificables ni como reproductivas ni como socialmente peligrosas caen directamente fuera de la valoración del riesgo. Esta reflexión sirve para apuntar que las posibilidades de superar esta lógica, donde el precio de obtener reconocimiento es caer bajo el modelo del riesgo, pasará por la capacidad que adquieran los distintos servicios de salud para que el discurso del riesgo no totalice el discurso sobre la sexualidad que se produce desde ellos. Las disonancias entre las necesidades de la población TLGBQI y el modelo de atención de los distintos servicios puede actuar como un indicador del grado en que dicho solapamiento entre sexualidad y riesgo se mantiene vigente dentro de los servicios de salud actuales.

5.2.4. El Modelo Anticonceptivo (hegemónico) versus el Modelo de Salud Sexual y Reproductiva (periférico) como modelos de servicio.

Dentro del municipio de Madrid, los centros con competencias en materia de salud sexual y reproductiva comprenden centros hospitalarios, atención primaria, atención especializada y la red de centros de Madrid Salud, que surgen en los años 80 con la finalidad de implementar los principios de la Conferencia de Alma-Ata⁶⁴. En materia de sexualidad, la falta de reconocimiento social de los derechos de las mujeres cis relacionados con la capacidad de tomar decisiones a cerca de sus procesos reproductivos, ha marcado la configuración de los servicios cuyas competencias provienen del antiguo concepto de “planificación familiar”; servicios que han evolucionado hacia el planteamiento actual, centrado en la atención a la salud sexual y reproductiva.

Si bien el concepto de derechos sexuales y reproductivos es amplio, es necesario destacar las situaciones de vulneración de derechos de las mujeres cis para entender el funcionamiento práctico de dichos servicios. El hecho de que la capacidad de toma de decisiones, tanto sobre la sexualidad como sobre la reproducción, esté, aún hoy en día, socialmente cuestionada hace que, en múltiples ocasiones, su acompañamiento médico quede sujeto a factores profesionales de corte ideológico. Ello genera situaciones como la

⁶⁴ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, celebrada en Kazajistán, en 1978, en la que se señaló la importancia de la atención primaria en salud como estrategia para mejorar el nivel de salud de los pueblos.

ausencia de garantías sobre el acceso a recursos básicos como el DIU, el cuál se distribuye de forma altamente desigual entre el propio colectivo de mujeres en edad reproductiva. La siguiente profesional de la salud, explica como esta realidad genera una *brecha de sufrimiento* con un claro sesgo de género y clase social que intersecciona con la brecha socioeconómica noroeste / sureste que marca la geografía social de Madrid:

El hospital de Móstoles es el primer hospital de la Comunidad de Madrid donde se hacen interrupciones voluntarias del embarazo... eh.. [...] se habían dejado de colocar DIUs porque..la gente no se aclaraba hasta que... una jefa ... en periodo de... de vacaciones de la otra jefa este... vamos a ver, señores y señoras, cuando ustedes acaban la consulta tienen que poner DIUs... eh... ¿me explico? o sea que... se puede olvidar la anticoncepción, la anticoncepción total, la gente, ya se apaña, ¿eh? y ya sufre, ya sufre sola..y ¿quiénes sufren?, ¿quiénes sufrimos? sufrimos las mujeres, mmm..., y ¿qué mujeres sufren? las mujeres más más débiles, las que deciden menos, las que tienen menos recursos, las que tienen menos recursos intelectuales, afectivos y de toma de decisiones... ¿no? Entonces... pongo esto como un ejemplo [...] O sea, hay una frontera o... una brecha entre el norte y el sur de Madrid, no solamente en cuanto a cómo son las condiciones de la gente sino cómo son atendidas... digamos que.. que... el sector más conservador profesional está atendiendo justamente la zona sur (ENT20).

Entender este contexto es necesario para explicar los dos modelos solapados que hallamos en la actualidad en cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva en Madrid. En primer lugar, se encuentra el modelo hegemónico anticonceptivo, mientras que en segundo lugar hallamos un modelo más periférico que en la práctica adopta una concepción más amplia de la sexualidad. La población TLGBQI encuentra cabida en este segundo modelo centrado en la salud sexual y reproductiva mientras que queda excluida del modelo anticonceptivo, que, indirectamente, identifica a las mujeres cis lesbianas como categoría no reproductiva y, por ende, ajenas a la diana del servicio.

El modelo de servicios basado en la anticoncepción tiene como objeto a las mujeres cis heterosexuales que se hallan en edad reproductiva, una definición ya de por sí ambigua en tanto el margen de edad es siempre un consenso social e institucionalmente definido. Como señalamos, este modelo se entiende desde la necesidad, aún acuciante, de garantizar los derechos de las mujeres cis sobre el autocontrol de la sexualidad y la reproducción. Las dificultades de acceso de la población TLGBQI a los centros encuentran una explicación justo en este punto. Como interpreta la informante anterior, si aún no se han conseguido hacer efectivos los derechos de las mujeres cis cuánto menos los relacionados con la diversidad sexual y la diversidad de género:

Estamos siempre hablando realidad de Comunidad de Madrid mmmm, sorprende que treinta y tantos años después eh los servicios del sur de Madrid no hagan anticoncepción, ¿vale? eso es...lo que quería...decir, que es una cosa sorprendente, constatada, distintos barrios del.. del sur que estoy trabajando en esto. Entonces nuestros servicios, los municipales, siguen siendo necesarios para que las parejas he-te-ro-sexuales, ya no hablamos solamente de... diversidad de género y sexual [...] el respeto hacia las personas y sus orientaciones... y sus necesidades... eh, incluso para la población heterosexual que en teoría no tendría que tener perjuicios, tenemos dificultades para que la población... heterosexual acceda a anticoncepción... (ENT20).

La problemática de la lógica que sustenta el modelo de atención basado en la anticoncepción es justamente la estrecha línea que existe entre la explicación de cómo la evolución social de los derechos responde a lógicas de hegemonía (si los derechos no se han conseguido para una mayoría, como lo son las mujeres cis, tampoco para una “minoría”, como lo es la población TLGBQI) y el establecimiento de una jerarquía de derechos en torno a la atención que reproduzca esa misma lógica: *hasta que* no se hayan hecho efectivos los derechos de las mujeres cis heterosexuales, los derechos de la población TLGBQI no tendrían por qué adquirir la categoría de “problema” al que destinar recursos de servicios “anticonceptivos”. Esta lógica, que opera de manera sucinta e invisible, presenta dificultades a la hora de conceptualizar los nexos entre las diferentes exclusiones de género y abordar los derechos sexuales y reproductivos del conjunto del colectivo de las mujeres, así como de las personas trans y los hombres gais con demandas diferentes a las relacionadas con VIH.

5.2.5. Filtros a la atención derivados del Modelo Anticonceptivo

Por “filtros” a la atención entendemos aquí las modos de hacer (prácticas) que generan un efecto de exclusión de las personas TLGBQI usuarias de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y, en ocasiones, producen un daño añadido (iatrogenia) en el contacto con el sistema de salud.

Estos filtros evidencian los momentos y lugares en los que se revela el funcionamiento excluyente, cuando lo hay, del servicio que atiende: nos muestran las prácticas a través de las cuales el servicio pone de manifiesto que *no esperaba a una persona TLGBQI*, transmitiendo dicho mensaje a las personas usuarias. Dado que estos filtros son ampliamente tratados en el apartado dedicado a las problemáticas en salud, aquí únicamente nombramos de manera sucinta aquellos que excluyen a las mujeres cis lesbianas y bisexuales, si bien, muchos de ellos son extensibles a los que excluyen a hombres trans (ver Tabla 7). El objeto es justamente poder revisarlos poniéndolos en relación con los presupuestos del funcionamiento del modelo anticonceptivo.

Dirigido a : Mujeres cis heterosexuales en edad reproductiva		No dirigido a : Usuar*as de ginecología diferentes de las mujeres cis heterosexuales en edad reproductiva
Filtros	Mensaje	Efectos
Administrativos	"Este servicio no es para tí"	1. Rebotar del servicio: no conseguir satisfacer demanda 2. Discursos "ad hoc": captar la demanda del servicio e inventar una acorde (Ej: pedir una cita que tenga por objeto lo reproductivo)
En consulta. Fase de acogida: Preguntas para construir el historial sexual: ¿solo has mantenido relaciones con mujeres?	"No esperaba a alguien como tú"	1. "Salida del armario": tener que presentarse donde a un* no se le esperaba 2. Malestar
En consulta. Reacciones sensoriales (ejemplo: poner mala cara, poner cara de sorpresa, ponerse nervios*)	"Tu caso es raro"	1. Sensaciones de no ser esperada
En consulta. Disminución del esfuerzo terapéutico	"Las mujeres no tienen verdaderas relaciones sexuales" "Entre lesbianas no hay riesgos, no hace falta que te hagas pruebas"	1. Infradiagnóstico 2. Infravaloración
En consulta. Falta de información sobre barreras preventivas	"La prevención entre lesbianas no es un tema importante por eso no sé mucho acerca de ello"	1. Infrainformación 2. Falta de acompañamiento 3. Infravaloración

Tabla 7. Modelos de trabajo en ginecología según enfoques: Enfoque 1. Salud sexual = anticoncepción (procedente del enfoque de los centros de planificación familiar). Fuente: elaboración propia.

A) Filtros administrativos:

Con los filtros administrativos nos referimos a los requisitos que son necesarios para solicitar cita y acceder a una consulta. En los centros de atención a la salud sexual y reproductiva que funcionan bajo un modelo anticonceptivo, los filtros se traducen en la exclusión de las mujeres que no tienen prácticas sexuales potencialmente reproductivas, entre las que suele conceptualizarse a las lesbianas (poner nota diciendo que la identidad aquí no sirve para eso). Estos filtros pueden ponerse en marcha preguntando a la usuaria, en esta fase, cuál es la demanda y filtrando aquellas que no son adecuadas al citado perfil, de modo que una mujer que requiera una consulta por aspectos no reproductivos sería directamente derivada a otros servicios.

Dentro de los filtros administrativos cabe incluir los derivados del acceso a la tarjeta sanitaria en mujeres cis lesbianas migrantes y solicitantes de asilo.

B) Filtros en consulta (Fase de acogida)

La fase inicial de las consultas de ginecología constituye, como veremos en adelante, una parte especialmente sensible del proceso, en la que suele hacerse visible el paradigma de la sexualidad y la identidad desde el que se trabaja. Se trata de una fase de interacción entre el personal sanitario y la persona que acude a consulta, que incluye la construcción de la historia clínica a través de preguntas. En este sentido, encontramos que no existe un consenso sobre si preguntar o no acerca de la orientación sexual y las prácticas sexuales, de modo que dependerá del personal médico que esté en consulta:

...no, yo no e e entre nosotros yo no pregunto más de las prácticas sexuales ni a las..personas hetero ni a las personas..ni a las mujeres homm... ehh lesbianas, no pregunto sobre sus

prácticas sexuales. Hombre, para hacer una exploración tengo que preguntarle si..ehhh hace prácticas vaginales, no? eso sí pregunto porque si no voy a explorar, vale? si no la voy a explorar..vaginalmente ni voy a hacer una eco vaginal, no? ps es una persona joven, eh a las niñas jóvenes m siempre pregunto si han hecho....alguna práctica de penetración o si usan tampax, no? porque...para explorar o no explorar, no? (ENT20).

Frecuentemente, las preguntas se plantean en torno a la planificación familiar y se deduce que si las mujeres no son heterosexuales, ya se desmarcarán ellas al responde a la pregunta sobre el uso de anticonceptivos:

Y en el contexto de que vienen a una revisión, pues yo intento hacer siempre la historia completa, ¿no?, pues más o menos... ¿a qué edad tuviste tus relaciones?, si son satisfactorias o no pero claro, a nadie que entra por la puerta le preguntas directamente “Oye, ¿tus relaciones sexuales son satisfactorias?”. O sea, que a la hora de hacerla empiezas a hacer preguntas y pues te dicen “no, si yo soy...” o sea, pues... ¿utilizas algún método de planificación? “Pues no, soy lesbiana”. A lo largo de la historia te lo van diciendo ellas, ¿no?; y a veces alguna ha venido pero acompañando a una, a una amiga, ¿no?, que viene a por la postcoital no sé qué y te dice “¡Ah! Pues ya te quiero hacer yo alguna pregunta pero mira yo es que soy lesbiana..” Pues nada, te lo dicen. (ENT18).

Esto conduce a veces a aplicar el protocolo como si la persona fuera heterosexual, lo que genera el tipo de filtros que comentamos en este apartado:

Mmmm pero por eso te decía que una...mmm una chica que me dice que es lesbiana yo ha hago su el protocolo como si fuera heterosexual mm, ¿me explico? (ENT20).

C) Filtros en consulta (Reacciones sensoriales)

La ausencia de expectativas sobre tener como objeto la atención a personas TLGBQI usuarias de ginecología conduce en ocasiones a reacciones de sorpresa o de incomodidad que pueden ser expresadas por el personal sanitario. La siguiente médica informante expone la necesidad de reflexionar sobre las reacciones de sorpresa, como una forma de tomar decisiones sobre cómo incorporar la atención en ginecología a hombres trans:

También es como todo, si de repente viene una persona, te sorprendes y pero dices: “¡Ostras! ¿Y por qué me sorprende?” si es verdad que, que podría ocurrir pero a lo mejor es algo que, que si que se podría comentar en una reunión de equipo: “¡Oye! ¿alguna vez se os ha ocurrido que puede darse este caso? Y que desde recepción no puedes empezar ya con la sorpresa y con ¿cómo manejo esto? Porque a lo mejor no te ocurre nunca en toda tu vida profesional pero , pero puede ocurrir”. ¿no? (ENT18).

D) Filtros en consulta: Disminución del esfuerzo terapéutico

La disminución del esfuerzo terapéutico, como reducción de la atención clínica en función de la orientación sexual de la persona, es una consecuencia de la valoración del riesgo de

ITS asentada sobre el modelo del bajo riesgo / bajo reconocimiento. La disminución del esfuerzo se basa en deducir qué pruebas son necesarias en función de las prácticas que el personal atribuye a cada orientación. Se trata de un filtro a la atención ya que, como veremos en el siguiente apartado, dificulta el acceso a las pruebas de carácter diagnóstico y preventivo.

E) Filtros en torno a la información: el silencio de las barreras preventivas

El silencio y la invisibilización de barreras preventivas relacionadas con el sexo entre personas con útero y vagina, funciona como un obstáculo a la atención tal y como abordamos, seguidamente, en el próximo apartado.

Si bien el modelo anticonceptivo es, por las razones ya comentadas, el modelo hegemónico en la atención a la salud sexual y reproductiva, convive con él un modelo más periférico relacionado con un concepto integral de la salud sexual abierto a las necesidades de la población TLGBQI y no centrado exclusivamente en el epicentro de la reproducción y la anticoncepción. Se trata de un modelo no formalizado que puede registrarse como prácticas y modos de hacer de profesionales con una convicción particularmente desarrollada en torno a la necesidad de hacer efectivos los derechos TLGBQI en el modelo de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva.

5.3. PROBLEMÁTICAS ATRAVESADAS POR EL EJE DE LA LESBOFOBIA QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN DE MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES

Para las participantes en este estudio, la salud sexual atañe a un concepto amplio relacionado con el cuerpo, la sexualidad, el placer y la relación con l*s otr*s. Así, el contenido que le dan las siguientes participantes del grupo cualitativo a la salud sexual se vincula con la posibilidad de establecer relaciones sanas y, por consiguiente, libres de violencia. Pero también apunta a la necesidad de vivir la sexualidad sin estigmatización, lo que puede entenderse como una sexualidad libre de esa interiorización de la homofobia, que pueda impedir que el disfrute y el placer se vean interrumpidos por la falta de (auto)aceptación:

(ENT39): ...tiene que ver con cómo te sientes tú con tu cuerpo y como vives tú tu sexualidad.

(ENT41): Sí, sí, yo pienso lo mismo, no? como que engloba no sola o sea tener relaciones sanas como has dicho tú, pero también pues la relación con tu propio cuerpo, aceptar, ¿no? o sea, no sé, imagino que hay gente que a lo mejor sí.. si no estás a gusto con tu propia sexualidad es difícil que la disfrutes ¿no?, entonces no, no sé si por ahí, me parece importante lo que has dicho, no se me ocurre nada más,..

[...] (ENT42): Yo creo que es importante pasar para mí la salud sexual engloba la propia sexualidad por lo cual creo que uno tiene que ser, para tener salud sexual, ser consciente de su cuerpo, ehh ser consciente de su sexo y sexualidad y poder vivirla de una manera natural, para lo cual creo que por la sociedad, la educación y todo nos han capado desde muy jóvenes, o sea desde pequeñas ya nos están... también a los niños, están diciendo no no te toques, está mal vista la masturbación infantil y desde ya desde que tienes tres años ya te están diciendo es que eso es malo, entonces creo que salud sexual implica como vivir de una manera natural sin estigmatizar y a la vez también conociendo un poco los riesgos que uno tiene y cuidando, cuidándose uno mismo, yo creo que lo fundamental es uno mismo, o sea da igual la so.. al final como vives tu sexualidad, como que va mas allá de tener pareja, eso creo.

Paralelamente, la comunicación, como pre-requisito para la negociación de las prácticas sexuales y la sexualidad compartida, aparece como una cuestión directamente relacionada con la salud sexual:

(ENT41): O sea para mí, o sea pasa por una y pasa por poder hablar de estas cosas también, no? como que, creo que... que hay veces que cuando vas a tener relaciones sexuales pues no es tan fácil hablarlo, si lo hablas la gente, pues, hay veces que no lo entiende bien, a veces sí, no? y está genial, pero, entonces yo añadiría como que poder hablarlo y comunicar... y a lo mejor tener también más conocimiento sobre nosotras, como... sí, y para nosotras.

(ENT43): Eh, yo sí, para la comunicación en pareja me parece vital y... que te sientas plena [no se entiende] te sientas acompañada o no, ehh me parece que es súper sano, como que es una parte muy importante la sexualidad y hacerlo sanamente. Sí, comunicación.

Si la salud sexual está relacionada, por consiguiente, con la posibilidad de una vivencia placentera de la sexualidad y el cuerpo y con el desarrollo de una comunicación que la favorezca, las principales problemáticas que hallamos en este terreno interrumpen este modelo descrito por las participantes. En este apartado presentamos los principales

obstáculos percibidos por las mujeres lesbianas y bisexuales que han participado en este estudio como informantes a través de las entrevistas, el taller de salud ginecológica y el grupo cualitativo. Podemos decir que el epicentro de las mismas se localiza en la existencia de un modelo heterocentrado que se expresa dentro de los servicios de salud de diferentes modos que proyectan una imagen de las sexualidades lésbicas de-sexualizadora y ausente de valor y reconocimiento.

Las problemáticas que presentamos en este apartado son⁶⁵:

P1. Prácticas iatrogénicas en consulta.

P2. Absentismo y dilación sanitaria en mujeres cis bisexuales y lesbianas.

P3. Ausencia de información sobre ITS y barreras preventivas: la desinformación selectiva.

P4. Aumento del riesgo de retardos diagnósticos: la reducción del esfuerzo terapéutico.

P5. Falta de formación de l*s profesionales.

P6. Ausencia de estrategias de aproximación: la falsa asepsia de las paredes blancas vs el éxito de la invitación.

P1. Prácticas iatrogénicas en consulta

P1.1. Invisibilización y exclusión de la sexualidad lésbica y bisexual en consulta: la “batería” para cis-heterosexuales

La primera problemática que hallamos en la atención a mujeres lesbianas y bisexuales la constituyen el conjunto de prácticas médicas que producen el mensaje de que la persona no responde a las expectativas del/la profesional, generando una sensación de “estar fuera de lugar” que puede leerse tanto en sentido metafórico como literal. Entre ellas, la más frecuentemente referida es el conjunto de preguntas desarrolladas para construir la historia clínica al estilo de lo que la siguiente informante denomina como <<la batería para heterosexuales>>:

⁶⁵ El epicentro del diagnóstico en problemáticas relacionadas con el cuidado de la salud ginecológica proviene de un sesgo relacionado con la conformación del grupo cualitativo a partir de las participantes en el taller de salud ginecológica de esta misma investigación. El hecho de que la salud sexual adquiriera en el grupo un lugar más periférico debe ser interpretado desde este sesgo de conformación grupal.

Yo noto como... ya el miedo a meter la pata, o el tabú, o no sé [...] o sea más lo que he notado es... eso estas preguntas batería que tienen al principio que es para heterosexuales, o sea está presumiendo un tipo de relaciones.. y bueno a mí también me han dicho bueno tú eres promiscua? entonces es como una serie de violencias al final, que... no sé... que si no entras en su caja de lo que es más habitual.. no sé... te determinan promiscua porque quieres una prueba para .. porque justamente tener cuidado.. no sé... como que igual se te quitan un poco las ganas, ¿no? (Paula)

La batería para heterosexuales consiste, así, en la construcción de una historia clínica basada en el paradigma de la matriz heterosexual, según el cual una persona con útero, vagina y clítoris tendrá una identidad de mujer y manifestará atracción sexual por los hombres cis. A través de las preguntas que la componen, el despliegue de dicha batería va proyectando el perfil de paciente esperada, consistente en mujeres cis con relaciones y prácticas heterosexuales. En tanto excluye a lesbianas, bisexuales y personas trans la rebautizamos aquí como <<la batería para cis-heterosexuales>>. La sensación de incomodidad de la siguiente informante puede leerse como el proceso de extrañamiento de esa imagen que va perfilándose en consulta, la dificultad para reconocerse en el perfil de paciente que la profesional va dejando entrever a medida que realiza las preguntas:

Eh, a ver lo que mas me incomoda y creo que esto es bastante común es la lista de pregunta hasta que se dan cuenta que tienes relaciones con mujeres y entonces ves como en su cabeza intentan descifrar a qué has venido si no estás intentando quedarte embarazada, si no tiene que ver con la procreación esto, o no tienes ningún problema en concreto, ¿a qué has venido si no te acuestas con hombres? Entonces, pues, eh, te hacen muchas preguntas, te preguntan que si tienes relaciones sexuales. Que yo en mi cabeza pienso, a que relaciones te refieres exactamente [...] bueno cuando empiezas ya con esas preguntas y notas que lo último que tienen en la mente es que pueda ser lesbiana, pues ya si tienes alguna pregunta sobre tu sexualidad, o no te sientes cómoda para hacerle la pregunta, o piensas que igual no va a saber la respuesta (Lorena).

Cabe destacar cómo el funcionamiento de la <<batería para cis-heterosexuales>> transmite un mensaje de exclusión e invisibilidad en el espacio de la consulta: presenta el poder de hacer notar a la informante que su sexualidad es un asunto inesperado que responde a <<lo último que [l*s profesionales] tienen en mente>>. Un enigma que, en palabras de la informante, hay que <<descifrar>>. Se trata de una práctica que refleja el acto de no ver (invisibilización) y el acto de no esperar (exclusión), presuponiendo que las mujeres lesbianas y bisexuales estarán fuera, y no dentro, de las consultas de ginecología. La relación que hay entre esta presunción y las expectativas del modelo anticonceptivo, es comentada por la informante anterior, quien indica que el foco en “recetar la píldora” denota un interés en lo reproductivo que necesita presuponer la heterosexualidad de la paciente durante la fase de preguntas:

Pues lo que está, a ver, me da la sensación de que en general es bastante complicado para todas las mujeres encontrar una ginecóloga de confianza, pero, para las mujeres lesbianas es bastante más difícil porque entras en la consulta y presuponen que eres heterosexual. Entonces la lista de preguntas hasta que llegan a cuál es tu situación exacta es interminable, parece que lo único que quieres es recetarte la píldora a toda costa [...] (Lorena)

No es un hecho casual que Lorena trace un puente de unión entre la situación vivida por ella como mujer LGTB y la situación del conjunto de las mujeres en el contexto de la atención ginecológica, al apuntar que para todas es difícil encontrar ginecóloga de confianza, una idea que también hallamos en el grupo cualitativo de mujeres cis lesbianas y bisexuales de este estudio. La invisibilización y exclusión de las mujeres lesbianas y bisexuales hay que leerla como un acto de recorte y control -no necesariamente premeditado- de la sexualidad de las mujeres en general, si bien las consecuencias difieren entre unas y otras.

Los efectos inmediatos que presenta la práctica de la <<batería cis-heterosexual>> en el contexto de las consultas son tres. El primero consiste en producir una experiencia de atención clínica atravesada por sensaciones de incomodidad y tensión:

No, pero es que a mí ya cuando de entrada te hacen esas preguntas e intentan recetarte la píldora a toda costa de manera incomprensible, pues yo, a mí eso ya me hace que este en tensión y que no este cómoda. Pero bueno es con la doctora Juliana (nombre ficticio) tuve muy buenas experiencias (Lorena)

Las consecuencias de estar en tensión deben valorarse teniendo en cuenta el contexto de exposición corporal ante la profesional, por parte de la paciente, que suele seguir a las preguntas cuando es necesario pasar posteriormente a una fase de exploración. Podemos afirmar que la <<batería para cis-heterosexuales>> crea una antesala a la exploración basada en la tensión y la incomodidad, que la paciente bisexual o lesbiana habrá de conjugar después con el hecho de tenerse que exponer corporalmente a la mirada, el tacto y la exploración.

El segundo efecto de esta práctica es provocar que para hablar de la sexualidad sea necesaria una <<salida del armario>>, entendiendo esta como el acto de ruptura de las expectativas en torno a la sexualidad que presenta un determinado entorno, en este caso, el ámbito médico. Para que comentar un aspecto de la sexualidad se convierta en una salida del armario son necesarias condiciones de discriminación y exclusión en el entorno que recibe esa comunicación. Así cuando Lorena señala que sería más fácil si le preguntasen directamente, está apuntando a una posible manera de crear las condiciones para que ser vista como lesbiana sea parte de un diálogo posible en lugar de un acto de ruptura de expectativas, una salida del armario:

...porque es que al fin y al cabo es un salida del armario lo que tienes que hacer con estos profesionales y no es cómodo tener que hacerlo, si te dirigieran un poco con preguntas, o preguntarte de buenas a primeras qué tipo de parejas tienes pues sería más fácil (Lorena)

La ausencia de condiciones para que hablar de la bisexualidad o el lesbianismo no tenga que convertirse en un acto de salida del armario incita a dos respuestas posibles: salir del armario o introducirse dentro, haciéndose pasar por heterosexual. Distintas informantes constatan conocer a mujeres que prefieren hacerse pasar por heterosexuales en las consultas de ginecología. El siguiente profesional señala que el perfil de mujeres lesbianas y bisexuales que tienden a elegir esta segunda opción se corresponde justamente con

aquellas que presentan menores niveles de aceptación, que hay que entender como los recursos personales para transformar la homofobia interiorizada:

...también puede estar, puede interseccionar con el proceso de aceptación, es decir que pueda haber muchas mujeres lesbianas que no se encuentran cómodas en la consulta de su ginecóloga o ginecólogo, han tenido que responder a una serie de preguntas sobre sus conductas sexuales y en ese momento yo no tengo una buena vivencia sobre mi orientación sexual ¿no? y yo creo que muchas veces en esas entrevistas previas en donde no se incluye la posibilidad de que haya mujeres que tengan relaciones entre mujeres en general tal una incomodidad que hace que muchas no quieran ir porque no se sientan preparadas para decirle al ginecólogo, mira no, claro le voy a preguntar, tiene usted relaciones sexuales activas? y utiliza métodos anticonceptivos? no, cuántos embarazos? ninguno, cuántos abortos? ninguno, si esa mujer no está en un proceso de poder decir, mira es que yo tengo relaciones sexuales con mujeres, ahí todo cobra sentido, pero si estamos en un momento en el que esa mujer no se siente o no quiere hacerlo por su proceso de aceptación o porque no le da la gana, eso va a dificultar el hecho de que el ginecólogo o ginecóloga entiendan este paso, lo que esté pasando y probablemente que tenga acceso a determinadas pruebas que necesita no? de diagnóstico. (ENT10)

Lejos de una lectura estrictamente individual, la estrategia de “hacerse pasar por heterosexuales” es una realidad que nos habla de la relación con el sistema sanitario. Se trata del tercer efecto: introducirse en el armario para encontrar un encaje en la relación médic*-paciente. Su existencia es un indicador del funcionamiento y la vigencia actuales del paradigma de la matriz heterosexual que atraviesa aquel y las prácticas que concretan su funcionamiento en el contexto de las consultas de ginecología, entre las que la <<batería para cis-heterosexuales>> conserva, aún hoy, una posición privilegiada.

P1.2. Moralización y sanción de la sexualidad: el uso de la promiscuidad y los silencios

Profundamente relacionada con la problemática anterior, se hallan aquellas situaciones en el interior de las consultas en las cuales el diálogo que se establece entre profesionales y pacientes adquiere una carga moral, frecuentemente a través del uso de términos que denotan que la escucha profesional practicada está mediatizada por una visión de la sexualidad que clasifica las prácticas y los comportamientos sexuales en torno a un eje *bueno - malo*. La “promiscuidad”, como calificativo de un número impreciso de relaciones sexuales mayor del esperado para cada género, es el terreno en el que más frecuentemente se expresa la moralización de la sexualidad. Tal y como expresa Lorena, se trata de una práctica que transforma la escucha en un juicio profesional ejercido sobre la persona que acude a consulta:

Que es una palabra que tienen una carga moralista muy fuerte, entonces, entonces pues es muy difícil sentirse a gusto cuando tienes la sensación de que te están juzgando, de que están presuponiendo cosas sobre ti. (Lorena)

Yo fui a preguntarle por el tema del papiloma virus específicamente y a mí lo único que me supo decir aquella mujer es que no me lo podía explicar, o sea que no me lo podía explicar allí, ¿sabes? y yo le hacía preguntas muy concretas y lo único que encima me dijo ¿tú que pasa que

eres promiscua? O sea si eres promiscua entonces lo que te hace es en vez de hacerte las citologías una vez al año te las hago cada seis meses. (ENT40)

En algunas ocasiones, esta moralización va seguida de una sanción por no desarrollar las prácticas sexuales y los cuidados sobre ellas acorde a las guías de prevención y/o anticoncepción. Esta sanción, en forma de “bronca”, reafirma un modelo paternalista de relación médic*-paciente, como señala la informante anterior al aludir a la analogía entre un profesional y un cura / padre, cuando se producen este tipo de situaciones:

... y te preguntan qué método anticonceptivo utilizas y dices que ninguno pues allí ya viene la bronca que me parece que aunque fueras una persona heterosexual que mantiene relaciones y no utilizas anticonceptivos pues tampoco tiene nadie porque echarte una bronca de un profesional de la salud, si no eres un cura o el padre de alguien, eso es bastante incómodo. (Lorena)

Los “silencios” son el segundo aspecto que moraliza, invisiblemente, la sexualidad. Todo lo que no se nombra, lo que no se ve, lo que no se espera, adquiere una cierta connotación negativa o disruptiva. Al silencio sobre la identidad y las prácticas sexuales, contenido en la <<batería para cis-heterosexuales>> hay que sumar el silenciamiento de fenómenos como la eyaculación de cuerpos con útero y vagina... Sobre este fenómeno se indica en la revista Píkara Magazine que “la eyaculación femenina existe y la mayoría de las mujeres pueden disfrutarla”, (Quesada, diciembre 2010).

P1.3. Malas prácticas en el cuidado de la vulnerabilidad / los desequilibrios de poder: el modelo de atención médic*-paciente ante mujeres lesbianas y bisexuales

Es un hecho frecuente que las consultas de ginecología impliquen una exposición de la persona ante el personal que la atiende. Se trata de una exposición corporal, a través de la desnudez, y de una exposición sexual, a través de la construcción de la historia clínica. Dado que, naturalmente, no se trata de una exposición mutua estamos ante un escenario en el que ha de darse un desequilibrio de poder, siendo la cuestión cómo se cuida ese desequilibrio, sin profundizar en él, para que no se traduzca en situaciones de abuso de poder. En este apartado, bajo la denominación de “malas praxis en el cuidado de la vulnerabilidad y los desequilibrios de poder” recogemos aquellas prácticas de daño corporal innecesario y añadido que se asientan tanto sobre las concepciones de la sexualidad inmanentes como sobre el modelo de relación médic*-paciente desarrollado.

La situación de desequilibrio de poder es ilustrada por la siguiente informante al retratar su experiencia en una consulta ginecológica como poner su salud “en manos de otra persona”. Se trata de una metáfora que desvela un determinado modelo de relación médic*-paciente, donde el conocimiento está completamente del lado profesional (en sus manos). En este contexto, la informante relata las sensaciones de vulnerabilidad y miedo que atraviesan su experiencia en consulta:

Es muy difícil sentirse a gusto cuando tienes la sensación de que te están juzgando de que están presuponiendo cosas sobre ti, además de que es algo muy vulnerable, estas poniendo tu salud en manos de otra persona, eh, estas desnuda, eh, hace frío, yo es que pienso en todo el rato en las adolescentes, porque la primera vez que intente ir a la ginecóloga, no era adolescente, ya tenía veinte años, pero sí que tenía miedo, y fue terrible por la seguridad social, porque es que además es caro ir por lo privado. Que eso es también otro problema que hay (Lorena).

El estado de incomodidad (no sentirse “a gusto”) del que habla la informante se ha generado a través de los juicios sentidos durante la fase de preguntas. El efecto iatrogénico de las prácticas que hemos comentado con anterioridad (la batería y la moralización) presenta una repercusión corporal: contribuye a generar un estado de tensión somático y emocional que genera un daño añadido durante las experiencias de exploración y realización de pruebas. Ante esta situación, las estrategias que puede generar una parte del personal, aludiendo al imperativo “relájate”, no juegan sino el efecto contrario, al reflejar una falta de empatía con el estado de la persona, que ante dicha interpelación pareciera no tener motivos para estar tensa. La siguiente informante relata una experiencia de daño corporal durante una citología vaginal, seguida de la disonancia que implica la interpelación a relajarse en este contexto:

Y luego con el rollo de las citologías, yo una vez pase un... bueno lo pasé súper mal, estaba viviendo en Inglaterra y claro entre el idioma, entre, sabes.. las palabras estas técnicas y demás...y me hicieron un daño, un daño, que me hicieron sangre y todo [...] lo pasé fatal.. ay no, no, no... no, no pero relájate, y digo ¿cómo me voy a relajar? (ENT43)

La situación relatada aquí, el bucle de retroalimentación por el que se genera una tensión que luego no puede ser acogida, lo que contribuye a tensionar más el estado de la persona, condensa uno de los flujos a través de los cuáles un desequilibrio de poder se quiebra para convertirse en una situación de abuso de poder, en la que el estado emocional y corporal de la paciente aparece como el obstáculo para operar “sobre” su cuerpo. Las malas praxis en el uso del especulo y las insistencias en la relajación desconectadas del estado de la paciente (independientemente de si hay o no ese mal uso) constituyen, de hecho, dos situaciones que ilustran lo que podemos llamar la “cotidianización de lo extraordinario” por parte del sector profesional: tratar como cotidiano y habitual lo que para una paciente que acude a consulta es un situación excepcional y extraordinaria. Mientras que la familiarización con una técnica como la citología puede llevar a normalizar la práctica de realizarlas, este hecho no convierte la experiencia de recibirlas en una situación similarmente banal o habitual y, aún menos, subjetivamente equivalente.

Las malas praxis en consulta, relacionadas con el cuidado de la vulnerabilidad, la exposición corporal y el desequilibrio de poder, favorecen la construcción de bagajes sanitarios formados por experiencias previas negativas. El desarrollo de esta tipología de malas prácticas se asienta en un modelo de la sexualidad atravesado por el sexismo y la homofobia, que contribuye a explicar la experiencia de tensionarse, tanto si ésta se produce en la consulta a través de la fase de preguntas o bien procede de las expectativas de trato previas a la misma. Esto hace que las situaciones que relatamos aquí puedan ser

comunes, en muchos aspectos, a las experiencias de las mujeres cis-heterosexuales⁶⁶, al tiempo que las creencias y prácticas homofóbicas exacerbaban los efectos iatrogénicos de la clínica sobre las mujeres bisexuales y lesbianas (ya sean cis o trans), y sobre los hombres trans. Este tipo de creencias hace que a veces la ruptura con las prácticas médicas que pueden producir un daño corporal no sea solo una cuestión de buena intención. Un ejemplo de ello, relacionado con el uso del espéculo, es la tendencia a escoger los de menor tamaño para mujeres lesbianas⁶⁷ sin contrastarlo con la paciente. Aunque la intención es evitar dañar, esta práctica, cuando es percibida por la paciente, informa y refleja sobre los estereotipos del personal sanitario, ya que deja entrever la asociación entre lesbianas y ausencia de penetración y, más extensamente, la percepción de que las prácticas sexuales son deducidas de la identidad de la paciente.

Lorena, quien en el transcurso de la entrevista afirma sentirse más a gusto siendo atendida por una ginecóloga mujer que por un hombre a pesar de no sentir pudor a la exposición corporal ni con unas ni con otros, apunta hacia las dinámicas de poder entre el profesional sanitario y la persona a la hora de explicar los factores que originan las malas praxis relacionadas con el cuidado en las consultas de ginecología:

No sé qué es lo que me influye exactamente, creo que hay una dinámica de poder entre hombres y mujeres que creo que es diferente entre las mujeres y que creo que hay otras dinámicas de poder entre los profesionales de la salud y los pacientes, porque tu estas en sus manos, pero si además con hombres, creo que eso se exagera y a mí eso no me hace sentir cómoda. (Lorena).

Es interesante recoger este apunte desde dos ángulos. Por un lado, señalando que el género condiciona la situación de la consulta, ya que las malas praxis procedentes de profesionales hombres en este contexto refuerzan y confluyen con las dinámicas de poder patriarcal (además de la dinámica médic*-paciente) presentes en el entorno social, fuera del ámbito sanitario. Ello explica las diferentes expectativas previas de trato ante profesionales mujeres y hombres. En segundo lugar, insistir en el hecho de que las dinámicas de poder no derivan de la situación misma de consulta sino del modelo de relación clínica médic*-paciente practicado. Al atribuirse el conocimiento de la salud, limita la capacidad de personalizar la atención a través de la recuperación de los saberes de la persona sobre su cuerpo y su sexualidad. Ello impide cuidar las situaciones de exposición corporal, tendiendo a profundizar en los desequilibrios de poder que generan un daño añadido y una nueva experiencia negativa.

⁶⁶ En el transcurso de esta investigación, a título informal algunas mujeres heterosexuales nos han expresado la necesidad de trasladar este estudio a mujeres en general cuando compartíamos que uno de los focos de la investigación eran las experiencias de las mujeres lesbianas y bisexuales en el paso por ginecología, ya que se trata de una problemática con la que sentían que nombraba también una parte de su experiencia.

⁶⁷ Sabina Urraca, quien recientemente ha publicado un artículo periodístico basado en 30 entrevistas sobre la experiencia de las lesbianas en ginecología, recoge el siguiente testimonio de Carlota Mejías, una informante lesbiana: "Le dije que era lesbiana, y entonces me dijo que tendría cuidado y me auscultaría con los dedos o con un espéculo vaginal, por si me rompía el himen o me hacía daño. Otra vez esa idea de la lesbiana como una monja asexual. Que supongo que habrá lesbianas que no practiquen penetración, claro que sí, pero en mi caso no era así. Me eché a reír, le agradecí la delicadeza y le dije que me habían metido cosas más grandes que ese espéculo. Se quedó muy confundida"

P2. Absentismo y dilación

Las prácticas iatrogénicas construyen un *background* de malas experiencias (un bagaje sanitario negativo) entre las mujeres lesbianas y bisexuales que favorece la decisión de no acudir a las consultas basada en la evitación de otra potencial mala experiencia:

...lo que consiguen es que no vayamos al médico, o sea que dejemos de ocuparnos de nuestro cuerpo, y... porque... joder si vas a ir allí y te van a tratar, no te van a entender, te van a juzgar, oye pues para pasar un mal rato me quedo en mi casa (ENT39).

...entonces es como una serie de violencias al final que... que... no sé, que si no entras en su caja de lo que es más habitual, no sé (ENT41).

Tal y como señalan las dos informantes, existe un efecto contraproducente en la atención, según el cual el paso por las consultas inhibe el regreso a las consultas, en tanto “se te quitan un poco las ganas”. En ocasiones, dicha evitación se traduce en dilatar el tiempo de realización de una revisión, de modo que la paciente acude más tarde de lo recomendado no tanto por una decisión personal, como por el efecto de la experiencia anterior:

A ver es que cuando fui al del cupón, eh, me dijo que tenía quistes y que tenía mamas poliquísticas algo así me dijo como me dijo que volviese cada año y yo lo dejé tres años porque no me apetecía volver pues, en cuanto vi la recomendación pensé que era necesario ir y que me lo mirasen. Cuando fui me dijo que no tenía ningún quiste y que estaba estupenda. Así que encima lo que me habían dicho en el centro privado no era cierto (Lorena).

Si bien carecemos de datos cuantitativos que nos permitan hacer una estimación sobre el porcentaje de mujeres lesbianas y bisexuales que acuden a consultas ginecológicas, sí constatamos relatos como el de la informante anterior que traen a la luz experiencias de mujeres que deciden dejar de asistir a las consultas ginecológicas, o bien dilatar la solicitud de una cita, a raíz del trato recibido en experiencias anteriores. Junto con las prácticas iatrogénicas cabe considerar también las expectativas negativas, atendiendo a cómo ambas funcionan como un tandem: las prácticas iatrogénicas generan malas experiencias que refuerzan expectativas negativas de trato. Por otro lado, las malas experiencias pueden compartirse en el entorno generando nuevas expectativas negativas en otras personas que no hayan pasado por consulta. Este tandem prácticas iatrogénicas-expectativas negativas explica la espiral de exclusión e inhibición que refuerzan el absentismo y la dilación: por un lado el sistema sanitario expulsa y ello provoca que las personas eviten nuevos contactos.

Lo que cabe destacar aquí no es sólo el hecho de que este fenómeno suceda, sino el papel que cumple el modelo clínico sobre la sexualidad a la hora de producirlo: cómo las concepciones sobre el cuerpo, el sexo, el género y la sexualidad expulsan y/o inhiben a mujeres bisexuales y lesbianas, tanto cis como trans, de la atención a la salud ginecológica.

P3. Ausencia de información sobre ITS y barreras preventivas: la desinformación selectiva

La percepción de las mujeres lesbianas y bisexuales converge, en parte, con la del sector profesional a la hora de atribuir un bajo riesgo a las relaciones entre personas con clítoris y vagina. Sin embargo, esta percepción va acompañada de una conciencia de contar con una escasa información sobre los mecanismos de transmisión de ITS que funcionan en las prácticas sexuales en estos casos:

...me da la sensación de que es menor que en las relaciones entre mujeres y hombres, no estoy súper informada, entiendo que puedes coger enfermedades que necesitan un contacto, un intercambio de fluidos, pero la verdad que no estoy muy informada (Lorena).

La desinformación guarda relación con la propia integración que ha tenido en la comunidad lésbica y bisexual el modelo anticonceptivo aplicado a la prevención de ITS. De este modo, la valoración de que no existe riesgo de embarazo (cuando esto es así)⁶⁸ deriva en una despreocupación por los métodos de prevención de ITS. Esta relajación se refleja en el hecho de que la prevención aparece como un tema escasamente problematizado dentro de los propios entornos de bisexuales y lesbianas; si bien cuando se reflexiona sobre ello en el transcurso de la entrevista, vuelve a aparecer la duda sobre si esta percepción del riesgo se acompaña de las herramientas necesarias para hacer una valoración del riesgo:

Yo creo que es porque como no hay riesgo de embarazo nos despreocupamos, y porque creo que realmente no sabemos cuáles son los riesgos. O tenemos la idea de que no hay riesgo [...] la verdad que hace tiempo que no hablo de esto con nadie. Vamos por lo menos en mi entorno creo que es un tema que no está muy presente en la mente de nadie (Lorena).

Una de las personas informantes, quien además de activista es profesional en salud sexual, señala, a partir de su experiencia como sexólogo en el servicio público donde desempeña su labor, que existe una sensación de invulnerabilidad ante las ITS entre mujeres cis lesbianas y bisexuales. Algo que contribuye a explicar las escasas demandas explícitas sobre prevención que recibe de este colectivo:

...es decir respecto a la salud sexual muy pocas [demandas] por no decirte ninguna, es decir mínimas, han sido muy mínimas. Es decir, claro, que sí que hay mujeres lesbianas que vienen a preguntarte sobre prácticas de sexo más seguro, sobre enfermedades de transmisión sexual, pero no es lo habitual. Hay una sensación de invulnerabilidad en las mujeres cis lesbianas ante las infecciones de transmisión sexual y esto no es algo que hayan planteado, entonces históricamente esto no ha cambiado. (ENT60).

La falta de información es encuadrada por la siguiente informante como un problema de “negación de derechos”, en tanto el efecto que se revela hace que las posibilidades de obtener información sobre los modos de transmisión de las ITS relacionados con las

⁶⁸ Hay que tener en cuenta que ni siquiera este supuesto es cierto en todos los casos, ya que el hecho de que hablemos de una pareja lesbiana nos informa de la identidad de las dos personas, no de sus corporalidades. Este modelo deja fuera a las parejas que incluyen a una persona trans sin modificaciones genitales, lo que lejos de ser un supuesto es una realidad dentro del colectivo TLGBQI.

prácticas concretas de una persona disminuyan cuanto más se aleje aquella del modelo cis-heterosexual.

...mira si yo llevo de auxiliar de enfermería.. hace dos años estaba en segundo [...] y fuimos yo y mi amiga Marta las que le enseñamos a la profesora con respecto a enfermedades de transmisión sexual, porque ella ni tan... por lo que decías antes, ¿oye cómo lo hacen las lesbianas, sabes? porque como esa mujer no tenía ni idea fuimos yo y esa chica las que la tuvimos que enseñar (ENT40)

...que en la sociedad en general pues bueno, pero a mí me parece más sangrante cuando ya se trata de personal sanitario que... o sea que yo creo que te están vulnerando derechos ¿no? al final (ENT41)

Como puede verse, la desinformación es una práctica que incluye a las instituciones sanitarias y a las educativas, donde las informantes señalan los efectos multiplicadores de un silencio que se extiende entre diferentes instituciones y que confluye en ese tipo de expresión de la homofobia que es la *desinformación selectiva*. Por desinformación selectiva entendemos la práctica de proporcionar información sobre ITS y barreras preventivas a unos colectivos y no a otros en base a los prejuicios y estereotipos que construyen la valoración profesional del riesgo. Justamente, los modos en que prejuicios y estereotipos contribuyen a la desinformación son puestos en evidencia por la siguiente informante al trazar la conexión que existe entre la atribución de pasividad a las relaciones entre mujeres y la asunción de un bajo riesgo:

...yo creo que en el caso concreto de... al ser lesbiana, eso como que se presupone que tu sexualidad va a ser como más pasiva o no se, y entonces no tienes riesgos (ENT41)

La falta de acceso a los cuadrantes de látex es producto también de una política preventiva centrada en el coito heterosexual y en un foco en el colectivo TLGBQI centrado en el VIH. Ello ha provocado que mientras el preservativo masculino ha sido objeto de promoción desde los planes institucionales, no existe ninguna campaña a nivel estatal que haya promocionado ni el uso ni el acceso a las barreras preventivas que tienen por objeto las relaciones entre mujeres cis y/o hombres trans, a pesar de que autores señalan su utilidad como método de barrera en la prevención del VPH:

...el uso del preservativo (femenino o masculino) o del cuadrante de látex en las relaciones sexuales es la principal medida de prevención, existiendo intervenciones educativas eficaces para promover su uso en las relaciones sexuales (Fernández, 2016:9).

La siguiente informante, señala que en su entorno los cuadrantes de látex son escasamente utilizados, al tiempo que indica que la información que obtuvo sobre su existencia procede del contacto con colectivos LGTB:

Entrevistadora: ¿te pregunto directamente utilizas barreras de látex?

Lorena: no. No y las mujeres que conozco, a menos que se dediquen al trabajo sexual, no lo usan tampoco.

Entrevistadora: ¿cuándo fue la primera vez que oíste hablar de las barreras de látex?

Lorena: yo creo que era adolescente, no sabría decirte como supe de su existencia, pero por ejemplo en mi universidad había un centro de LGTB y ahí si tenían barreras.

El relajamiento con la información acerca de los métodos de prevención trae a colación la desvalorización e invisibilización de las relaciones lésbicas. Una de las situaciones que mejor lo expresan es el distinto tratamiento que encontramos sobre la recomendación de utilizar papel film de cocina para paliar las dificultades de acceso (físico y económico) a los cuadrantes de latex. Mientras las informantes profesionales lo citan como un método válido que proponen a veces en consulta, las mujeres cis lesbianas y bisexuales entrevistadas en calidad de tal, hablan de esta recomendación con cierto tono irónico que deja entrever la incredulidad de que se trate de una estrategia institucionalizada:

Y luego tampoco está claro como qué métodos de protección tienes que utilizar, o sea como que parece que está o sea el condom masculino, el condom femenino, no se qué, pero luego sales de ahí y ¿qué pasa? ¿qué utilizas? (ENT39).

Claro y yo llegué a la fiesta esa digo pregunté, digo bueno y qué... qué ¿el guante este? digo bueno es que me estás dando un guante, que yo no de dónde ha salido, bueno chica, yo estaba flipando y luego dice bueno no pues coge si no papel de cocina para.... y yo bueno síii o sea síiii... en vez de utilizar el... (ENT42).

La informante anterior se refiere al “papel de cocina” como ese lugar en el que se refleja la banalización de las relaciones lésbicas, para las que vale un método casero que, sin embargo, no es recomendado a mujeres y hombres cis heterosexuales para la práctica del sexo oral como alternativa a los preservativos. Este desliz es el que demuestra cómo la recomendación de un método casero, en el contexto de la falta de atención a las relaciones lésbicas, se convierte en la expresión de una ausencia de reconocimiento, de modo que es traducido de modos distintos cuando es una estrategia del colectivo para enfrentar la falta de acceso a los cuadrantes que cuando se trata de un recurso validado profesionalmente para una parte de la población.

En conclusión, podemos apuntar que los riesgos sobre ITS y las barreras preventivas para relaciones entre personas con clítoris y vagina se hallan sometidas a la misma lógica de desinformación selectiva y silencio. Una lógica que se expresa en forma de obstáculos a la accesibilidad y uso de métodos como el cuadrante de látex, que actúan en diferentes niveles: el acceso a la información (saber que existen), el acceso a la valoración del riesgo (saber cuáles y cuándo son pertinentes), el acceso físico a los métodos (saber dónde obtenerlos), el acceso socio-económico (tener el dinero para comprarlos⁶⁹, lo que puede movilizar la decisión de tener que priorizar las barreras respecto a otros bienes de consumo cuando compiten económicamente) y el propio uso (la asertividad para utilizarlos en las relaciones con otr*s cuando la persona quiere hacerlo).

⁶⁹ Un solo cuadrante de latex se encuentra en torno a los cuatro euros.

P4. Reducción del esfuerzo terapéutico e incremento del riesgo de retardos diagnósticos.

En este apartado recogemos el incremento de la probabilidad de recibir un diagnóstico tardío como consecuencia de la reducción del esfuerzo terapéutico -la atención- ante mujeres lesbianas y/o bisexuales, resultado del marco médico sobre la sexualidad.

Entre las informantes destacan dos tipos de situaciones que apuntan hacia esta problemática. En primer lugar, se hallan aquellas en las que la valoración de las pruebas que son pertinentes se realiza partiendo de la base de que las mujeres que tienen relaciones con otras personas con útero y vagina no requieren de pruebas para ITS cuya transmisión incluya la penetración vaginal. Esto provoca la sensación que expone la siguiente informante de “tener que pelearse” para conseguir una citología ya que, de lo contrario, la atención clínica hubiese concluido sin su realización:

Sí, es decir, sí es como que no existen en verdad, o sea yo la sensación que he tenido cuando he ido al médico y general y al ginecólogo en particular, pero bueno con el médico de cabecera también ¿no? es como que... como si no existieras... como si te tocase solo así y ya está, entonces no... o sea yo cada para, o sea yo a mí lo que me parece en lo que has contado bueno no sabemos, pero en el médico de cabecera... yo cada vez que quiero una citología me la tengo que pelear ¿sabes? porque no, es como... que el considera que yo no tengo necesidad de... ya me he cambiado de médico de cabecera ¿no? pero bueno (ENT41).

La segunda situación consiste en la ausencia de realización de pruebas que permitan descartar situaciones patológicas no relacionadas con las ITS. La siguiente informante relata cómo, al señalar que mantiene relaciones con mujeres, su ginecólogo da por concluida la intervención en consulta, quedándose así con la preocupación de no haber descartado posibles quistes en los ovarios o en las mamas ni tampoco haber obtenido información sobre ello:

Pues, para empezar, la falta de prejuicios y de pues la que no haya una presunción de heterosexualidad y luego que no juzguen las actividades sexuales de cada persona y que estén informados de las necesidades específicas que tienen los hombres trans o las lesbianas. Porque normalmente es que no saben o te manda a tu casa porque te dicen: ah, no tienes relaciones con hombres, pues te puedes ir, que esto es algo que además sucede, y además claro, cuando ya eres una persona adulta pues a lo mejor dices esto no está bien, pero es que eres una adolescente que todavía no sabe muy bien por donde van los tiros, igual te dicen que te vayas a tu casa que no hay nada que mirar, y dices, a pues, vale, no abra nada que mirar [...] Que bien, y en cuanto salí de la consulta pera pero si tengo un bulto o si tengo un quiste, lo pensé al salir, pero realmente, no... porque es que al fin y al cabo es un salida del armario lo que tienes que hacer (Lorena).

De nuevo, las preconcepciones en torno a cómo es la sexualidad de mujeres lesbianas y bisexuales genera una disminución del esfuerzo que l*s profesionales realizan en consulta ante dicho perfil de pacientes, incrementando el riesgo de retardos diagnósticos. Como interpreta una de las personas informantes, como profesional que atiende a personas

TLGBQI, las mayores tasas de mortalidad por cáncer de útero y mamas, registradas por algunos estudios, cabe relacionarlas con una mayor obstaculización del acceso a pruebas que puedan conducir a un diagnóstico precoz en pacientes lesbianas:

Fíjate que sí que se han lanzado campañas de sensibilización sobre la salud sexual, sobre todo ante cosas como el cáncer de útero, el cáncer de mama, el virus de papiloma humano, la importancia de aumentar la monitorización de esas realidades, pero en muchos casos lo que siempre hemos identificado han sido dificultades de las mujeres lesbianas para acercarse en general a las consultas de ginecología, sobre todo porque la mayoría de los casos las consultas de Ginecología y las pruebas diagnósticas están basadas en la toma oral de anticonceptivos [...] Hay estudios que demuestran que las tasas de mortalidad en mujeres lesbianas sobre cáncer de útero y cáncer de mamas son mayores, eso quiere decir que las mujeres lesbianas tienen un cáncer más potente, o sea un gen más potente del cáncer no? o sea tiene que ver con que la mortalidad se basa en no poder acceder a pruebas diagnósticas que realicen un diagnóstico precoz, pues cuanto menos precoz sea ese diagnóstico más probabilidades tienes de que haya una lesión crónica o la muerte y eso hay que tenerlo muy en cuenta (ENT60).

Como señalaba la informante anterior, algunos estudios muestran la posibilidad de contraer cáncer de cuello de útero en mujeres que tienen relaciones con otras mujeres, incluso en aquellas que nunca han tenido relaciones sexuales con hombres, recomendando la aplicación de las pruebas de cribado de útero para descartar VPH en mujeres lesbianas y la necesidad de acciones educativas tanto para mujeres lesbianas como para proveedores de servicios de salud:

Confusion exists in clinical practice about whether lesbians should be offered routine cervical smears. We found cervical smear abnormalities in a sample of 624 lesbians, including those who had never been sexually active with men. These findings suggest that lesbians should be routinely offered cervical cytology as part of the national screening programme. Evidence of human papilloma virus (HPV) infection in the 'exclusively lesbian' group indicates that sexual transmission of HPV may occur between women. The belief by some lesbians that they have less need for cervical smears, coupled with poor uptake of cervical screening by a significant proportion, demonstrates a need for education of lesbians and health service providers (Bailey et al., 2000:481).

Así mismo diversos estudios advierten sobre la necesidad de cambiar la concepción de la existencia de bajo riesgo de contraer ITS en mujeres lesbianas a fin de prevenir riesgos para su salud:

WSW are at risk of acquiring bacterial, viral, and protozoal sexually transmitted infections (STIs) from current and prior partners, both male and female. Bacterial vaginosis is common among women in general and even more so among women with female partners. WSW should not be presumed to be at low or no risk for STIs based on sexual orientation, and reporting of same-sex behavior by women should not deter providers from considering and performing screening for STIs, including chlamydia, in their clients according to current guidelines (Gorgos & Marazzo, 2011).

P5. Falta de formación de l*s profesionales

La falta de formación y el desconocimiento de un sector amplio de profesionales sanitari*s es un asunto tópico dentro del colectivo TLGBQI. Es decir, existe una desconfianza en el colectivo sobre el nivel de sensibilización y capacitación de l*s profesionales acerca de la salud TLGBQI, máxime en aquellos sectores de la atención donde la identidad de género o la orientación sexual pueden resultar aspectos relevantes y, por consiguiente, potencialmente visibles.

No es un hecho casual que el desconocimiento y la falta de formación constituyan las dos primeras cuestiones que surgieron en el grupo de mujeres cis lesbianas y bisexuales, cuando se les planteó cómo tema de debate la salud sexual y reproductiva del colectivo. El siguiente extracto recoge la primera intervención del grupo que apunta hacia el “tabú” que aún constituye la sexualidad entre el sector sanitario:

Pues con el tema sanitario pienso que todavía necesitan mucha formación, porque yo trabajo en un hospital y los profesionales todavía no... en sí yo creo que... tienen tabú de... como desconocen cómo mantienen relaciones sexuales...(ENT40).

La necesidad de sensibilización y formación es un asunto recurrente en el transcurrir del grupo. Se trata de un fenómeno que se hace presente en las consultas, algo que no escapa a la percepción, la intuición y el saber de las pacientes. Lorena apunta a la fase de construcción de la historia clínica como uno de los “hitos” a través de los que esa ausencia se materializa, volviéndose perceptible y notable:

...me da la sensación de que no están muy informados los ginecólogos sobre la sexualidad queer porque yo por lo menos la primera vez que fui por la Seguridad Social es lo que te digo, a ¿solo has mantenido relaciones con mujeres? Pues aquí no hay nada que hacer, te puedes ir tranquilamente, y yo dije, ah! Que bien, y en cuanto salí de la consulta pera pero si tengo un bulto o si tengo un quiste, lo pensé al salir, pero realmente, no... porque es que al fin y al cabo es un salida del armario lo que tienes que hacer (Lorena).

Hablamos de sensibilización, y no únicamente de formación, para reflejar la necesidad aún acuciante de superar el obstáculo de la “invisibilización” de las sexualidades no normativas, en particular de la de las mujeres lesbianas, y los prejuicios y estereotipos que más habitualmente atraviesan la visión de la sexualidad de las mujeres en general y del colectivo TLGBQI en particular. Esta necesidad explica por qué en el grupo de mujeres comentado, la invisibilización aparece como un tema completamente pertinente al debatir sobre los obstáculos específicos que presenta el sistema sanitario:

O sea está el tema de la visibilidad de todo, o sea el sexo en las películas yo creo que todo eso influye (ENT42).

Las consecuencias de la falta de sensibilización y formación hay que entenderlas desde diferentes ángulos. Por un lado, se relacionan con la espiral de exclusión-inhibición que conduce al absentismo sanitario de mujeres cis bisexuales y lesbianas y hombres trans, en tanto cumplen un papel en la construcción de las expectativas negativas de trato. Al mismo

tiempo, la ausencia de formación favorece la reducción del esfuerzo terapéutico ya comentado. Sin embargo, es necesario acudir a un enfoque sobre la relación médico*paciente para entender cómo la falta de formación puede incidir en la transformación de las consultas en un entorno hostil para mujeres lesbianas y bisexuales, dependiendo de cómo la persona profesional gestione ese no-saber. La siguiente informante nos ayuda a entender el desequilibrio de saberes que se produce ante profesionales al compartir su percepción de que parece que tienes que ir al médico sabiendo ya de antemano:

(ENT40): Yo mañana voy al médico porque me tienen que ver por el tema de la infección, pero ya te digo que nunca he tenido problemas con los doctores [no se entiende] los problemas se los he dado yo.

(ENT41): Claro pero entonces tienes que ir al médico a pelearte

Para un modelo de relación médico*-paciente basado en el presupuesto de que el conocimiento está completamente del lado profesional, el desequilibrio de saberes que se produce aquí (profesional que desconoce la salud TLGBQI versus paciente que sabe más sobre ello que quien le atiende) bien puede ser un problema que hay que compensar. Si bien en nuestro estudio constatamos que esta realidad sucede no podemos afirmar cuáles son las estrategias de compensación dado que no han sido objeto de análisis. No obstante, una hipótesis para futuros estudios será relacionar esta compensación con las reacciones inesperadas de algun*s profesionales que pueden pasar fácilmente por cuestiones particulares relacionadas únicamente con el carácter personal. Situaciones como la vivida por el informante Roberto en las consultas de ginecología, quizás merezcan una relectura desde este fenómeno de la compensación del desequilibrio de saberes:

Pues los médicos, alguna vez, a veces, es por que ellos mismos no saben y es como <<madre mía, y qué le voy a decir>> entonces es co, yo opi, yo creo, creo eh, por que nunca te lo van a decir...[...] Pero yo estoy convencido de que muchas veces ha sido, así como habrá veces que haya sido como este señor es evidente, este ginecólogo es evidente que es que era como <<que te den, me la pelas, paso de ti, eres un monstruo y no se ni quien eres ni me importa, no te voy a atender>> pero yo creo que en la mayoría de los casos ni si quiera es eso, es como <<hostia>>, se bloquean, no saben que hay que hacer, ni como, y es más si les pides un papel te dicen "pero, ¿qué, eh? ¿qué papel?, pero esto, y dónde"... no tienen ni idea, ni idea, no saben, la gente joven con la que he podido ir hablando, (no se entiende) en dos ocasiones, hasta que ya me operaron, eh, la gente joven decía "es que nosotros estas cosas no nos las contaron en la facultad, no tenemos ni idea"... (Roberto).

El papel que juega la sensibilización y la formación puede analizarse también desde las experiencias positivas. La siguiente informante expone las diferencias en la vivencia de dos experiencias (la primera con una ginecóloga y la segunda con una matrona) según el grado de formación de la persona que la atendía, indicando cómo esa formación también es perceptible y notable en el espacio de las consultas:

Pues es que juraría que ella me dijo que les habían estado dando una formación específica sobre personas eh, LGB, no creo que T. Y me dijo, creo que lo que me dijo que las mujeres lesbianas podían contraer ETS y todo eso me lo dijo a raíz de esa formación o esa charla que habían recibido. Evidentemente no lo había recibido todo el mundo porque la matrona me mandó a mi casa. (Lorena)

P6. Romafobia como barrera a la atención y el acompañamiento de mujeres cis gitanas lesbianas⁷⁰

La discriminación hacia la población romaní, por el hecho de serlo, es un asunto de tal vigencia actual que oculta y minimiza las problemáticas específicas de salud y de acceso a los dispositivos (socio)sanitarios de la población gitana TLGBQI. Podemos decir que el primer problema emergente de la comunidad gitana de mujeres cis lesbianas es el derivado de la discriminación cultural y étnica:

Los obstáculos generales, a una persona LGTB es la homofobia, si es que no.... sabes [...] bueno una persona gitana, ojo, el racismo, ¿vale?, porque primero ves que soy gitano y luego, si yo quiero, sabrás que soy gay o lesbiana o lo que sea, ¿sabes? ojo. Ahí esa escala es muy importante, porque primero se es racista con la persona gitana y, luego, si ya te enteras... (Estrella, ENT63)

Esta discriminación recibe diferentes nombres que ponen el acento en distintos aspectos de las relaciones de dominación. Así, romafobia o antigitanismo son dos conceptos utilizados por la informante Estrella, quien encuadra la discriminación hacia el pueblo gitano como una forma particular de racialización. Un fenómeno que puede definirse como:

[...] que la sociedad mayoritaria establece sobre ti o te juzga, o establece ideas, estereotipos o prejuicios que están, digamos, que son erróneos y que la gente proyecta sobre la persona individual [...] por eso <<personas racializadas>>, porque siempre se nos va a mirar, seas lo que seas, hagas lo que hagas, por tu pertenencia étnica o por tu nacionalidad [...] porque nos mostramos a una sociedad <<mirante>> que proyecta una idea de nosotras que, aunque no parezcamos gitanos o gitanas, nos ven como tal [...] hay personas que sí que parecen gitanas y serán directamente racializadas y hay otras personas que no.. yo puedo decir que no soy gitana pero ella no puede decir que no es negra. (ENT63)

La racialización es, así, el acto de diferenciación por el que una persona es asignada a un grupo étnico desde afuera, siéndole inmediatamente atribuidas un conjunto de características en base a sus rasgos fenotípicos. En este sentido, la racialización es un fenómeno por el que determinados fenotipos (rasgos visuales que pueden ser corporales o no) adquieren un significado -generalmente peyorativo- en el seno de una relación de dominación entre grupos. Se trata de un modo de significar el cuerpo y de encadenar los rasgos fenotípicos a las conductas y el lugar social que ocupa un determinado colectivo.

Estas atribuciones o estereotipos tienen especial relevancia para entender las relaciones con el sistema de salud. Un obstáculo fundamental para la población gitana lesbiana es el modo en que ser vistas y leídas como “gitanas” totaliza la identidad: qué es lo que la persona profesional ve de su paciente. Aquello que creemos saber de la persona por el hecho de identificar su pertenencia étnica o cultural, acaba convirtiéndose en un

⁷⁰ Véase también el apartado relacionado con las ausencias de estrategias de aproximación para atender al caso de la aproximación hacia población gitana TLGBQI

“obstáculo infranqueable”, en palabras de Estrella, para que la persona puede comunicar sus necesidades, en particular las que pueda tener como lesbiana:

Yo en una atención médica tengo que decir, por la atención específica que necesito y a la que tengo derecho, que soy lesbiana, pero no tengo que decir que soy gitana. Y eso es fundamental, lo que pasa que, que a veces, tu imagínate el profesional si yo llevase... ahora voy a hacer una descripción, tu imagínate que yo llevo un moño, falda hasta los tobillos, lo que sea, unos pendientes así, y que voy con mi madre, y encima soy lesbiana, ¿qué es lo que va a ver el profesional? [...] Pues una persona gitana. Y eso va a ser una barrera, un obstáculo infranqueable, para que esa mujer que es lesbiana, que es gitana y que es lesbiana, le diga al médico las necesidades que tiene. Y eso es fundamental. Eso es fundamental (ENT63)

El ejemplo aportado por la informante introduce dos aspectos para repensar las relaciones entre el sistema de salud y la población gitana lesbiana. En primer lugar, cabe preguntarse de qué maneras la pertenencia cultural condiciona las expectativas de género (incluida las relacionadas con la orientación sexual). Así, Estrella durante la entrevista lanza una pregunta que es una invitación a reflexionar sobre dichas expectativas:

Fíjate unas de las cosas... claro, y también una cosa, el aspecto físico ¿no? El fenotipo ¿no? A lo que llamamos ser gitano por identifi... [...] cuando tú piensas en una mujer gitana que ves ¿me entiendes? Que ves... ¿si la describes que ves? (ENT63)

Si tal y como comprobamos en este estudio, las expectativas de tener pacientes lesbianas en atención ginecológica son escasas, dentro de la cultura profesional ¿se esperan pacientes gitanas lesbianas? ¿Cómo afecta las atribuciones culturales y étnicas a las expectativas sobre las mujeres cis? Se trata de dos aspectos pendientes de análisis a tener en cuenta en la construcción de nuevos modelos de acompañamiento.

En segundo lugar, la comunicación de las necesidades es un proceso relacional que depende de una interacción que puede contribuir a facilitarlas o a bloquearlas. En el caso de la población gitana, dos elementos mencionados por Estrella condicionan esa interacción: el bagaje histórico de relación con las instituciones y el establecimiento de la atención en torno a normas culturales que no incorporan a la cultura gitana (como por ejemplo, en aspectos como la diferente significación de los vínculos familiares y la manera en que se expresan en el acompañamiento sanitario a un miembro de la familia)

La relación histórica entre las instituciones payas y la población gitana es un tema más amplio que nos podemos desarrollar aquí; aunque sí es necesario destacar la importancia de considerarlo de cara a la intervención. Se trata de un asunto cuya elaboración puede ayudar a complejidad y deconstruir el estereotipo frecuente de que la población gitana se autoexcluye de los espacios públicos, sean estos la educación o la sanidad:

Claro, esto es muy importante porque si tenemos en cuenta la historia del pueblo gitano con lo que te contaba al inicio, esa historia que en el siglo XII, XIII supuso aislamiento, rechazo, o sea, leyes anti gitanos, totales, ¿no? Te das cuenta de que ¿eso qué produce? A que lleva eso...

Si yo te estoy machacando todo el rato, eh, o sea, cuanto más lejos de mi mejor, porque menos tostón te voy a dar a dar, y así vas a poder tu vida y tus cosas. Y yo prefiero estar sola a que esta tía me dé el mamporrazo, es que todo el día pum pum pum. Entonces, eso tan sencillo, como te digo parece difícil de entender cuando se dice: <<es que los gitanos, se aíslan, no se quieren integrar>>, una frase, vamos, magnífica. Y que, perdona, ¿no se quieren integrar?, es que como, si eso no es posible [...] pero qué hace que yo quiera o que pueda hacer que yo solo quiera rodearme de los míos. Pues que efectivamente tenga un hostigamiento casi diariamente, y te esto te lo digo en serio porque esto pasa en muchas familias gitanas (ENT63).

P7. Ausencia de estrategias de aproximación: la falsa asepsia de las paredes blancas versus el éxito de la invitación

La siguiente problemática que presentamos es la ausencia de mecanismos que permiten a un centro de atención (ya sea de proximidad u hospitalario) aproximarse a una determinada comunidad, al tener en cuenta los obstáculos específicos que encuentran las mujeres lesbianas y bisexuales para acudir a la atención sanitaria. Así, las estrategias de aproximación son aquellas acciones, medios o recursos que crean un mensaje de invitación hacia el colectivo, transmitiendo un enfoque positivo e incluyente respecto a la diversidad. Se trata de las estrategias que inciden sobre la espiral de exclusión-inhibición, favoreciendo unas expectativas de trato y respeto a los derechos sexuales del colectivo TLGBQI.

Para entender la relevancia de las estrategias de aproximación resulta útil atender justamente a las experiencias positivas que demuestran que aquellos centros donde hay un acercamiento a la población revelan percepciones diferentes de sus usuarias. Una de las estrategias de aproximación utilizadas consiste en colgar carteles en el centro, lo que dota a este de una fisionomía que logra transmitir un mensaje de cercanía y amabilidad hacia el colectivo:

Yo llevo yendo al mismo centro de salud toda la vida, que es totalmente frío, que podría ser un centro de salud o podría ser un centro donde vas para empadronarte o sacarte el DNI. Entonces es un sitio donde simplemente hay personas mayores pasando las horas, y es un sitio anodino y aséptico. Y cuando fui a la consulta de la doctora Serrano la verdad es que si me llamo la atención de que estaban las paredes llenas de posters sobre diferentes temas, parecía más un centro cultural que un centro de salud. Eh, no me recuerdo, no recuerdo exactamente sobre que eran, pero yo creo que eran posters informativos hechos a mano sobre diferentes temas de salud y me pareció como más cercano y amable [...] algunos de los temas de los posters me hizo gracia o me pareció que era un sitio que tiene la mente abierta, eh, porque es que además el hecho de que se hubieran tomado el tiempo para poner esos posters, que juraría que la mayoría estaban hechos a mano, a mí me hacía sentir como que tenían cariño por lo que hacían y que iba a ser un servicio más humano, más personalizado, en vez del típico cartel escrito en el Word de la doctora no sé cuánto, atenderá por orden de apellido. Hay colores, no estaba lúgubre (Lorena).

La contraposición de las paredes frías y lúgubres a los colores, la cercanía y la amabilidad está indicando la contraposición de dos mensajes relacionados con el modelo de atención.

La fisonomía presuntamente “aséptica” apunta a un modelo donde no es necesario tomar en cuenta las diferencias, lo que suele traducirse justamente en el modelo de atención heterocentrado que presupone una sexualidad, unos cuerpos y unos géneros estándar mientras no se demuestre lo contrario. La blancura y la asepsia no se caracterizan por la ausencia de contenidos sino por ser el soporte privilegiado para acoger las representaciones hegemónicas de la sexualidad, vaticinando que el acto de hablar de las diferencias implicará afrontar una salida del armario. Por el contrario, los carteles del centro al que se refiere la informante transmiten un mensaje de apertura -mente abierta- que invita a acoger las diferencias, es más, que espera encontrarse con ellas. Así, lo que pasa en la sala de espera - el diálogo que se establece entre el centro y la usuaria atravesado por la pregunta de hasta dónde quepo yo aquí- contribuye a construir las expectativas de lo que sucederá después en el interior de la consulta.

Los carteles pueden leerse como un ejemplo del efecto que provocan los gestos en el acercamiento a las diferentes comunidades. La siguiente profesional coincide con la informante anterior en el efecto positivo, basándose en su experiencia con la campaña <<Madrid Libre de Exclusión Sexual>>:

No, que nos dieron el cartel y digo, pues es verdad, o sea, si tú en la puerta colocas un... ¿no?, es como si pones una bandera gay en un bar pues ya la gente sabe que va a ser bien recibida, ¿no?, pues, pues igual aquí (risa). O sea, que a lo mejor sólo con gestos así, digamos, si... He caído aquí como podría haber caído en algún sitio y vengo como con miedo a ver cómo me van a atender y veo un cartel que me está diciendo <<Madrid libre de exclusión sexual>> y estoy viendo... pues me siento mejor recibido y, a lo mejor, ese miedo inicial que pueda tener se me rebaja un poquito porque... (ENT18).

Una segunda estrategia de aproximación que observamos es el uso de las páginas web institucionales para realizar un efecto llamada sobre la atención a una determinada problemática. El siguiente profesional señala cómo en su centro han utilizado la información a través de internet para difundir las pruebas de prevención de ITS de un servicio recientemente creado:

Bueno, este servicio es un servicio que es de nueva creación [...] y... ¿eligen este servicio? Bueno, hay muchas razones por las que eligen este servicio, lo primero, porque lo ven en la página web [...] Entonces eh... puedes difundir una serie de pruebas, puedes difundir, yo creo que es muy importante la difusión, la captación a través de las redes, de internet es fundamental [...] Y las pruebas de VIH, hombre, la gente no suele ir a las pruebas de VIH mirando los carteles de dónde se hace el VIH. Sí mira en internet. Entonces la presencia en internet es fundamental, es fundamental [...] Yo creo que en la medida en que tu ofreces un servicio, y lo ofreces a un colectivo, y lo difundes, y le das difusión, y le das tranquilidad a un colectivo para que acuda a tu servicio, el colectivo termina apareciendo (ENT15).

Esto ha provocado que en el transcurso de siete meses se aproximen diferentes usuarias y usuarios entre los que se encuentran hombres cis bisexuales y gays, que representan casi el total de la afluencia de colectivo TLGBQI a dicho centro. Más allá de que el colectivo de hombres cis gays y bisexuales presente una mayor permeabilidad social a las campañas relacionadas con la prevención de ITS (mayor capacidad para sentirse interpelados), cabe

preguntarse por qué la población de mujeres lesbianas y bisexuales (cis y trans) y de hombres trans del mismo distrito, no acuden al centro ni por la vía de la prevención de ITS ni por la de atención en ginecología. Aunque las razones ya las hemos apuntado en otros apartado aquí queremos sumar el contraste entre lo que supone poner en marcha una estrategia de aproximación y carecer de ella. Lorena explica, cómo antes de poner en marcha el grupo de Facebook sobre ginecología queer, ya había tratado de encontrar información a través de internet que proporcionase señales sobre un modelo de atención cercano a la población TLGBQI:

...pues por ejemplo antes de crear el grupo yo estuve buscando como loca en internet, pues a ver si alguien había puesto alguna recomendación, o a ver si alguna ginecóloga en su página web había mencionado a las lesbianas en algún lugar que no fuera solo para temas de fertilidad, y creo que vi algunas de Latinoamérica, puede ser, pero en España no había nada... Porque muchas páginas de ginecólogas, ponen también como si fueran publicaciones de blog informativas, o igual tienen un pequeño texto sobre los servicios que ofrecen, eh, y dicen hemos tratado a gente con endometriosis y una serie de cosas, pero no mencionan específicamente que traten o te conozcan la ginecología queer. Entonces si yo metiese en una página web y viese una publicación informativa o que menciona específicamente que conocen la sexualidad de las lesbianas o los hombres trans pues eso me inspiraría muchísima confianza (Lorena).

Por último, el trabajo comunitario es una tercera estrategia de aproximación habitual en los centros de promoción de la salud. En él se integran las acciones en torno a la salud que se realizan fuera de los centros. Cuando esta estrategia está diseñada para reconocer y dar un lugar a la diversidad, puede generar un efecto que va más allá del propiamente educativo, ya que invita a acceder a los servicios de salud que lideran intervenciones positivas con la diversidad:

El tema de la diversidad sexual siempre lo intentamos incluir en las charlas, o sea, a mi me cuentan anticoncepción pero al final voy a acabar metiendo género, diversidad sexual (entre risas) y los temas que a mi me parece que... que tienen que estar ahí si o si, porque es importante[...] Primer aula en la que entramos, primera intervención empezamos por ahí...tal... les recomendamos que con el tutor, que vean “El sexo sentido”, que hay tal y, según acaba la clase, viene una muchacha y nos dice “Qué bien que habéis hablado de esto porque mi hermana es una mujer trans”. Yo casi me caigo muerta, dije madre mía, fíjate que importante, ¿no?, que siempre intentamos hablarlo y tal pero, o sea, como que este año íbamos con el chip de pues si o si hay que hablar sobre... ehh... no incluirlo así todo...ehh...porque pues de homosexualidad se habla más que de, que de trans, que no, lo vamos a incluir, que me parece muy importante. Primera intervención, primera vez que sale... Es que es increíble, o sea, hay que abordarlo si o si. [...] A lo mejor has ido a dar una charla a un instituto, de ese instituto ha venido una muchacha y, a partir de ahí, entre ellas, se lo van diciendo (ENT18).

La escasez y/o ausencia de las estrategias de aproximación generalizadas puede leerse en dos aspectos del discurso de las mujeres cis bisexuales y lesbianas informantes. Por un lado, en la continuidad del uso del boca a boca para obtener recomendaciones de personal sanitario al que acudir, en particular ginecólogas o ginecólogos que presenten al menos cierto grado de sensibilización con las realidades TLGBQI. La estrategia del boca a boca es una práctica que sortea los obstáculos de la falta de aproximación institucional a la población. Por otro lado, las demandas de la propia población respecto a la necesidad de más campañas informativas en el ámbito sanitario, constituye un segundo indicador de la

necesidad de transformar un modelo de atención presuntamente aséptico en otro integrador también al nivel de la fisionomía de los centros de atención a la salud.

Payocentrismo y ausencia de estrategias de aproximación a la población de mujeres cis gitanas lesbianas

La ausencia de estrategias de aproximación a mujeres cis lesbianas gitanas presentan una doble interpelación. Por un lado a las instituciones y, por el otro, al propio movimiento y organizaciones TLGBQI. Se trata de la manera en que las propias entidades (sean del tipo que sean) se construyen *por y para* personas payas, proyectando una imagen que ni incorpora ni invita a las personas gitanas. Las estrategias de aproximación reducirían los efectos de este “payocentrismo” que, en un primer momento, tal y como señala Estrella, pueden implicar aproximaciones a través de un lenguaje que incorpore a la comunidad gitana y a través de herramientas -en este caso folletos- que ayuden a difundir esa invitación:

Y voy a decir una palabra de “payocentrismo” ¿vale? Pero lo rebajaría tanto a un nivel que a mí me permitiría es decir, que guay que esto también se ha hecho pa mí, ¿no? Y no que la eliminación, fíjate, no poner la palabra gitano, o comunidad gitana vale, lo que sea, yo no me siento identificada, pues si esto es para las personas LGTB y se van para los... pues yo ahí no estoy, y es una cosa tan sencilla [...] porque igualmente los grupos de salud cuando acceden a participar es porque es gente que está sensibilizada. Pero realmente, ¿de quién debe de partir?, oye, pues si tenemos esto, tenemos, o sea, sabemos a ciencia cierta que estamos hablando de culturas diferentes? Porque no hacemos un folleto, un folleto. Que digas, a bueno, y que no sé qué, a lo mejor, que organización tu imagínate, puede mediar en caso de gitanos, pues tal, pum. Pum. Pum. En caso de no sé qué, pum. Pum. Pum. Y a lo mejor dar un par de charlas al año (ENT63).

A la hora de pensar las estrategias de aproximación a la población gitana lesbiana desde las instituciones es necesario valorar la siguiente tensión en cada contexto concreto: cómo articular la relación entre la necesidad de considerar y representar las diferencias entre los grupos que pueden tener acceso a la actividad de los servicios (socio)sanitarios, sabiendo que no se trata únicamente de población paya, con la necesidad de evitar las generalizaciones étnicas o culturales. La apertura del diseño de los servicios a la diversidad de culturas que los pueden llegar a usar corre el riesgo de abordarse mediante reduccionismos culturales que acaban asimilando una cultura a una actitud concreta, frecuentemente negativa. En nuestro caso, a la hora de generar estrategias de aproximación, cabe alertar contra el uso de la homofobia como una forma de estigmatización de la población gitana, a pesar de ser una realidad histórica y vigente actualmente en la cultura paya. Así, habrá de tenerse en cuenta que una mujer lesbiana gitana que viva en un entorno gitano que no rechace el lesbianismo no pierde rasgo alguno de pertenencia a la cultura gitana.

La ausencia de estrategias de aproximación favorece la falta de información de la población gitana LGTB sobre su salud sexual y reproductiva:

Lo que pasa es que también, hay una cosa que pasa mucho y que estamos detectando es que hay mucha desinformación dentro de la población gitana LGBT. Porque varias, causas... Que no se sienten identificados, que sufren, en sus redes más cercanas a lo mejor son homófobos, o ellos creen que son homófobos. Entonces claro, eso me impide a mí que yo pueda... pero, claro, una de las personas que quizá se lo puedas decir es tu médico o tu médica (Estrella, ENT63)

Respecto al colectivo TLGBQI, la informante apunta las dificultades de aproximación en dos terrenos: la identificación y las ausencias de incorporación en los nuevos cambios legislativos promovidos por las organizaciones y colectivos. En el primer caso, se trata de la dificultad para incorporar a la población gitana como parte de la población TLGBQI, lo que afecta al nivel de invisibilización de las mujeres cis lesbianas gitanas:

Es muy importante el tema de la identificación, si tú no hablas nunca de gitanos o de gitanas, como me voy a acercar yo a ti, no es que hables, es que si quieres, en tu discurso tu plantees la posibilidad de... o de otras minorías vamos que me da igual [...] luego de chicas cada vez van saliendo más, pero claro tienen sus circunstancias personales y algunas dicen que sí, y son visibles, y quieren ser visibles, y hay otras que prefieren que no. te lo dicen a ti porque eres de confianza pero no... [...] pero en el momento en que yo veo cuatro carteles y veo la palabra git... y yo me identifico, pues si yo, por ejemplo, soy una mujer con unas necesidades y tengo interés pues lo normal es que me ponga en contacto contigo o con quien sea, o que asista o que participe o que... yo creo que ahí está la clave" (Estrella, ENT63)

Esta dificultad se ha manifestado en la ausencias de la Ley 3/2016, donde la ausencia de aproximación a la población TLGBQI gitana refleja la falta de búsqueda de referentes gitanas desde el propio movimiento:

Una cosa muy curiosa que me leí en la, la ley esta de, ley de identidad sexual no sé qué de la comunidad de Madrid, en la introducción dice, persona inmigrante, coma, etc. Y digo pero, fíjate, que se han quedado en inmigrante en vez de, de personas gitanas, etc. Por ejemplo, y es que no me lo puedo creer yo esto. Pero esto pasa porque, por no llamar a personas referentes gitanas que yo estoy imagínate, me pasas ahí esa ley, oye haz el favor de poner aquí gitana, ya está y quedas tan pancha, y tan bien. Porque, porque hay muchas personas gitanas que se leen esa ley. Otra cosa es que se piensen que no... pero hay muchas personas que se leen esa ley, entonces cuando ven la palabra gitano (Estrella, ENT63)

5.4. ESTRATEGIAS DESARROLLADAS POR LAS MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES

En este apartado, recogemos las estrategias elaboradas por las mujeres cis lesbianas y bisexuales para sortear y/o gestionar los obstáculos expuestos cuando desean recibir atención en servicios de ginecología. La existencia de estas estrategias denota los puntos de quiebra de la equidad en salud y, en ocasiones, proporcionan un mapa de los sobreesfuerzos que implica acercarse al sistema de salud como mujer lesbiana o bisexual (cis o trans) y como hombre trans. Se trata de estrategias generadas para sortear los problemas derivados de un modelo de atención cis-heterocentrado a dos niveles: el acceso a la atención y las situaciones de consulta.

5.4.1. Búsqueda y creación de itinerarios terapéuticos alternativos

Los itinerarios terapéuticos que utilizan las mujeres cis lesbianas y bisexuales, cuando presentan una demanda en torno a su salud sexual y/o ginecológica, incluyen dos vías específicas (las recomendaciones personales y las redes sociales) a la que cabe añadir el surgimiento de una tercera: los espacios y/o iniciativas de autoatención. El hecho de utilizar itinerarios específicos responde a la necesidad de sortear las prácticas iatrogénicas y discriminatorias en el terreno de la atención ginecológica, ya referidas, derivadas del cruce de dos sesgos que conforman la atención sanitaria: el sexismo y la lesbofobia. Estos itinerarios son utilizados también por hombres trans, a cuya atención se une el sesgo de la transfobia.

1 Recomendaciones personales: lesbianas y bisexuales como colectivos del boca-boca

La percepción de que el modelo de atención excluye la diversidad, lleva a las mujeres cis lesbianas y bisexuales a buscar experiencias positivas entre otras mujeres que hayan asistido a ginecología y sientan haber recibido un trato amigable. Las recomendaciones personales constituyen así una forma de conocer si la persona profesional que atiende presenta una actitud de respeto y de cercanía hacia los derechos TLGBQI.

Las propias profesionales que atienden a mujeres lesbianas y bisexuales confirman esta práctica del boca a boca. Así, la siguiente profesional apunta hacia un mecanismo de prueba y error, de manera que las usuarias llegan, prueban y si les gusta la atención la recomiendan:

Pues, en este barrio en concreto, la gente nos suele conocer por el boca a boca. Para ellas y para todo el mundo en general. Suele ser porque alguien ha venido y si le parece que es un centro donde le gusta la atención pues se van corriendo la voz entre ellas [...] pero las más

jovencitas. así, que son del barrio, sí que suele ser el boca a boca. A lo mejor has ido a dar una charla a un instituto, de ese instituto ha venido una muchacha y, a partir de ahí, entre ellas, se lo van diciendo. (ENT18).

La cuestión que plantean las recomendaciones es que convierte el acceso a las consultas en una cuestión de “casualidad” antes que de derechos. En el siguiente caso, una importante vía de llegada de las mujeres cis lesbianas a la consulta de la siguiente ginecóloga son los contactos personales, esto es, las propias redes en las que las mujeres están inmersas:

¿De dónde vienen? pues son casualidades. Yo tengo..varias hijas de.. de amigas, pero amigas que son lesbianas; vienen porque..igual que veo a todas las hijas amigas de todas mis hijas y tal y cual, y.y ya se lo dicen unas amigas y las otras se lo dicen a otras amigas. Esa es la vía fundamental. (ENT14).

2. Uso de las redes sociales para obtener información y/o recomendaciones de profesionales.

En ocasiones, las recomendaciones sobre profesionales que realizan una atención respetuosa y ajustada a las necesidades del colectivo de mujeres cis lesbianas y bisexuales, se obtiene a través de internet; donde las usuarias comparten experiencias y opiniones acerca de la atención recibida con el fin de ayudar a otras usuarias a escoger profesional.

En el año 2014 se crea un grupo privado por internet denominado “Ginecología Bollo / Trans / Queer / Intersex”, que parten de la propuesta de autoorganizarse virtualmente para dar respuesta a las necesidades de la comunidad TLGBQI usuaria de servicios de ginecología (fundamentalmente mujeres cis lesbianas y bisexuales, hombres trans y mujeres trans con modificaciones genitales):

Este grupo ha sido creado con el fin de compartir experiencias y recomendaciones sobre ginecologxs en España desde el punto de vista queer. Por favor invitad a gente que pueda estar interesada. La idea es conseguir una lista de ginecologxs con "sello de aprobación bollo" para poder ir a la consulta con tranquilidad y no con pavor ¡Que fluya la información! (Mensaje de la descripción del grupo de Facebook Ginecología bollo/trans/queer/intersex).

Cuando montamos esto lo hicimos sabiendo que no teníamos mucho tiempo para dedicarle a esto y era más como un sitio para que la gente pusiera reseñas, aquí puedes ir, aquí no, y luego más de auto información, de hacer una labor de informarnos entre todas porque en ciertos sentidos sentimos que nos ha dado la espalda la comunidad médica en gran parte (Lorena).

En este grupo privado de Facebook las personas que lo desean solicitan información y recomendaciones de profesionales, compartiendo el feedback una vez han sido atendid*s.

3. Autogestión de la atención

En el año 2013 nace en Barcelona el grupo “Gynepunk”, un colectivo que investiga para crear un laboratorio con tecnología hecha a partir de elementos caseros que permiten a las personas un mayor control de su cuerpo mediante su aplicación en embarazos, así como en la detección de cáncer de útero, infecciones por candida y otras ITS. Gynepunk recoge la historia de las mujeres esclavas negras de Alabama, violentadas en los experimentos sin anestesia del “padre de la ginecología” J. Marion Sims en 1840, como hito inspirador para comenzar un proyecto que va dirigido principalmente a quienes, por su identidad o por sus prácticas sexuales, no hallan respuesta al cuidado de la salud ginecológica en el sistema sanitario convencional:

Existen más ejemplos de nombres de tipos blancos muertos que recuerdan la tensa relación histórica entre la ginecología y las personas más desfavorecidas. Ya sean personas con sexualidad no binaria, que deben afrontar los juicios de valor de los médicos, o las comunidades de alto riesgo, para quienes el acceso a la sanidad queda restringido por las cuotas de los seguros, o incluso las que tienen el privilegio de acceder a dichos servicios solo para ver cómo pesa sobre ellos una constante amenaza, la realidad es que la sección de obstetricia y ginecología no se percibe como un lugar de sanación (Vice, 28 de agosto de 2017).

A esta iniciativa permanente hay que sumar las actividades puntuales que se promueven desde espacios autogestionados que tienen por objetivo favorecer el autoconocimiento sobre aspectos ginecológicos desde fuera del sistema sanitario. Entre estas iniciativas se encuentra el taller “Poussy Draama + Gendercology” que se define como una iniciativa dirigida a todas aquell*s personas que quedan fuera de las “biopolíticas del Estado” en el ámbito de la ginecología, publicado como evento de Facebook (Gendercology, 25 de marzo de 2017):

Taller con Poussy de autoexploracion del coño. La invitación es para crear un espacio de descubrimientos colectivos donde se pondrán en común algunos testimonios y experiencias relacionados a la ginecología y , desde aquellos cuerpos que le resultan incómodos (o no) a las biopolíticas de Estado (trans, bollerxs, no-binarixs, frígidas, etc, etc, etc).

La actividad principal del taller sera la iniciación al auto-examen del coño con un espéculo. No es obligatorio hacerlo ;)

Taller no mixto mujeres, personas trans y no binarias”.

Si bien los dos espacios de autoatención y de conocimiento / exploración colectiva referidos aquí (Gynepunk y Gendercology) han surgido en el ámbito de Catalunya, resultan muy relevantes para entender cómo la autoorganización en el ámbito de la ginecología está surgiendo como prácticas de resistencia a un modelo de hegemónico de la sexualidad que, en el terreno de la ginecología, expulsa activamente a los cuerpos y las identidades que no son estándar de la atención sanitaria. Representan, además, una apuesta por generar espacios de atención al cuerpo y de producción de saberes no mediatizados por la instituciones relacionadas con la gestión de la salud.

5.4.2. La adopción de un perfil de paciente “ad-hoc” de la dificultad: el rol de paciente lesbiana visible

En el apartado referido a la percepción de l*s profesionales definimos un “perfil de paciente” cis lesbiana, a partir de las experiencias relatadas por las profesionales entrevistadas. Como señalamos entonces, este perfil definía a las mujeres lesbianas que acudían a las consultas de ginecología como personas empoderadas y altamente informadas, capaces de mostrarse visibles en el espacio de las consultas. Rescatamos de nuevo aquí el “perfil de paciente” para ponerlo en diálogo con las percepciones de las informantes cis lesbianas y bisexuales, quienes hablan en primera persona acerca de los roles que adoptan en el tránsito a ser usuarias de servicios de salud ginecológica: el rol de paciente.

En el *Diagrama 2* se muestra la evolución de los discursos del grupo cualitativo de mujeres cis lesbianas y bisexuales, durante los primeros 37 min de duración., que puede observarse también en el fragmento del grupo de discusión aportado en la Tabla 8. Si se observa detenidamente puede advertirse cómo, en el fluir del discurso, cada vez que el debate apunta a nombrar problemáticas y obstáculos suele continuarse con alguna intervención que introduce algún tipo de estrategia para abordarlos. Más concretamente, las estrategias relacionadas con adoptar un determinado rol de paciente aparecen detrás de momentos en que las participantes se refieren a la homofobia del sistema sanitario, las prácticas iatrogénicas, la sensación de que no hay espacio para ellas en el sistema de salud o en las consultas, la exclusión en torno a la reproducción asistida y la falta de formación de las y los profesionales. La dinámica del discurso nos muestra un fenómeno que sucede en la realidad: las mujeres cis lesbianas y bisexuales adoptan como estrategia ante las dificultades el rol de paciente “ad hoc” de los obstáculos que presenta el modelo de atención, lo que nos proporciona una medida de hasta qué punto no se trata de características individuales ajenas al funcionamiento de dicho modelo sino de recursos personales que es necesario desarrollar para superar las dificultades. El rol de paciente funciona así como filtro a la atención, en tanto habrá quien pueda y quiera adoptarlo y habrá quien no.

Inicio
(Min 0)

Necesidad	Obstáculos	Consecuencias (qué provoca)	Explicaciones (a qué se debe)	Estrategias (qué hacer para evitar los obstáculos)	Consecuencias
Formación de l*s profesionales	Desconocimiento de la realidad de las mujeres lesbianas	Menor esfuerzo terapéutico: pelea para acceder a las citologías	Homofobia en el sistema sanitario	Perfil de paciente en lucha ("agresiva")	Exclusión de otras personas que no se sienten cómodas en ese rol: vulnerabilidad
		Escasa información acerca de las barreras de prevención de ITS			
		Sensación de invisibilidad en el sistema sanitario			

Explicaciones	Consecuencias	Estrategias	Consecuencias	Obstáculos	Consecuencia
Desconocimiento y pasotismo	Prácticas iatrogénicas. Ejemplo: cotidianizar lo extraordinario (uso agresivo del espéculo)	Ir a la privada	Exclusión según sesgo de clase	Modo de preguntar en consulta: la batería para heterosexuales	Percepción de que no hay espacio para las mujeres lesbianas en consulta
Modelo de atención que no es capaz de responder a las necesidades de las pacientes lesbianas		Perfil de paciente en lucha	Efecto contraproducente: relajarte estando en lucha.		

(Min. 15)

Estrategias	Consecuencias	Explicaciones	Consecuencias	Estrategias	Necesidad
Cambiar el rol de paciente: Hacerse visible de entrada.	Absentismo sanitario por ciclo de maltrato e inhibición (se te quitan las ganas)	Prejuicios del personal sanitario sobre relaciones entre mujeres: pasividad, bajo riesgo	Inhibición	Uso de red de iguales para obtener recomendaciones de personal	Perfil profesional: con una mirada más positiva, más informada, más respeto, con más naturalidad y más conocimiento
	Negación de de derechos	Desvalorización: uso del film transparente / la palabra del colectivo no vale	latrogenia (pasar un mal rato como consecuencia de ser lesbiana y/o bisexual)	Uso de internet y redes sociales para obtener recomendaciones	
		Encuadre dentro de las violencias machistas en general: la lesbofobia como una consecuencia del machismo			
		Encuadre dentro de la problemática general de invisibilidad y falta de referentes: lo que sucede en la sociedad también sucede en el sistema sanitario			

(Min 37)

(Min 30)

Consecuencias	Obstáculos	Consecuencias	Estrategias	Consecuencias	Necesidad	Estrategias
Tristeza de vivir esta situación en el 2017	Recortes económicos en el sistema sanitario con ocasión de la crisis	Exclusión de la reproducción asistida por la seguridad social	Rol de paciente: en lucha	Estrés	Formación de l*s profesionales	Hacer pedagogía cuando se va a consulta
			Reclamar	Percepción de que hace falta estar más informada que la profesional que atiende		Formar (como colectivo)
						Visibilizarnos (como colectivo)

Diagrama 2. Flujogram Del Grupo Cualitativo De Mujeres Cis Lesbianas Y Bisexuales:

Evolución temática de los primeros 37 min del debate sobre salud sexual y reproductiva del colectivo TLGBQI a lo largo del tiempo⁷¹. Los recuadros de colores muestran las temáticas que han aparecido en el grupo de discusión durante los primeros 37 minutos, en el orden en que lo hicieron. Para facilitar el análisis, clasificamos las temáticas por colores según si hablan de necesidades que expresan las participantes (marrón), obstáculos (naranja), consecuencias de esos obstáculos (azul), y estrategias desplegadas para afrontarlos (verde). Así, por ejemplo, en el último tramo (última tabla), las participantes nombran el obstáculo de los recortes económicos en la crisis después de expresar su tristeza por la situación que viven en el 2017. Este debate sobre la crisis da lugar a una valoración sobre las consecuencias que ha tenido para ellas: la exclusión de las técnicas de reproducción asistida por la vía pública para lesbianas y bisexuales. Ante esta consecuencia, proponen tener una actitud de denuncia (rol de paciente en lucha) y reclamar. Pero nombrar estas estrategias lleva a otras personas del grupo a hablar de las consecuencias que eso tiene: el estrés y el mandato de tener que estar informadas. Ello conduce a la expresión de una necesidad, que se repite: la formación de profesionales que evitaría que ellas tuvieran que estar en lucha y conocer exactamente los procedimientos. El flujograma muestra visualmente la relación que hay, incluso en el discurso, entre el rol de paciente y los obstáculos y necesidad no cubiertas que detectan las participantes.

Fuente: elaboración propia.

⁷¹ Duración total: 1 hora y 14 min. Participantes: 5 mujeres cis jóvenes lesbianas y bisexuales

Cuando atendemos a las características que presenta dicho rol, nos encontramos con aspectos coincidentes con la descripción que realizan las profesionales sobre las pacientes que son visibles como lesbianas excepto por una diferencia: las participantes se refieren explícitamente a lo que “tienen que ser” (mandato) desde el principio en lugar de nombrarlo cómo características del ser. Así, apuntan a “tener que saber”, tener que estar dispuestas a defenderse (“con el hacha en el bolso”) y tener que estar dispuestas a pelearse (“estar agresivas”) como compensación a las expectativas sobre la falta de formación, el trato inadecuado y la exclusión de las sexualidades lésbicas en el modelo de atención.

Puede observarse como las participantes señalan también el coste personal que presenta tener que adoptar dicho rol (el estrés). La salida a este rol conduce a tres vías: la búsqueda de itinerarios alternativos ya comentada, la opción de no salir del armario y la búsqueda de opciones de la atención por la sanidad privada. El absentismo y la dilación, abordados anteriormente, hay que entenderlos en relación al papel que juega el rol de paciente “ad hoc” en la decisión de si se acude o no a consulta y cuándo.

(ENT40): Yo mañana voy al médico porque me tienen que ver por el tema de la infección, pero ya te digo que nunca he tenido problemas con los doctores [no se entiende] los problemas se los he dado yo.

(ENT41): Claro pero entonces tienes que ir al médico a pelearte?

(ENT40): Claro, es que yo enseguida les pongo una hoja de reclamación nombre apellidos, me pongo muy agresiva. Yo tuve de hecho una educadora social cuando nació mi hija, por el tema de que como nació mal pues me dieron mecanismos de agresividad y estaba muy agresiva, entonces [no se entiende] y yo nunca he tenido problemas con ellos, yo tengo enseguida muy agresiva y como te he dicho antes me cuesta decir: oye yo soy bisexual, también lo he hecho con mujeres, sabes? al igual con los hombres, me cuesta decirlo, porque yo tuve acoso escolar, lo comenté antes, con vosotras me suelto, estamos en un sitio donde hay heterosexuales y ya como que me es más... apartadita, más calladita, más [no se entiende] enseguida cojo el nombre, en la sala tu puedes coger nombre apellidos y ponerlo en la hoja de reclamación e ir al inspector,

(ENT43): Ya, me parece un poco triste, sabes? que te vayas a hacer una... o sea, para mí lo que conlleva igual hacerme una citología que ya para mí me c... me c... me crea estrés y [no se entiende - 0:34:53] violenta, o sea, no? uf me generaría más estrés al final, creo que no me compensa, pero que me parece súper bien reclamar, eh? si no estás a gusto

(ENT40): Pero ya no solo con el ginecólogo, yo lo hago con todos los médicos,

(ENT43): Ya ya, pero que a mí eso me genera uno poco de .. no sé .. a mí no me...

(ENT41): O sea lo suyo es que no tenga que pasar, no? Que sería una excepción, no?

(ENT43): Ya pero como pasa como más normal que es como un plan en su trabajo y que...

(ENT40): Ya

(ENT43): Ponerte tan agresiva, sabes? que te funciona. A mí me causa estrés, un poco

(ENT41): Ya.. normal

(ENT40): Y yo desde que sobre todo tengo más conocimientos sanitarios, ojo, entre comillas porque soy auxiliar, no soy enfermera ni nada de nada, eh? es como que voy más al degüello con ellos, en general en todo

(ENT41): Claro, pero entonces parece que ir al médico sabiendo ya, no?

(ENT43): Con el hacha en el bolso

(ENT42): Que tienes que saberlo tú en vez de ellos

(Varias): Claro, claro

(ENT43): Y cómo va lo de la educación sexual en los colegios?

[no se entiende]

(ENT40): a ver yo he dado educación sexual pero heterosexual, sabes lo que te quiero decir? o sea, reproducción o como. Yo, a ver yo...

(ENT43): Nada igual te enseñan cómo poner un condón

(ENT40): Exactamente, enseñar con un condón, enfermedades de transmisión sexual y poco más, sabes? entonces, tema homosexual, me da igual si son gais, lesbianas, bisexual, me da igual, no! eso parece que está un poco anulado todavía. Yo es lo que te decía antes, y mira, si yo auxiliar de enfermería, hace dos años que estaba en segundo, porque yo repetí por el trabajo, una enfermedad y todo, y fuimos yo y mi amiga Marta las que enseñamos a la profesora con respecto a enfermedades de transmisión sexual, porque ella ni tan si... por lo que decías antes, ¿oye cómo lo hacen las lesbianas, sabes? claro como esa mujer no tenía ni idea fuimos yo y esa chica las que la tuvimos que enseñar.[...] Me ha dado una ausencia perdón, es que tengo epilepsia, entonces fue un poco, claro pero si toda mi vida he estado con médicos, y fue un poco así entonces no, la educación en sí, bueno ahora va a haber una asignatura, educación para la salud, en los colegios, esperemos que metan aunque sea un tema, sabes? dentro o un párrafo, oye existe la homosexualidad, un párrafo,

(ENT43): en donde o sea, en donde tú estás estudiando y eso no has puesto alguna queja igual por, para que otros?

(ENT40): A ver lo mío es un Grado Superior, no son ciclos, yo te hablo de la educación secundaria y en centros educativos en general. Yo en mi instituto desde luego nuestro colectivo no consta, o sea yo quiero hacer el proyecto porque yo quiero del colectivo y yo saqué el colectivo de forma transversal cuando he trabajado, o sea cuando me ha tocado hacer un trabajo he cogido y he hablado del colectivo, sabes? pero.. no...

(ENT41): no se que mas decir

(ENT40): Y vosotras a lo mejor, no se, yo a veces he dicho alguna solución por parte de nosotras, me refiero, en sí al colectivo ya no solo al profesional sanitario, que a lo mejor, yo a veces he pensado yo puedo tener esas herramientas para que.., o sea yo lo recuerdo por mi tutora de técnico en cuidados de enfermería y por lo menos ante ellos desconocen, nosotras digamos, no enseñarles el aspecto pero sí explicarles, oye mira... eh las que por lo menos tenemos conocimiento en plan de que hay gente que es del colectivo y que son psiquiatras, enfermeras, auxiliares doctores o sea por parte nuestra decir: es de esta forma sabes? no se si yo a lo mejor me estoy explicando mal

(ENT41): Sí, o sea, sí, o sea es como que cada vez que vas al médico entonces tienes que hacer pedagogía, o sea [...] pero bueno pues, o sea a mí me gustaría que fuera de otra manera, no? a lo mejor...

(ENT40): He hablado con Laura(1) que son [no se entiende] de formación del Gregorio Marañón, sino que acerquemos nosotras, en sí el colectivo y demos allí conferencias, o sea, gente experta, que he dicho antes psiquiatras, enfermeras, psicólogas, neurólogas, sabes? si no que vayan también teniendo conocimientos

(ENT41): Sí, sí, yo creo que eso se puede hacer, o sea, pero bueno

Tabla 8. Fragmento del grupo de discusión de Mujeres cis lesbianas y bisexuales. (1) Nombre ficticio

5.4.3. Hacerse pasar por heterosexual: introducirse en el armario

Ante experiencias previas o expectativas negativas de trato, la opción de acudir a consulta haciéndose pasar por heterosexual continúa siendo una alternativa para evitar experiencias indeseadas. La siguiente informante identifica el uso de esta estrategia dentro de su entorno y la apunta como una de las razones por las que mujeres lesbianas y bisexuales pueden no ser tan identificables dentro de las consultas:

...pues yo creo que son dos cosas, uno que las mujeres lesbianas no van tanto al ginecólogo porque tienen miedo, les produce ansiedad o simplemente por desinformación creen que la cosa no va con ellas. Y luego he yo conozco a varias mujeres han tenido que decir que son heterosexuales para que les hagan todas las pruebas necesarias o para que no les hagan preguntas incómodas. (ENT7).

Boti García, activista lesbiana, apunta hacia el colectivo de mujeres mayores como uno de los que habría que tener en cuenta a la hora de valorar cómo se distribuye la estrategia de quedarse en el armario dentro del propio colectivo. Refiriéndose al caso de las consultas de ginecología, identifica tanto el absentismo como la opción de “vestirse de heterosexual” como estrategia de gestión de la relación médico*-paciente:

Hombre, en la ginecología para las mujeres, caray, o sea para las mujeres toda la cosa, o sea el ir y sobre todo, fíjate a mí me sorprende porque gente de mi generación que no se hagan revisiones, que no vaya al médico, a la ginecóloga, que no vaya, que no vaya y que no vaya, que no van, que no van, que no van y que no y cuando van se visten de heterosexual, cosa que me parece impres... pero las jóvenes tampoco lo hacen, eso me parece espantoso [...] A mí me parece que todavía parte del colectivo está en el armario y eso a todos los efectos me parece tremendo (Boti García).

5.4.4. Optar por una clínica privada

La opción por la clínica privada es una alternativa que puede relacionarse con las experiencias en la atención pública. Ante la pregunta de *qué te llevó a pedir cita por la privada*, la siguiente informante apunta hacia su experiencia anterior en el sector público como detonante para elegir atención ginecológica privada:

Pues como por lo público no me fue bien, dije, pues dije voy a intentar por lo privado. Entonces claro en ese momento lo ideal hubiera sido ir a una ginecóloga que me hubieran recomendado, pero es que como no tenía un duro... fue lo único que pude hacer en ese momento. (ENT7)

Esta elección no puede ser interpretada exclusivamente en base a un sesgo de clase, esto es, como una alternativa a la que acceden quienes tienen recursos económicos, sino que habrá de entenderse también como una priorización de aquellos que se acompaña a veces del uso de determinados recursos de marketing (como los bonos descuentos que pueden adquirirse a través de internet) para acceder a una atención que, de otro modo, no hubiese estado al alcance. Dicho de otro modo, el sesgo de clase no establece solamente una línea entre quienes pueden acceder a unos recursos privados y quienes no, sino que establece también dos o más estatus distintos entre quienes acceden.

Esto explica la situación de la informante anterior quién, decidiendo acudir a la privada, no puede optar por elegir profesional sino que tuvo que aceptar las condiciones de un bono. Si la opción por la privada no es siempre el producto de una elección de profesional, podemos decir entonces que el concepto de “privada” proporciona una confianza en que las condiciones que la sanidad pública no garantiza como derechos podrían obtenerse por

la sanidad privada en calidad de cliente. Esta lógica de transición de derechos de ciudadanía a derechos de l*s consumidor*s visibiliza, en este caso, la relación de desconfianza que se establece entre usuarias lesbianas y bisexuales con los servicios de salud ginecológica.

5.5 REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y BARRERAS LESBOFÓBICAS

El campo de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) dirigidas a mujeres cis lesbianas y bisexuales conforma un escenario en pleno movimiento, donde las garantías de acceso en el territorio de Madrid han ido cambiando durante los dos últimos años.

Este cambio ha llegado desde dos vías. Por un lado, la emisión de órdenes y directrices dirigidas a eliminar una situación previa de discriminación que se traducía en la exigencia de requisitos extraordinarios para la filiación y en la negación de la asistencia a todas las mujeres que hiciesen un proceso de TRA sin pareja masculina cis. En segundo lugar, la aprobación de la Ley 3/2016⁷², más conocida como <<Ley contra la LGTBfobia>>, ha permitido reconocer la igualdad en el acceso a las TRA para el conjunto de la población TLGBQI (mujeres cis lesbianas y bisexuales y hombres trans), así como establecer la necesidad de promover la formación entre profesionales (ver Tabla 9).

Artículo 38. Atención sanitaria a mujeres lesbianas, bisexuales, personas trans y/o sus parejas

1. El sistema sanitario público promoverá la formación del personal sanitario y llevará a cabo programas y protocolos específicos que den respuesta a las necesidades propias de las mujeres lesbianas, bisexuales, personas trans y personas con pareja trans, en particular sobre la salud sexual y reproductiva.
2. Las mujeres lesbianas y bisexuales, personas trans y persona con pareja trans, tendrán garantizado el acceso a las técnicas de reproducción asistida en igualdad de condiciones que el resto de las mujeres, de acuerdo a los criterios médicos y siguiendo el protocolo establecido.
3. Antes del inicio del tratamiento hormonal en personas transexuales, se les ofrecerá la posibilidad de congelación de tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación.

Tabla 9. Artículo 38 de la Ley 3/2016

Sin embargo, se trata de un escenario aún muy confuso atravesado por una situación de discriminación institucional cuyos efectos continúan plenamente vigentes. Es por ello, que en este apartado comenzamos atendiendo a la regulación de las TRA en el ámbito estatal y madrileño para entender cómo se ha construido la problemática actual de la reproducción asistida como un asunto de lesbofobia en relación con las instituciones. A partir de este contexto, analizamos la dimensión subjetiva de los procesos de reproducción asistida en mujeres cis lesbianas y bisexuales del colectivo con la finalidad de identificar algunos factores clave a la hora de plantear nuevos modelos de acompañamiento basados en el respeto a la diversidad y la igualdad de trato.

⁷² Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid

5.5.2. La Orden Ministerial 2026/2014: barreras de acceso a las TRA y limitación del concepto de “familia”

El terreno de la reproducción asistida ha sido, y aún hoy continúa siendo, un espacio donde se disputa el concepto de “familia” y el reconocimiento de los derechos de las mujeres cis lesbianas y bisexuales. Las políticas públicas han tendido a producir y representar la gestación y la maternidad como realidades exclusiva de las mujeres cis heterosexuales, limitando la estructura familiar a aquella compuesta por una mujer y un hombre cis. Como consecuencia, la reproducción asistida en el Estado español se ha construido como un espacio donde las vulnerabilidades son continuamente regeneradas: un lugar donde se distribuyen de forma desigual el acceso a la maternidad/paternidad en función de la identidad de género y la orientación sexual de la persona.

Un momento clave en la institucionalización del acceso desigual a las técnicas de reproducción asistida, como forma de enmarcar la familia como estructura cis-heterosexual, fue la entrada en vigor de la Orden Ministerial 2026/2014. Esta orden, que afectaba a la Cartera de Servicios Comunes, establecía que el acceso a las técnicas de reproducción asistida requería la documentación de un trastorno de la capacidad reproductiva así como la “ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de doce meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos”. La orden contó con el rechazo de varias autonomías para su puesta en marcha y el Juzgado Social N° 18 de Madrid acabó condenando a la Comunidad de Madrid y a la Fundación Jiménez Díaz (FJD) a indemnizar a una parejas de mujeres lesbianas cuyo tratamiento fue interrumpido por la FJD⁷³ a partir de dicha orden. El fallo considero que la orden genera discriminación e incumple una ley de carácter superior como es la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida⁷³. No obstante, en el caso de la Comunidad de Madrid, la Orden Ministerial ha estado vigente hasta el año 2016, cuando la Consejería de Salud emitió una circular con la instrucción de que los servicios de reproducción asistida fueran ofrecidos a todas las mujeres.

5.5.3. Los efectos de la Orden Ministerial: bagajes sanitarios y refuerzo de la desconfianza en las instituciones en materia de derechos TLGBQI

A la hora de analizar los efectos de la aprobación de dicha orden, es necesario diferenciar entre dos tipos: los efectos prácticos directos (en qué grado la orden logra la exclusión sanitaria que se propone) y los efectos simbólicos (el modo en que dicha orden contribuye a redefinir la relación de la población TLGBQI con las instituciones públicas). Como veremos, si bien la orden no tuvo apenas efectos prácticos directos, si tuvo efectos simbólicos que, de modo indirecto, han acabado teniendo efectos prácticos.

⁷³ Para más información puede consultarse la siguiente noticia de *El Diario*, 06/10/2015 en: http://www.eldiario.es/sociedad/Gobierno-exclusion-lesbianas-reproduccion-asistida_0_438506504.html

La Orden Ministerial no tuvo un impacto extenso en la exclusión sanitaria de las mujeres lesbianas y bisexuales debido a que, en la práctica, ya estaban implícitamente excluidas de la atención por la sanidad pública en materia de reproducción asistida. Esto es, la reproducción asistida ya se había conformado como un terreno en el que las prácticas de asesoramiento y atención evitaban tratar a las parejas de mujeres como tales. Como señala el siguiente profesional informante, la Orden vino a poner en palabras un funcionamiento previo de exclusión que adquirió un peso legal y simbólico a través de su aprobación:

Cuando se concreta la prohibición en la ley lo único es que se le pone nombre a algo que había sido explícito anteriormente, es decir, ahí se implícita, pero eso no significa que anteriormente no fuera explícito que estaban completamente fuera de esa realidad. Cuando se implícita es cuando todo el mundo tiene ya la razón para decirte que no. Anteriormente a hacer implícita esa prohibición, había profesionales sanitarios que podían decir, oye no es implícita la prohibición, yo te trato, pero al final quedaba en criterio del personal sanitario que puede tener mucha formación sobre diversidad o no y en muchos casos esto no era así [...] el impacto sobre la salud reproductiva de las mujeres lesbianas, de hacer implícito el veto de su entrada en la sanidad pública fue mínimo, porque es que solo aquellas mujeres lesbianas que acudían a un servicio de información especializado eran derivadas a donde podías ir que te iban a poder tratar, si no la mayoría de ella recibiría una respuesta negativa (ENT10)

Así, el terreno de la reproducción asistida ya se había constituido como otro paradigma de la atención a través del boca a boca, donde para una demanda de acompañamiento sanitario las mujeres lesbianas y bisexuales tenían que acudir a los circuitos de personas conocidas y afines que trabajase en hospitales públicos. En estos casos, frecuentemente estamos hablando de personal TLGBQI que introduce prácticas no discriminatorias porque también se hallan afectad*s por el paradigma heterocentrado que conforma las instituciones y la práctica clínica. Esta es la dimensión práctica de la orden, que sí afectó a aquell*s profesionales que por compromiso personal con los derechos TLGBQI - sea este del tipo que sea- desarrollaban una atención basada en el respeto a la diversidad y realizaban acompañamientos en sus consultas sin distinción por orientación sexual; si bien, su representación numérica visible y conocida no parece ser muy amplia:

Entrevistado- sí afectó ante aquellos profesionales con los que sí teníamos, sí tenemos contacto, teníamos en aquel momento y derivábamos a las parejas en las que sí se realizaban esos procesos de reproducción asistida de la sanidad pública [...]

Entrevistadora: claro lo entiendo, ¿cuántas clínicas habían entonces.. hospitales.. públicos en que profesionales...?

Entrevistado: hospitales, uno

Entrevistadora: hospitales uno y ¿profesionales? ¿uno, dos...?

Entrevistado: era una, era una, era una ginecóloga lesbiana que trabajaba dentro de la sanidad pública (risas). Es decir, vamos a explicarnos las cosas [...] muchos de los

recursos que tenemos dentro del colectivo LGTB se conforman a través de los conocidos LGTB que forman parte de las Administraciones Públicas ¿Quién se va a preocupar de que las mujeres lesbianas [...] accedan al sistema sanitario? Otras mujeres lesbianas dentro del sistema sanitario, que dicen: << tú vente>> (ENT10).

Si la Orden Ministerial únicamente proporciono cuerpo -administrativo- a una relación de exclusión preexistente, no es de extrañar que su levantamiento no acabe con esa relación. La fuerza simbólica de la Orden residió precisamente en posicionar a las instituciones, abiertamente, del lado de la exclusión de las parejas de mujeres como posibles familias y como familias legítimas. El efecto que ha causado la orden ministerial va más allá del periodo temporal durante el cual estuvo vigente en el ámbito de la Comunidad de Madrid y su existencia es fundamental para comprender la relación actual de las mujeres lesbianas con el sistema de salud pública en cuanto al acceso a las técnicas de reproducción asistida se refiere. Más allá de su vigencia, la orden ha reforzado la desconfianza en las instituciones como entes protectoras de los derechos de la población lesbiana y ha generado una confusión, que aún pervive, sobre si el acceso a las TRA para mujeres lesbianas y bisexuales a través de la sanidad pública está disponible realmente o aún no lo está; así como sobre el grado en que este derecho se hará efectivo en la práctica. Tal y como expresa Amaya⁷⁴, mujer cis informante acompañante de su pareja gestante, ha calado una sensación de que el acceso está permanentemente cuestionado, de modo que es un asunto arbitrario de “suerte”:

Como estas en situación vulnerable, pues estas como, pues, bueno, no vamos a armar tanto lío porque igual ... o sea, me acuerdo mucho de la pública por lo menos de, de estar jugando un poco a la... como que no sabes, porque sí que habías oído noticias que no-se-dónde no lo habían podido hacer; a lo mejor no en Madrid pero en otras comunidades. Entonces, como no sé, por ahí, no sé si es suficiente que sea una médica o un médico que empatice con tal y te cuela. Entonces como, intentarlo, a ver, a la suerte. Yo me acuerdo mucho que íbamos con poca, como que sabíamos que seguramente no nos iban a tal. Como a la mierda, pero hay que intentarlo porque hay que intentarlo, ¿sabes? (ENT9).

Así, esta confusión, que mantiene en vilo y en cuestión el reconocimiento del derecho al acceso a las TRA, determina el rol que adoptan las mujeres en consulta. En una situación de incertidumbre y de vulnerabilización, donde el acceso es vivido como una “suerte” o privilegio que podría no haber sucedido, la defensa de la atención de calidad se vuelve un asunto delicado, de segundo orden, que puede poner en peligro el acceso. Por otro lado, conviene no olvidar que la orden ministerial continúa teniendo vigencia en diversos territorios del Estado español, lo que refuerza ese factor de confusión, ya que en función de los territorios el acceso a las TRA no está plenamente garantizado.

Es importante destacar que la confusión no es sólo el efecto de una cuestión de acceso a la información. El hecho de que la orden ministerial citada no tenga ya vigencia en el ámbito

⁷⁴ Nombre ficticio

competencial de la Comunidad de Madrid no ha logrado, hasta la fecha, neutralizar sus efectos; lo que puede deberse a la falta de difusión pública sobre la restauración del acceso a las TRA para lesbianas así como a la ausencia de enfoques que tengan por objetivo reconfigurar la relación existente entre las instituciones, la población TLGBQI - y las lesbianas en particular -. En este sentido, cualquier planteamiento que pretenda hacer efectivo el acceso igualitario a las TRA para mujeres lesbianas tendrá que tener en consideración el bagaje sanitario del colectivo al que se dirige e incorporarlo en la planificación. En nuestro caso, este bagaje se encuentra gravemente dañado por la citada orden ministerial que continúa teniendo un peso simbólico importante a la hora de definir las expectativas de trato en el sistema de salud.

5.5.4. Desigualdades en el acceso a la TRA y en la filiación: obstáculos al reconocimiento de la madre no gestante y obligatoriedad del matrimonio

La accesibilidad a la reproducción asistida no es el único terreno donde se reproduce una discriminación por orientación sexual. Los requisitos para acceder a determinadas técnicas (método ROPA) así como para la inscripción de la persona recién nacida en el Registro Civil constituyen otros dos lugares de diferenciación, donde la demanda para el reconocimiento de las dos partes es diferente según si la pareja está compuesta por mujeres cis lesbianas/bisexuales o es cis-heterosexual.

En el caso de parejas lesbianas y bisexuales, la inscripción en el Registro Civil ha requerido hasta la fecha desvelar y demostrar cómo ha tenido lugar la fecundación. De este modo, ha sido necesario documentar por escrito que una de las mujeres ha llevado a cabo un tratamiento de reproducción asistida-, requisito que no se establecía para las parejas cis-heterosexuales que optan por TRA. Así, la pareja masculina es reconocida automáticamente sin necesidad de demostrar que ha participado de la decisión de tener un* hij*, mientras que en el caso de dos mujeres, la pareja de la gestante debe demostrarlo mediante previa personificación en el Registro Civil meses antes del nacimiento y/o mediante una notificación de la clínica:

Eso ya hoy, ya estamos a 2017, desde el 2005 que se establece el matrimonio, la igualdad legal del matrimonio, hasta el 2017 que ha dictado la Dirección General de los Registros y del Notariado, ha dictado una directriz para que ya no se pida ese documento, que es era discriminatorio para nuestras mujeres y que sufrían tanto por no tenerlo y que además, ese documento que acreditaba, el documento del hospital o de la clínica de reproducción o cómo se llamaba... no me acuerdo exactamente, que tanto dolor ha causado a nuestras mujeres y que era un arma de discriminación y de lesbofobia en manos de los encargados de los registros civiles que se permitían tropelías y discriminaciones sangrantes en las mujeres de nuestro colectivo (Boti García, ENT3).

La información oficial ofrecida por el Ministerio de Justicia no establecía este requisito, que se ha impuso a través de la práctica de los Registros Civiles. A pesar de la citada

directriz⁷⁵ de la Dirección General de los Registros y del Notariado, que vuelve innecesaria esta comprobación, constatamos en este estudio que existen parejas de mujeres lesbianas, actualmente en proceso de reproducción asistida, que desconocen el cambio. Más allá de esta modificación -escasamente difundida por vías oficiales-, en la información proporcionada por el Ministerio de Justicia sobre el Registro Civil de las personas recién nacidas, continúa sin recogerse la diversidad familiar de modo que aún se induce a la confusión de que la pareja de la persona gestante es siempre un hombre. Del mismo modo, tampoco atiende a la posibilidad de que la persona gestante no tenga una identidad femenina sino masculina. Así, al explicar quién puede solicitar el registro, el Ministerio señala:

En caso de matrimonio puede efectuar la solicitud cualquier persona que acredite documentalmente la existencia del matrimonio (con el libro de familia, por ejemplo). A falta de esta acreditación, pueden solicitarla ambos progenitores. En caso de no existir matrimonio la solicitud deberán realizarla ambos progenitores, en caso de que el padre reconozca la filiación, o la madre u otro declarante, si solo se determina la filiación materna.⁷⁶

Este requisito ha limitado las técnicas a escoger en la reproducción asistida. Así, la inseminación casera con semen de donante es, hasta la fecha, una opción sin garantías sobre la filiación de la madre no gestante, que obliga a esta última a iniciar un proceso posterior de adopción para el reconocimiento de su hij*. En el caso del método ROPA, por el que los óvulos de una madre son gestados por la otra, el acceso al tratamiento queda fuera de la Cartera de Servicios Comunes y depende de la condición de que las dos mujeres estén previamente casadas.

Este marco institucional diferente presenta consecuencias sobre las decisiones que han de tomar las mujeres cis lesbianas y bisexuales a la hora de plantearse un proceso de reproducción asistida. Así, el acceso al matrimonio civil deja de ser una elección para convertirse en una estrategia necesaria para sortear los obstáculos por orientación sexual que pueden conducir a la falta de reconocimiento de la persona no gestante, tal y como expresa la activista y ex-profesional del Registro Civil, Boti García Rodrigo:

En cuanto a la afiliación, a la filiación de nuestros hijos.. hijos hijas de parejas de lesbianas, bueno o de mujeres bisexuales, pero lo que sí vi aquí, yo en primera, en primera... también testiga de excepción, palpé la injusticia, la injusticia de la discriminación que se venía haciendo con respecto a las mujeres, a mujeres de nuestro colectivo con el resto de las parejas heterosexuales. Cómo las parejas heterosexuales pueden permitirse el lujo de no acudir al matrimonio a la hora de, sin embargo, formar familias e inscribir a sus hijos. No se les pide nada. Una pareja de hombre y mujer no

⁷⁵ Sobre la aprobación de la Directriz de la Dirección General de los Registros y del Notariado puede verse la siguiente noticia: <<El Registro Civil acaba con la discriminación de pedir a las lesbianas un documento extra para inscribir a sus hijos>> (El Diario, 05/04/2017). Disponible en: http://www.eldiario.es/sociedad/Registro-Civil-discriminar-documento-inscribir_0_629587906.html

⁷⁶ Fuente: Página web del Ministerio de Justicia (<http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/areas-tematicas/estado-civil/registro-civil>)

casadas, llegan y dicen: ha nacido un bebé tal día y a tal hora, ¿usted es el padre? sí, ¿usted es la ma..? la madre está claro, porque *mater certa* siempre es, por el parte de alumbramiento, pero el marido con que dijera..o..perdón el padre con que dijera: es mi hijo, bastaba y se les inscribía con la doble filiación paterno-materna. Pero, ahh, cuando llegaban dos mujeres no casadas no podían inscribir a su bebé con la filiación conjunta y sí nos obligaba a ir a la vía del matrimonio para dar por buena esa afiliación. Y yo viví esa impotencia y por eso es un tema que tenemos que remediar la la desigualdad existente con respecto a las parejas homosexuales y no homosexuales al momento de acceder a la filiación de los hijos de las mujeres de las mujeres de nuestro colectivo (ENT3)

La decisión de tener que casarse, no por elección personal sino como forma de evitar este tipo de discriminación, genera la sensación de tener que “pasar por el aro”. Por ello, para poder acceder a la maternidad aparece un sentimiento de concesión, que puede entenderse como la obligación de renunciar a ciertas convicciones personales. Las renunciaciones requeridas por el proceso menoscaban la capacidad de las mujeres para definir las condiciones en las que desean llevar a cabo sus proyectos concretos de maternidades. Al mismo tiempo, dañan una parte importante del sentido de una misma, tal y como parece derivarse del significado que proporciona Amaya a la experiencia de hacer concesiones, experiencia que es sentida como ceder una parte de sí:

La única manera que se puede hacer para ser reconocidas de manera legal, casarse, que tampoco nos hacía mucha gracia e ir a una clínica de estas. Y dices bueno, si no hay forma, pues ya está. Y pasas por el aro y por el otro [...] ya es como mucho, mucha concesión sobre mí (ENT9)

5.5.5. El circuito público / privado en mujeres cis bisexuales y lesbianas en el acceso a TRA: menores garantías a cambio de mejores expectativas de trato

En el caso de la informante anterior, la experiencia de verse obligada a optar por el matrimonio se une a la elección de la privada como una forma de evitar los problemas que, previamente, habían hallado en un hospital público madrileño. La elección de la clínica privada se convierte así en otro factor que causa un efecto acumulativo entre las concesiones del proceso, debido a ser lesbianas:

[Lo intentamos por] una clínica privada, que es como el, el, porque no había otra opción vamos, sí que primero intentamos de pasar por la vía pública ¿no?, eh, de ir a pues a pues, es como todo el recorrido que hay que hacer ¿no? Como que primero te mandan a, tienes que pasar por tu médico, como ir al médico, luego que te mandan al hospital, luego te mandan a ginecología que te, y ahí como que te dice que no, como, o sea, la excusa es que no había banco de semen en el hospital ¿no? No había tal, eh, para poder hacer eso ¿no? Pero en verdad, sí que para parejas heterosexuales sí que hay ¿no? Entonces simplemente no querían derivar, no querían derivar (Amaya, ENT9)

Frente a esta experiencia negativa, donde no hay expectativas de que la sanidad pública vaya a dejar de poner obstáculos para acceder a las TRA, la clínica privada aparece como una opción donde mejoran las expectativas de trato; esto es, donde el sesgo de atención por

orientación sexual que hallamos en la privada puede suspenderse ante el nuevo estatuto de “cliente”:

En la privada, en verdad, como, es un poco su negocio, lo que decía, que parejas lesbianas que vienen hay más, entonces como que hay una parte... Como que van un poco con todo esto de este cuidado, por lo menos si, tampoco lo he, yo no lo he vivido como algo en plan, que en la pública sí que era como imposible. En la pública yo no era nadie, o sea, era... ni podía entrar en la, en la...[consulta] (Amaya, ENT9)

Sin embargo, el hecho de que el número de intentos de reproducción asistida reporte mayores beneficios privados a las clínicas contribuye a generar una sensación de desconfianza sobre las garantías del proceso. Esta desconfianza afecta a la información del proceso, comenzando por la recomendación sobre llevar a cabo cada nuevo intento. Aparece así una sensación de indefensión que forma parte de la posición bajo la que se han de tomar las nuevas decisiones, con la duda a cerca de cuál es la motivación de la recomendación de acceder a un nuevo intento de inseminación:

[...] y que además luego era todo como volver ahí y otra vez te cuentan las mil historias de las probabilidades y no sé qué, no sé cuántos, y como todo el negocio en verdad, porque es un negocio, que te venden ahí de, no sé, de intentarlo porque la probabilidad no sé qué, que te suena además a chino, porque me puedes contar además cualquier historia porque yo no tengo ni idea [...] insistencia también porque como siempre que te vuelven a animar a intentarlo otra vez, pues no sé, como un poco, y se contradice mucho porque por ejemplo en la privada te animan mucho a volver a entrar a intentarlo otra vez, de hecho la primera vez que lo intentamos no funciona y al mes siguiente intentamos otra vez al mes siguiente ¿no? Y eso por lo menos, en la pública, te dicen todo lo contrario [...] y ahí sí, ahí te animas a hacerlo, hay mucha contradicción, como que yo veía como mucho no sé, no te ven como paciente o personas eh, te ven como como clientes, ¿sabes?, y te ven y supongo que a nosotros nos veían un poco como que estábamos como con toda la cosa esta de la ilusión, un poco la locura no, porque al final para hacer eso, te tiene que llevar, va, yo creo hay un momento un poco un punto de venga hagámoslo, y bueno es como venga, estas chicas si se lo piensan demasiado y tal, como no sé. Sí, porque no iba con noso... éramos un poco críticas a veces, esto tal, y yo creo que estaban como un poco venga, intentarlo ya porque tal. (Amaya, ENT9)

La desconfianza se extiende también a otras decisiones relacionadas con los tratamientos de reproducción asistida como es la elección de la hormonación para reforzar la estimulación ovárica. Amaya expresa sus dudas a cerca de la banalización sobre el uso de la hormonación en mujeres cis y el déficit de información recibida:

Por ejemplo, nadie nos ha dicho en ningún en ningún momento los efectos que tienen las hormonas, que tienen efectos secundarios, y tienen efectos que no es poco, yo lo notaba, yo veía que a Sara* le afectaba, algo nota, pero nadie te lo explica, es como, bueno, es lo que hay que hacer, se hace, y todo el mundo lo hace. La primera vez lo hicimos sin hormonas, es verdad, sí, sí, sí. Ahora me acuerdo, porque como que habíamos leído cosas, [...] Y había gente que decía que las hormonas, decían que eran, pues, tontería porque al final, es para asegurar que haya pues varios folículos que puedan ser fecundados [...] y me acuerdo que nos insistieron mucho y no podían entender que lo quisiéramos hacer sin hormonas, porque les parecía como, como si, como casi, pero, si es así todo el mundo lo hace así, estáis arriesgando que no funcione cuando tal y cual. Y luego como no funciona

pues, bueno, va, vamos a usar las hormonas. Pero me acuerdo, eso, de además preguntarlo luego, oye pero las hormonas estas que conlleva y tal. Bueno si, bueno como, pues lo mismo que si tomas la píldora. Pues cuéntanos porque la píldora no tomamos. O sea, como que lo, que te empiezan, no sé, que no van contigo, además lo vulgarizan, siempre es como hacerlo todo como que no pasa nada. Todo bien, todo sencillo, ah no os preocupéis, eso es sabes, estáis en una clínica, con médicos... pero es que me da igual, yo quiero entender. No es cuestión de esto, quiero saber que pasa en el cuerpo y que implica, pero ahí nunca han explicado nada (ENT9)

La desconfianza sobre la motivación de las recomendaciones clínicas (tiempos entre cada tratamiento, la viabilidad de los nuevos intentos y la necesidad de la hormonación) es un factor que hay que entender en el contexto de la atención a mujeres cis lesbianas y bisexuales. Para ellas, la opción de la privada se enmarca en un contexto en el que la pública no está disponible en la práctica y este contexto de uso de las clínicas privadas es diferente al de las personas heterosexuales, quienes pueden compartir algunos elementos de desconfianza pero tienen acceso real a la sanidad pública.

5.5.6. Marco subjetivo de la experiencia de la reproducción asistida y acompañamiento profesional

Los obstáculos que describe la informante anterior para acceder a la TRA desde un hospital público están relacionados con una cultura médica profesional que asimila a las mujeres lesbianas o bisexuales a “mujeres solas” y que fracasa a la hora de otorgar el mismo reconocimiento a los diferentes tipos de parejas independientemente de la orientación sexual.

El paradigma de la “mujer sola” identifica a las parejas de lesbianas como mujeres sin pareja acompañadas en consulta por otra mujer. En el siguiente extracto, Amaya da cuenta de la desvalorización que implica el uso de dicha categoría para este caso concreto:

Él [se refiere al médico de cabecera] consideraba de todas formas que una pareja lesbiana era una mujer sola, era, decía una mujer, sola, una mujer sola sin marido. Entonces, como que no decía lesbiana, una mujer sola como que, de todas formas, eh, no, no, no hay como acceso a esto [...] Ahí está una mujer sola, no estaba una pareja, invisibilizado, como algo que no hay. Y si lo haces visible es como, uh, todo bien, si, si, haces bien decir la verdad. Me acuerdo siempre de este médico que decía: <<está bien porque vais con la verdad por delante>>, y es como, qué verdad, no sé, es como... si tuviera algo que esconder y que ahora, en verdad, es malo y que lo hago, voy por la verdad con delante. Eso nos lo dijo el médico, lo dijo el médico de cabecera (ENT9).

La desvalorización de las relaciones afectivo-sexuales entre mujeres contiene la presunción de que el acceso a las TRA para lesbianas y bisexuales implica un uso ilegítimo de la sanidad pública. Este razonamiento subyace al impulso que conduce al médico de cabecera a felicitar a la informante por “autodenunciarse” yendo con la verdad por delante, interpretando su presencia explícita en la consulta como un acto de valentía y aceptación de que quizás hayan de ser rechazadas por no ser la diana del servicio.

La falta de reconocimiento y legitimación públicas de las relaciones lésbicas (producto de la falta de reconocimiento de la sexualidad de las mujeres como propia) continúa siendo el obstáculo principal para que los servicios públicos puedan desarrollar un modelo de acompañamiento, asesoramiento y atención, cuando es el caso, útil para mujeres cis lesbianas y bisexuales. Este cambio del paradigma de atención, que implica pasar del trato a la “mujer sola” a la relación con las mujeres lesbianas o bisexuales, deberá encontrar su encaje y expresión en todas las fases del proceso: la manera de dar la información, la forma de llevar a cabo las pruebas clínicas, las imágenes y los mensajes cuando se publicitan y el trato de reconocimiento y cuidado tanto a la persona gestante como a su acompañante.

Sin embargo, la falta de reconocimiento no solo atraviesa los procesos de reproducción asistida en el contacto con el entorno hospitalario y l*s profesionales sanitari*s. Es también una dificultad para comprender y acompañar la dimensión emocional de dichos procesos, comenzando por el acompañamiento en los intentos no satisfactorios, que implican poder hacer un duelo con las expectativas que no se han cumplido. La cuestión central es cómo puede reconocerse y acompañarse el duelo cuando no hay un reconocimiento de la pérdida. Sucede esto cuando aquello que se pierde (un embarazo deseado en el caso de mujeres lesbianas y bisexuales) no está previamente puesto en valor por el entorno, de modo que su pérdida tampoco representa la pérdida de algo esperado sino sencillamente la no-llegada de algo que tampoco se esperaba. Amaya explica el dolor de la ruptura de expectativas como una experiencia que su entorno, implícitamente, interpreta de un modo distinto en función de la orientación sexual:

Hay una amiga que tiene su novio y tal, y están también como en proceso de asistencia a la procreación y tal, y han tenido como intentos que fallido y tal, y siempre he sentido esta cosa como de que para ellos es peor. De hecho es así que se cuenta, joder como que, que duro, pobre, no sé qué. Incluso yo estando ahí como en plan... eh, como, acabo de vivir la misma cosa, pero bueno. Hay una parte como que ellos es legiti... es que es peor porque su destino, no sé cómo explicar. Para ellos es como algo que es, eh, lo que tiene que... es peor, es peor no poder hacerlo para ellos porque... (ENT9)

Esta interpretación minimiza el dolor y merma el reconocimiento de la sensación de “fracaso”, entendido como una manera de nombrar la frustración de las expectativas de embarazo:

Hay un dolor reconocido, pero es un dolor mucho más, bueno en la vida no se consigue todo lo que se quiere, y bueno pues a otra cosa [...] eso lo he sentido un poco siempre, incluso en el momento de plantearlo a mi familia o amigas y tal [...] ah, vais a hacer eso, como, que bien, pero no es algo esperado, como algo, entonces, no se... entonces yo no siento como el reflejo de un fracaso, siento como, bueno, lo habéis intentado, y ya está, sin, muy así, de relativizar la historia.? (ENT9)

La distinta puesta en valor del dolor está ligada a la idea de que el embarazo, la crianza y la opción de formar una unidad familiar que incluya aquellas es un privilegio para las mujeres lesbianas y bisexuales, para quienes el hecho de haber podido intentarlo ya tendría que reportar una satisfacción suficiente:

O sea, lo hemos vivido, bueno yo lo he vivido como un fracaso. Hombre, fracaso, yo siempre como que me como que me he negado mucho a esta palabra porque Sara^{*77} la utilizaba mucho, [...] creo que como que esta palabra le ha hecho mucho daño, como que, pero sí que hay como una cosa de no conseguir algo. No haber conseguido algo. Igual hay una parte que es como, igual ahí ya es mi, pero creo, que pareja de chicas, de lesbianas, pues como que ya bastante tenéis como con la oportunidad de intentarlo, no sé cómo explicarlo eso. Nadie me lo ha dicho así ni nada, pero es simplemente como una cosa que te va calando, no sé, como una serie de cosas que, tampoco es que era una cosa, no sé cómo explicar (Amaya, ENT9).

Al contrario que en las mujeres lesbianas, la experiencia de “fracaso” es automáticamente reconocida en las mujeres cisheterosexuales, quienes, en el otro polo, quedan socialmente eclipsadas por la maternidad. Si para estas el imaginario patriarcal provoca la asimilación de la totalidad de su identidad a la maternidad, la dificultad de reconocer el dolor de la pérdida de una ocasión de maternidad en el caso de lesbianas que quieren embarazarse y no lo logran es otra expresión distinta de ese mismo imaginario: la maternidad es un hecho tan obligado para las mujeres como inesperado para quienes no son del todo reconocidas bajo dicha categoría. De las lesbianas no se espera la maternidad en la medida en que no se las interpreta como verdaderas mujeres. En este imaginario, la maternidad y el lesbianismo se oponen y se contradicen entre sí, creando la sensación que expresa Amaya de que el entorno interpreta su decisión de ser madre como tomar algo que realmente no es suyo:

Si y a, a mi es como, no se me esperaba, yo ya es como bastante, yo es como que estoy tomando un derecho que en verdad no es tan mío, o algo así, y si funcionaba pues muy bien, pues nos hubiéramos alegrado mucho, pero si no funciona pues mira, no sé, es como, un poco esta cosa de, incluso ahora mismo, a lo mejor tiene que ver con cómo me encuentro yo o lo que sea, pero es como una cosa que para mucha gente como que ni es parte mía. Bueno, tu tuviste esta historia esta, pero ahora porque no resignificas tu vida y pones otros, y ya está. Pero para mí sí que es parte, o sea en un momento dado ha sido como, no sé cómo explicarlo bien, pero sí que veo ahí que tiene que ver con mi identidad (ENT9).

Este funcionamiento del modelo cis-heteropatriarcal se expresa en las expectativas que construyen el trato y la relación con las mujeres lesbianas y bisexuales dentro y fuera de los espacios (socio)sanitarios. Y estas expectativas no forman parte necesariamente del terreno de la conciencia ni del terreno de lo visible, lo que dificulta su identificación y su transformación. Sin embargo, sí forman parte del terreno de lo sensible: como la informante, es frecuente que las mujeres lesbianas y bisexuales sí perciban aquello que el entorno no es capaz de intuir ni de detectar. Aquello que forma parte de una estructura del sexo, el género y la sexualidad cotidianas que conforma esa “serie de cosas”, en palabras de la informante, que van calando y crean un mensaje de exclusión y desvalorización que puede sentirse aún cuando nadie lo ponga en palabras.

⁷⁷ Nombre ficticio

En este punto es visible y palpable cómo la escucha directa de la vivencia y de su interpretación por parte de mujeres lesbianas y bisexuales -y, por ende, de la comunidad TLGBQI en su diversidad- es una herramienta imprescindible para plantear nuevos modelos de acompañamiento que permitan abrir la percepción allí donde los espacios institucionales no llegan. Allí donde las capacidades perceptoras del modelo cis-heterosexual se muestran disfuncionales. En ese acompañamiento y asesoramiento, algunos aspectos del proceso se vuelven especialmente delicados, entre ellos, el ya comentado duelo de las expectativas en cada intento (cuando es el caso), la repercusión corporal del proceso y el reflejo del mismo en la relación de pareja. A ello hay que añadir el ajuste del proceso al contexto y las coordenadas culturales de la persona o la pareja que lo solicita. Así, la siguiente informante, mujer gitana lesbiana, señala que la reproducción asistida es un proceso que puede estar mal visto en el entorno gitano, al mismo tiempo que apunta que esta es una acotación que hay que entender en “líneas generales”. Esto es, es necesario tener en cuenta la significación cultural de la reproducción asistida sin asimilarla a un hecho de la cultura gitana, que evite considerar los casos en su particularidad:

Es que es muy complicado ese tema, eh [...] una mujer, te hablo de mujer gitana, eh, te hablo en líneas generales, si quieres tener hijos lo más rápido es casarte. Entonces el tema de reproducción asistida, incluso, puede llegar, si eres soltera, digo, a estar mal visto o incomprendido por la familia, porque tú imagínate, ¿no? (Estrella, ENT63)

En cuanto a los factores para el acompañamiento, una primera faceta del duelo es la relacionada con el tiempo para reconocer y procesar las pérdidas, que presenta un reflejo en la relación de pareja:

Y luego también, como que todo el proceso que ha sido, ha sido como mucho machaque mucho tal, y luego de repente esto se hace enorme y de repente como que si, como que nos, nos separó un poco la manera, si no se. La perspectiva de seguir como que yo no quería, ella quería, pues eso. Y también como todo el duelo que no habíamos podido hacer, como que ¿no? Una tras otra y tal, y ya estas, y yo creo que también en cada momento hay que puedes procesar, hay un duelo como de cada intento que haya que hacer y ellos, como que ahora lo veo muy claro pero en el momento está ahí y no. Y todo esto, pues ya en un momento dado te cae encima y teníamos que hacerlo pero no teníamos el mismo, como que, eso ha sido un poco lo que nos ha llevado a parar en plan... (Amaya, ENT9)

Una segunda faceta del duelo es el reconocimiento de los costes, tanto económicos como personales, que conlleva el proceso, incluyendo los cambios y las pérdidas que ha implicado en la vida de las personas; esto es, aquello que se dejó de hacer para afrontarlo. Como señala Amaya, esta faceta del duelo parte del reconocimiento de la vulnerabilidad que, sin embargo, “no es fácil en estos momentos”:

[...] pues y todo el dinero que también tienes que gastar para esto, pues también es un montón de sacrificio y no sé qué, que te afecta muchísimo a nivel de tu vida, de lo que haces y dejas de hacer. Es como en verdad, casi no sé, pero en verdad casi mucho más que, porque la, porque el panorama que tenemos que tienes que hacer tantos malabares,

tanto para casarte, tanto para tal, que al final te condiciona un montón. Y es algo que sí, que queda totalmente invisibilizado. Pero bueno, que también es cuestión [de] hacerlo visible, de empoderarse desde ahí y tal. Pero claro, primero hay que hacer todo un trabajo de duelo, de reconocer. Joder, que no es fácil reconocer tu vulnerabilidad en esos momentos, como que a veces es como más fácil hacer como que no ha pasado nada (ENT9).

En este punto, es necesario preguntarse de qué modo el acompañamiento favorece u obstaculiza el reconocimiento de la vulnerabilidad. Un factor a tener en cuenta es que los procesos que promueven roles de pacientes defensivos, esto es, aquellos donde las condiciones de reconocimiento y cuidado han de ser peleadas, refuerzan también una posición desde la que el reconocimiento de la vulnerabilidad se vuelve un asunto aún menos alcanzable. Dicho de otro modo, la predisposición a “bajar las armas” para reconocerse en la vulnerabilidad cambia en función de si la persona percibe que ha de pelear para ser reconocida y/o tener un trato digno o percibe que esa pelea no es necesaria. La relación entre la vulnerabilidad y la necesidad defensiva es bidireccional, de modo que el enfado a veces impide reconocer la vulnerabilidad al mismo tiempo que las posiciones vulnerables bloquean la expresión del enfado, dado que, desde ahí, no existe seguridad de si se está en disposición de afrontar las consecuencias:

Entonces, las tres veces, al cabo de tres te dicen FIV⁷⁸, porque si no ha funcionado tres es FIV, y nosotras a la tercera nos dijeron⁷⁹... y ahí es cuando nos cambiamos porque nos enfadamos, no sé, cómo estábamos hartas. No llegamos a enfadarnos, en verdad, tienes tanta mierda y dependes tanto y hay tanto en juego y después de que costó tanta pasta y tanta ilusión, como que no, que es una posición vulnerable que no llegas a poder, a tener, a empoderarte de sí. Luego sí, luego ya paso el tiempo y que te acuerdas y ya te enfadas, pero en el momento es difícil (Amaya, ENT9).

El papel del “rol de paciente” en contextos de falta de reconocimiento es un factor a tener en cuenta también a la hora de valorar la dimensión corporal del proceso. En nuestro caso, entendemos por repercusión corporal los modos en que el proceso de reproducción asistida es experimentado y elaborado por y desde el cuerpo. Ese proceso incluye tanto la experiencia de pasar por las técnicas médicas concretas (inseminación, ecografías, citologías, etc...) como los relatos, las explicaciones y el contexto de la relación entre profesionales de la salud-paciente, paciente-institución, etc... a través de las cuales transcurre la vivencia del proceso y el desarrollo de las técnicas por parte de l*s profesionales. En el siguiente relato, Amaya explica esta dimensión corporal aludiendo al carácter intrusivo e invasivo de los procedimientos clínicos en su pareja, que ella ha de acompañar en un contexto de cansancio, generado a lo largo del proceso:

Después de haber hecho todo esto, que no sea para nada ¿no? Y entonces claro, porque es como una implicación enorme, entonces, si, en un momento dado esto no tenía sentido, entonces, la última fue como <<tira sin mirar>> ¿no? Ya como que ni te lo crees y tal, eso es lo que cansa mucho. Es muy distinto hacer todo esto cuando, de la primera que

⁷⁸ Fecundación in vitro

⁷⁹ Amaya se refiere a que la clínica les propuso un cuarto intento de inseminación a pesar de que, al principio, les habían explicado que no era conveniente hacer más de tres intentos; de modo que el cuarto suele ser sustituido por la FIB. La informante sintió que no le ofrecieron la FIB porque, debido a su perfil económico, no la aceptarían al ser más cara.

teníamos ganas, ilusión cuando decía, incluso, no te gusta todo esto pero te ves capaz de tomar distancia y bromear sobre cosas, y bueno. Y la última que ya estas cansada, que ya no te lo crees, pues todo ya se hace como muy pesado, porque claro son muchas citas, hay que ir mucho, es como, sobre todo en los momentos, en los momentos que está ovulando para ver cuál es el momento idóneo, tienes que ir así como tres o cuatro días así seguidos, para hacer las ecografías para ver qué tal, y es muy intrusivo todo eso. Y tú no eres consciente de todo eso, pero al final, o sea, si lo haces con ganas bien, pero ya todo esto es un ya es como una, una invasión, es muy invasivo, sobre todo cuando ya no, ya todo esto, las hormonas, pincharte. Yo creo que todo esto afecta mucho (ENT9).

La vivencia de los aspectos clínicos del proceso, que componen solo una parte de su dimensión corporal, puede variar enormemente en función del contexto en el que tienen lugar. Las experiencias acumuladas de exclusión y falta de reconocimiento, junto con la ausencia de atención y acompañamiento a la dimensión emocional del proceso, contribuyen a incrementar la sensación de agotamiento así como a generar disposiciones corporales en las personas menos receptivas a las técnicas.

En la medida en que los obstáculos al reconocimiento de las relaciones lésbicas y bisexuales no hayan sido objeto de identificación y revisión por parte de l*s profesionales de la salud como preconcepciones y estereotipos presentes en el quehacer profesional más allá de las buenas intenciones, no podrán abrirse las posibilidades del acompañamiento en cada una de las facetas que requiere la complejidad subjetiva, corporal y relacional de los procesos de reproducción asistida.

Por último, como vimos en los apartados anteriores, a la construcción de un nuevo modelo de acompañamiento debe incorporarse una perspectiva que incluya cómo intervenir sobre cómo se ha construido la relación entre los servicios de salud, la población TLGBQI y quienes son objeto de los servicios de TRA en particular (mujeres cis lesbianas o bisexuales y hombres trans). Esta revisión no se vuelve menos pertinente por los cambios legislativos recientes que tendrán un efecto a largo plazo en esa relación. El bagaje sanitario de la población TLGBQI, que se construye como experiencia colectiva y no solo individual, es un asunto pendiente de abordar que implica al menos responder tres cuestiones: cuáles son las condiciones prácticas de acceso a las TRA en cada territorio, cómo influyen las experiencias de exclusión conocidas en las expectativas de trato y cómo se integran los nuevos cambios en las experiencias de las personas que han vivido los procesos cuando estos cambios aún no existían.

Para terminar este capítulo, reflejamos un extracto del testimonio de Amaya donde habla de esa huella emocional, relacionada con la injusticia que queda después de haber vivido la discriminación y tomar conciencia de que ahora hay otra gente que puede acceder a derechos en condiciones que ella no pudo:

Sí que seguíamos un poco las noticias de esto ¿no? Como en plan, ah pues en país vasco lo han podido hacer tal, pero en Madrid seguía todo igual, no es que había ningún cambio, en Madrid en ningún momentos nos enteramos... es un poco eso también, como que lo

habíamos intentado, ya estábamos en esta cosa, ya estábamos como un poco y ahí, había sido un poco doloroso todo este proceso de la pública [...] la verdad que hasta que luego vimos que había gente que sí que lo había podido hacer en la pública y te quedas un poco como, mierda. Como muy bien para esas personas, pero dices, joder, es que, que injusto es, que injusto en el sentido de porque hay tanta disparidad, porque no es una cosa que es en igual de acceso para todo el mundo, porque de repente hay personas que llegan a esto y muy bien pero es que es como, como te pone frente a la justicia... es como la noticia esta, que en verdad me alegro mucho sabes, es como, guay, genial que haya gente y que este derecho que se reconozca y la no discriminación como lo que ha pasado antes. Pero no sé, te pone en situación de asumir que has vivido una discriminación tan así, y a veces es como duro eso ¿no? Como decir, pues, joder, no sé, no sé cómo explicarlo pero es como, en fin... (ENT9)

La satisfacción de ver nuevos cambios no resta la necesidad de elaborar la injusticia de asumir haber vivido una discriminación que pasa a formar parte, tanto de ese bagaje individual, como del colectivo. La exclusión de la reproducción asistida y de los modelos de familia que impliquen filiación construye las resonancias colectivas de lesbofobia que tiene la relación entre las instituciones y el colectivo TLGBQI.

Capítulo 6

**SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A
LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LOS
HOMBRES CIS GAYS Y BISEXUALES:**

EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA HOMOFOBIA

Capítulo 6

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y DERECHO A LA IDENTIDAD DESDE LA VISIÓN DE LOS HOMBRES CIS GAYS Y BISEXUALES: EL EJE DE DESIGUALDAD DE LA HOMOFOBIA

6.1 INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta las problemáticas emergentes en salud sexual de los hombres cis gays y bisexuales; es decir, allí donde se expresa el eje de desigualdad de la homofobia, frecuentemente en intersección con otros ejes de creación de subalternidades.

A la hora de analizar tales problemáticas la concepción de sexualidad es un asunto clave. En este capítulo comenzamos explorando el modelo hegemónico de sexualidad atendiendo particularmente a aquellos lugares donde aquel muestra sus fracturas, esto es, allí donde su funcionamiento produce exclusiones sobre determinadas regiones del colectivo. Nos apoyamos para ello en la vivencia y el discurso de hombres cis gays con diversidad funcional y de personas mayores. En el primer caso, se trata de explorar los márgenes - la intersección entre homofobia y capacitismo en hombres cis gays⁸⁰ en el contexto español actual- como aquellos lugares donde el funcionamiento del modelo de sexualidad

⁸⁰ Aludimos aquí exclusivamente a la identidad gay y no a la bisexual dado que las entrevistas a personas con movibilidades distintas a la estándar corresponden con informantes que se identifican como gays.

hegemónica se expresa de modos más evidentes. Lo que hallamos son un conjunto de limitaciones que afectan a todo el colectivo al tiempo que producen una espiral de exclusión que recae sobre quienes presentan movibilidades corporales diferentes a la estándar.

Junto con las personas con diversidades funcionales que implican movilidad en silla de ruedas, analizamos también el discurso de hombres cis gays y bisexuales que se sienten interpelados por el paraguas de la categoría “mayores”. Dentro del colectivo TLGBQI, la categoría de “mayores LGTB” emerge como una politización de las problemáticas que surgen en torno a la sexualidad y los cuidados a partir de un rango de edad impreciso en el que se manifiesta la distancia entre las posibilidades de autoabastecimiento (proveerse de los cuidados necesarios), las necesidades vitales y/o las normas de inclusividad de una sociedad⁸¹. En este sentido el cruce entre hacerse mayor siendo gay o bisexual produce un conjunto de exclusiones a las que es necesario atender específicamente. Por otro lado, allí donde los hombres cis gays y bisexuales mayores quedan fuera del modelo de sexualidad hegemónico y del acceso a los cuidados, puede verse con mayor claridad el funcionamiento excluyente de las normas y dinámicas que regulan el acceso a los cuidados, la socialización, las relaciones y la sexualidad.

Por último, hacemos mención también a las personas migrantes que proporcionan otro enclave particular donde, por ejemplo, las políticas de prevención y tratamiento de ITS tienden a fracasar si no tienen en cuenta los obstáculos derivados de la exclusión.

Si, tal y como desarrollamos en el siguiente apartado, el modelo hegemónico de la sexualidad que se desarrolla en el ámbito gay y bisexual masculino explica una parte de las exclusiones en torno a la sexualidad, no es de extrañar que una de las principales cuestiones en la que coinciden diferentes entrevistados consista en la necesidad de una educación emocional consciente⁸² que se plantee, explícitamente, la prevención de la homofobia como uno de sus objetivos:

Yo por ejemplo, ahora pues, he dado el paso de hablar de homosexualidad en casa y esto ha supuesto un terremoto. Mi padre no me habla, mi madre sí que lo lleva de una forma más natural, al menos aparentemente, luego lo que ella piensa en realidad no lo se. [...] ¿Por qué te digo esto? Porque otro de los puntos que para mí se debe trabajar, también desde el ámbito emocional es el ámbito familiar (Jose Alfonso).

⁸¹ En el Estado español, la primera organización dirigida a las personas mayores LGTBI es la Fundación 26 de Diciembre, constituida en Madrid en 2010. Así mismo la Fundació Enllaç, se dirige a la defensa de la dignidad de las personas LGTBI, especialmente a las mayores y dependientes, fue creada en Cataluña, en 2008.

⁸² Hablamos de una educación emocional consciente para significar que la educación siempre es educación emocional, independientemente de si está pensada como tal o no.

Un marco integral de educación sexual y emocional apunta también hacia el autoconocimiento, de un* mism*, del cuerpo y de l*s otr*s, que genera las condiciones para la negociación en las relaciones en general y en las prácticas sexuales en particular:

No puedo vivir mi sexualidad como un sujeto pasivo en el que hay que pues si a la otra parte le apetece penetrarlo lo va a penetrar y si no pues no, porque a lo mejor dependiendo de qué persona pues no me apetece que me penetre; o a lo mejor encuentro otra con la que hay una conexión espectacular y digo, venga sí hazlo ¿me entiendes? Todo, todo depende, pero claro para atreverte a llegar a esos niveles de comunicación te tienes que conocer mucho a ti mismo a nivel físico y emocional [...] Pero, porque cuando estoy a solas conmigo mismo pues también exploro no solo mi cuerpo sino mi interior; esto probablemente me gustaría o probablemente no ¿sabes lo que te quiero decir? [...] depende mucho de la comunicación y esto te lo digo porque si no aprendemos a desaprender y a decir las cosas tal como son pues al final te encuentras con un momento en tu vida que no sabes ni cómo plantearlo porque te encuentras frente a la otra persona a la que a lo mejor conoces poquísimo, si es que la conoces; y resulta que no te conoces a ti mismo; pues, bueno, si la jugada sale bien pues estupendo, pero si la jugada sale mal con eso te has quedado (Jose Alfonso).

El modelo hegemónico de sexualidad, junto con el impacto de la homofobia y las condiciones (socioeconómicas y culturales) bajo las cuales las prácticas sexuales son negociables constituyen una parte fundamental de los factores estructurales que se hallan en la base de las problemáticas emergentes que recogemos en este capítulo. Dichas problemáticas pueden resumirse en:

- P1. Las limitaciones del modelo hegemónico de sexualidad y sus consecuencias sobre la salud sexual.
- P2. Barreras a la socialización de hombres cis gays y bisexuales con movibilidades distintas a la estándar.
- P3. La homofobia en situaciones de desequilibrio de la codependencia de cuidados: el impacto sobre la salud sexual.
- P4. La negación del derecho al placer en hombres cis gays y bisexuales mayores: la asociación de la sexualidad gay con el miedo al contagio.
- P.5. El modelo VIH céntrico de la prevención de ITS.

En este capítulo, realizamos una aproximación cualitativa al impacto que presentan sobre la salud sexual de la población de hombres cis gays y bisexuales. Respecto al terreno reproductivo, dos son las cuestiones que se plantean en hombres cis gays que tienen relaciones con otros hombres cis⁸³. Por un lado, la adopción continúa apareciendo como una opción particularmente compleja y problemática, atravesada por la expectativa de que

⁸³ El caso de hombres cis que tienen relaciones con hombres trans con vagina y útero no lo tratamos aquí. Puede verse una aproximación a la significación de la familia y los procesos de crianza en el estudio *Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares* (Platero y Ortega, 2017).

las peticiones no sean contempladas ni evaluadas en igualdad de condiciones con respecto a las parejas heterosexuales que demandan adopción. Por otro lado, la denominada “gestación subrogada” - el establecimiento de un acuerdo entre una familia y una mujer que da a luz un recién nacido cediendo los derechos a la familia receptora-, aparece como una opción éticamente cuestionable y polémica dentro del propio colectivo, que a fecha actual no presenta regulación⁸⁴.

6.2 PROBLEMÁTICAS ATRAVESADAS POR EL EJE DE LA HOMOFOBIA QUE AFECTAN A LOS HOMBRES CIS GAIS Y BISEXUALES

P1. Las limitaciones del modelo hegemónico de sexualidad: consecuencias sobre la salud sexual

Identificamos tres puntos de fractura del modelo de sexualidad que afectan a las posibilidades de desarrollo sexual y personal: (I) separación entre el cuerpo físico y la afectividad; (II) la “cultura de la inmediatez” y (III) la genitalización y los mitos que excluyen a personas con diversidad funcional. Hay que entender estos tres aspectos cómo realidades que funcionan de un modo excluyente cuando se transforman en un modelo de relación hegemónico, que regula las formas de socialización entre hombres cis gays y bisexuales dificultando la emergencia y la coexistencia de otras formas de relación que responden a necesidades distintas.

P1.1. La separación entre el cuerpo físico y la afectividad: cánones corporales

Los informantes entrevistados que presentan un grado de movilidad que implica el desplazamiento en silla de ruedas coinciden en las dificultades que viven a la hora de socializarse en los espacios ligados específicamente a la cultura gay, ya sean colectivos, bares u otros lugares informales. Estas dificultades se expresan como limitaciones al contacto sexual y como limitaciones al contacto personal no sexual y muestran qué normas regulan el tipo de cuerpos y personas que presentan cabida en los espacios hegemónicos de socialización.

El siguiente informante apunta, a partir de su experiencia, hacia un modelo de sexualidad que escinde la percepción del cuerpo físico de una percepción más integral de la persona, que esté abierta a incluir otros aspectos como la conexión emocional:

⁸⁴ Desarrollar en esta investigación un apartado sobre la gestación subrogada implica cuestiones de carácter epistemológico que exceden los objetivos de este estudio, dado que sería necesario, primeramente, establecer esta práctica dentro del marco de los “derechos reproductivos”, una cuestión que está actualmente en pleno debate social y que cabe decir que no implica exclusivamente a la población de hombres cis gays sino también a población heterosexual que aboga por esta opción.

Entonces, bueno, yo creo que cuando hablamos de [no entiendo] muchas veces nos centramos demasiado en la parte física y nos olvidamos de un componente que es el emocional que es tan importante como el físico porque si tu no tienes las cosas estables a nivel emocional difícilmente vas a poder disfrutar de nada de lo que hagas [...] Yo creo que la parte emocional y en particular en personas con diversidad funcional pues sí que se debería trabajar mucho más; cuando digo esto me refiero no solo en el plano teórico, si no también en el plano práctico ¿qué quiero decir con esto? Pues que, por ejemplo, para mí, yo considero no es mi caso porque yo me puedo masturbar solo -por ejemplo- pero yo considero que la figura del asistente sexual es una figura muy necesaria para dar apoyo para que mucha gente se pueda autoconocerse y tener una autoconciencia de sí mismo de lo que quieren, de cómo lo quieren; lo que no [no entiendo] no se conoce; ¿sabes lo que quiero decir? [...] Entonces, yo creo que la parte física y la parte emocional van íntimamente ligadas no se puede separar una cosa de la otra; el ser humano es un todo (José Alfonso).

La necesidad de reivindicar aquí los puentes entre los aspectos físicos y los emocionales muestra también la existencia de un canon corporal excluyente, ligado entre otros factores a presentar una determinada constitución física y a adoptar unos roles prefijados en la vida sexual, que para el siguiente informante implican la identificación con uno de los dos polos del binomio actividad / pasividad. Se trata de un canon corporal que conecta con una traducción “heteropatriarcal” de la sexualidad:

Sí, ya a ver; el heteropatriarcado ha hecho mucho daño y el hombre blanco, en este caso gay, con cuerpazo; vamos a decirlo, follable ¿vale? Con unos roles muy definidos y unos comportamientos con base a esos roles muy definidos y muy claros ... [...] si eres pasivo [...] tienes que ser una puta en la cama, y nada más, ese rol; vale, eso también se extrapola a lo del hombre blanco, gay, con dinero, con fama... se extrapola muchísimo. Tu tienes que tener un canon establecido, si no tienes ese canon la cosa ya flaquea; pero ese canon puede ser que tengas, por ejemplo, VIH, ya estás perdido, ya tienes una tara -que antes se llamaba- una tara, un algo que ya te está haciendo entrar en riesgo de exclusión socialmente gay, hablando; si te sientes, ...[...] ya estás perdido; pero como te salgas de otras cosas, ya más sexuales, ya más de gustos Pero sobre todo es el físico, ¡eso, vamos! (ENT2)

Al hablar de “exclusión socialmente gay”, el informante anterior nombra el proceso por el que las normas que regulan la sexualidad crean una frontera en torno a la diferencia que no afecta exclusivamente a las personas con movibilidades distintas a la estándar sino a quienes se alejan de los cánones por otros motivos como el estatus serológico respecto al VIH (ser seropositivo), la capacidad económica de consumo o el peso corporal:

Entonces, todo esto en general complica mucho la socialización para determinadas personas diferentes, por así decirlo, véase personas con diversidad funcional, gente más obesa, con VIH, con [...] Entonces el hecho de ser diferente, como pasa en los colegios y en los institutos ¿no?, por desgracia, pues el hecho de ser diferente choca y se intenta evitar en líneas bastantes generales, pero para relaciones sexuales, para relaciones personales, para relaciones de amistad, todo... todo hay que decirlo, pareja ni te cuento ya.... (ENT2).

Si el funcionamiento de las normas corporales para acceder a la sexualidad -y a las relaciones personales, como veremos más adelante- crean una dinámica interna de exclusión dentro de los espacios de socialización propiamente gays y bisexuales, este es un proceso que no depende exclusivamente de la subcultura gay, sino que hay que entenderlo en relación con la cultura sexual dominante (heterosexual) y las condiciones que regulan la aceptación por parte de aquella. En este punto, es fundamental atender al proceso de “mercantilización” que tiene lugar actualmente y que afecta especialmente a la subcultura gay, donde la falta de reconocimiento *per se* de los derechos TLGBQI promete ser compensada por la ganancia de reconocimiento como sujetos de consumo. La consecuencia es la integración de dinámicas relacionadas con el consumo como aspectos centrales de la cultura y la sexualidad gay que marcan los modelos cotidianos de socialización:

Ya, pero si solamente hay eso para el sexo, no solamente eso, esas alternativas, no hay otras alternativas, en vez de decir voy a la, el viernes salgo, ceno, voy a la discoteca, follo, o puedo decir, voy con grupos de amigos a cenar, estamos ahí hablando, después nos vamos a ver una película, después seguimos charlando, y después vamos a la cama que hace mucha falta, mañana nos despertamos y hacemos un poco pues de paseo por la ciudad... [...] Claro, que cambie esa mentalidad de la gente a saber disfrutar de tu cuerpo, no? Porque además tenemos todo un mercado detrás de nosotros que te va a decir todo lo contrario, consume cerveza, consume alcohol, consume esto, consume... porque te lo están diciendo todos los putos días en la televisión, todos los putos días, y el que no hace, el que se aparta de ese canon, eres el rarito (ENT23).

La mercantilización puede entenderse, entonces, como la integración de un modelo y unas pautas de consumo que buscan incrementar el nivel de aceptabilidad que no acaba de obtenerse como producto del reconocimiento; un reconocimiento asentado en la identificación colectiva con la diversidad y el valor social de la misma. Se trata de un fenómeno fundamental a tener en cuenta a la hora de entender cómo se desarrolla la sexualidad en el espacio público y de abordar estrategias relacionadas con el ámbito de la salud sexual. En particular, la cultura de la inmediatez, que exponemos a continuación, y la ausencia de espacios de socialización diferentes a la noche son problemáticas que justamente cabe contextualizar en el escenario actual que propone el consumo como estrategia de acceso al reconocimiento social.

P1.2. La “cultura de la inmediatez”: el uso “distanciado” de las aplicaciones sociales de *ligue*

Las aplicaciones sociales que permiten establecer contactos son una de las vías de socialización a través de las que se expresan y se modelan pautas de relaciones sexuales. En primer lugar, cabe señalar que la finalidad y el uso que se hace de estas aplicaciones varía en función de dos factores, que funcionan como determinantes sociales de la salud: la

brecha rural / urbano, la brecha digital y el nivel socioeconómico. Tal y como apunta uno de los informantes del grupo cualitativo de hombres cis gays, el uso de las App de ligue en el mundo rural cubre necesidades de socialización con una frecuencia mayor que aquel que se hace de las mismas en zonas urbanas; al tiempo que se encuentran más fuertemente atravesadas por la necesidad de anonimato de las personas que participan en ella:

Si yo utilizo esto en mi pueblo en mitad de Cuenca, eh, el funcionamiento es muy distinto que aquí en Madrid, porque yo aquí en Madrid hablo entro en la aplicación y podríamos decir que entre un 60, un 70% tienen foro de perfil, estáis de acuerdo con eso? [...] Pero es a lo que voy, funciona de forma distinta, en los pueblos no lo tiene nadie, y me voy a un pueblo y empiezo a hablar, a hablar y resulta que después de mucho hablar pues a lo mejor es que el chaval que lo único que quieren es conocer gente gay también. Entonces, por eso digo que forma, que funciona de forma distinta. En Madrid hay un montón de cosas, si quieres eh, por ejemplo follar, eh, utilizas la aplicación, te vas a una sauna, te vas a un sitio específico de sexo, hay un montón de recursos, en un pueblo en mitad de zona rural, el único recurso que tienes a día de hoy, no sé lo que se hacía antes, hablo del año 2017 lo que la gente utiliza es el elemento más fácil es este (ENT26).

El uso de Apps de ligue está altamente extendido entre hombres cis gays y bisexuales mayores, si bien para su acceso es necesario contar con determinadas competencias digitales que limitan su uso:

Luego la brecha digital con el tema de la edad, que también tenemos que ser conscientes [...] de las aplicaciones, las de follar, bueno, somos los primeros los mayores, en esos sitios, porque eso sí que lo controlan, lo saben. Otra cosa no, pero eso lo saben perfectamente y lo tienen ahí, muy bien, y tienen aplicaciones para eso, y dices bueno, pues es ver, que tenemos que intentar potenciar más que la sexualidad no es solamente genitalidad y seguir con eso, que somos personas sexuadas toda la vida y que vamos a tener sexualidad siempre. (ENT24).

Al mismo tiempo, las Apps están proporcionando una oportunidad para la búsqueda de relaciones (ya sean sexuales o no) fuera del ámbito de consumo, lo que supone un aspecto a tener en cuenta en un momento de crisis económica cuyos efectos recaen sobre las clases sociales más bajas:

ENT25: No olvidaría insistir, la gente está utilizando mucho las apps ahora porque no tienen pasta para irse a un bar, o una discoteca, eso ocurre también eh.

ENT26: También...

ENT25: Hay una cuestión ahí socioeconómica detrás importante.

¿Cómo incide este uso en el modelo de sexualidad que se establece dentro de la subcultura gay dentro del contexto social urbano de crisis actual? Por un lado, las redes virtuales están ofreciendo la oportunidad de establecer un contacto sexual inmediato, desprovisto de

un contexto previo - el contexto es la propia conexión virtual a través de la aplicación- que genera la sensación de que el contacto sexual es “asible” en el momento. Tal y como exponen los informantes en el siguiente diálogo, esta “cultura de la inmediatez” genera nuevas formas de relación que sustituyen a otras formas de socialización en los espacios públicos:

ENT24: ya lo sé, claro, como el Facebook, como el todo, todas las tecnologías sirven para todo, pero nosotros como seres humanos también manipulamos, y nos han hecho también para manipular, a nosotros mismos, pero claro, es gente que se está haciendo de oro por el Grindr y por todas estas aplicaciones cuando lo más normal y lo más lógico de encontrar a la gente es salir de casa, porque nos están acostumbrando al placer inmediato, o sea, es, ya. Y entonces lo tengo ahí rápidamente.

ENT25: lo vengo diciendo, la cultura de... la inmediatez...

No obstante, hay que considerar que la inmediatez se vuelve un problema cuando esta y sus normas tienden a totalizar el terreno del placer. La inmediatez pasa a forma parte de una cultura sexual que crea hábitos y comportamientos propios, generando una sexualidad con mayor grado de previsibilidad, centrada en los genitales como órganos principales de placer corporal. La “cultura de la inmediatez”, en la que se inscribe el uso de las Apps de ligue, favorece la traducción de sexualidad por genitalidad, entendiendo que es este el tipo de contacto que sí puede lograrse a través del uso de las Apps para generar contactos sexuales inmediatos⁸⁵:

ENT24: que muchas veces justificamos algo que no es tan, tan así, porque no... está bien que haya aplicación para lo que sea, pero que hay otros, y tenemos que dejar que la mente nuestra también siga, teniendo, inventando, que, deseando, porque lo que nos están haciendo es matarnos el deseo...

ENT23: es que, lo que sí es entendible...

ENT24: porque ya es, ni te preparas, ni era... todo el proceso sexual de la persona...

ENT23: no matar el deseo no se mata tanto, lo que si es cierto, en vez de irme a ligar a la calle a la finca de papa...

ENT26: si exacto

ENT23: esa es la historia... [No se comprende, se baja el volumen y hay golpes] me voy a otro sitio, me cojo el Grindr y si me lo puedo hacer en casa, y sino en el descansillo de la escalera porque están tus padres, mejor, porque da más morbo.

ENT24: Todo eso a que nos lleva en el fondo, el tema de la sexualidad, que es lo que hemos iniciado? A la genitalidad.

⁸⁵ Hay que entender este fenómeno de genitalización de la sexualidad a través del uso de las Apps dentro de un contexto que potencia ese mensaje desde otros dispositivos (publicitarios, educacionales, etc...)

Si el uso de las Apps de ligue en el contexto actual potencia la reducción de la sexualidad a una forma de genitalidad, el segundo efecto es la legitimación de un modelo de relación distanciado y “deshumanizado”. Este modelo de relación no implica que todas las personas que hacen uso de las aplicaciones desarrollen este tipo de comportamientos, sino que la virtualidad genera condiciones para que la sexualidad pueda desproveerse de un compromiso ético con l*s otr*s, ya que ese otro no es “alguien” concreto. De este modo, los comportamientos en el entorno virtual están marcado por un tipo de distanciamiento emocional del otro que provoca conductas sustancialmente distintas a las que se esperan a través del contacto presencial:

ENT23 si, no tanto el uso de las tecnologías, sino que se admita este tipo de usos.

ENT25: el tema es que marques una cierta distancia emocional con ello.

ENT26: y que tengas claro que es una herramienta,

ENT25: y que te vas a encontrar gente muy deshumanizada

ENT23: lo que estoy diciendo desde el principio, que es una herramienta, os lo estoy diciendo. Pero has hablado de la emoción, has dicho algo de la emoción...

ENT25: pues una cierta distancia emocional, porque es que hay gente que maltrata... por las redes, pues que te esta hablando y deja la conversación, te deja de hablar.

ENT23: ¿y tú crees que esto es posible?

ENT25: a mí no me parece sano, pero... Te tienes que cuidar.

ENT26: es lo que decíamos antes...

ENT23: cuidar no, te tienes que proteger, que no es lo mismo, que es otra palabra.

ENT26: es lo que decía antes, que mucha de la gente que establece conversación por este tipo de aplicaciones si estuviera cara a cara la conversación no sería igual

ENT24: no lo haría, primero eso no lo harían

ENT26: pero evidentemente porque se pierde la humanidad.

En esta sensación de tenerse que proteger en lugar de cuidarse, los informantes relatan conductas concretas específicas que incluyen juicios a las fotografías o no presentarse a una cita. Esto conlleva que las redes virtuales de ligue puedan ser vividas tanto como un espacio liberador como limitante, que afecta a la autoestima de las personas y provoca que las redes no presenten niveles de accesibilidad similares para todas las personas:

ENT26: hay que saber llevarlas también. Yo siempre digo lo mismo cuando o cuando hablo de redes sociales o cuando estoy dando un taller y saco el tema de las redes sociales y sobre todo estas, redes sociales como Grindr, Wapo, las enfocadas a ligar por decirlo de alguna manera, hay que ser una persona con una autoestima del cien por ciento y tener muy claritas las cosas para que el uso de esa red sea sano para ti, porque una persona insegura que va a usar Grindr,

tiene una cita, o no llega a tenerla, es que acaba destrozado. O sea, acaba hundido moralmente...

ENT23: lo sé, yo lo sé, pero vamos a ir hacia las tipologías que es una cosa que a mí me gusta mucho... que significa una red [...]

ENT24: virtual., porque no es real. O sea que tienes mucho más espacio...

ENT23: es donde te apresan...

ENT24: de estos.

ENT23: donde te meten,

ENT25: donde te apresas o te liberas.

Así, podemos señalar que las redes sociales de ligue son espacios de socialización que tienen una importancia central actualmente para entender cómo se despliega el modelo de sexualidad en torno a dos ejes: la genitalización y la desconexión emocional. No obstante, lejos de interpretaciones que nos conduzcan a presuponer que la tecnología tiene el poder de modelar las relaciones de manera autónoma, hemos de entender las Apps como un nuevo lugar de reinterpretación y práctica de la sexualidad en el contexto urbano de Madrid en una etapa de crisis económica prolongada.

Pl.3. Genitalización y mitos: la exclusión de las personas con movilidades distintas a la estándar

Cuando hablamos de sexualidad y diversidad funcional nos enfrentamos a un conjunto de mitos entre los que destaca aquel que representa a las personas como seres asexualizados. En la experiencia del siguiente informante, esta de-sexualización se concreta en la creencia que presupone que una persona que se desplaza en silla de ruedas no puede tener erecciones. Esta creencia presenta serias consecuencias sobre las expectativas de establecer contactos sexuales en una cultura que tiende a reducir la sexualidad al uso de los genitales y este a la penetración:

Bien; porque al final esas personas han estudiado, tienen estudios, los estudios que le han dado; ha leído cosas, ha leído los tópicos típicos, como digo yo; ah, los discapacitados no sienten ni padecen, en el caso de los hombres, no se les levanta. Le vas a tener que hacer tu todo lo que son vegetales; sí, han estudiado y han leído todo eso; lo que te he dicho antes en ese refrán, de lo que comen crían y luego lo traspasan; sean, estén en el colectivo, no estén en el colectivo, da igual; lo maman, lo sienten; y en el caso del colectivo con lo hiper-superficial que es y la sobrevaloración del sexo que es qué vamos una cosa loca; eh, es igual es igual de asexual y de asexuado todo; vamos, a mí la pregunta de si se te levanta en cinco años no se cuántas veces lo habré escuchado ya; porque han oído, han visto, imaginan, suponen, presuponen y eso sí... [...] el hecho de que sea tan falocéntrico, falocentrista esa pregunta como que te lo resume todo; si tienes esa capacidad va todo bien o mejor, eres más apto; pero si no, [...] Que hay muchas formas de tener sexo, menos normativas vamos a ponernos técnicos, pero eso no se

contempla; es verdad lo que dijeron las mujeres [...] vamos totalmente, totalmente, sí, que está muy bien, está fenomenal, pero que no es solo eso; es que en mi caso puedo, o sea, cómo contártelo; sí, pero claro se prejuician. (ENT2)

La creencia por la que se deduce qué uso puede hacerse de los genitales de la diversidad funcional de la persona (de qué tipo de movilidad presenta) se asienta en una representación única de los cuerpos, que genera una visión homogénea para realidades heterogéneas que pueden ser muy diferentes entre sí:

Otro caso es que se dan por supuesto que todas las discapacidades son iguales; es decir, tú, x, eres discapacitado y se piensan que eres, como te he dicho un vegetal, que estás postrado y que hay que hacerte todo y que tu no te puedes mover; y luego, por otro lado, es que hay que decirlo todo; está la parte sádica de esto. La parte sádica es la que digamos que hay, hay un morbo, pero no lo termino yo de ver muy sano, en plan bestia, en plan sádico, tiene nombres y apellidos y de todo, sí, que también lo he vivido (ENT2)

No obstante, más allá de las posibilidades de uso de los genitales (qué prácticas pueden llevarse a cabo y cuáles no), lo que nos interesa recoger aquí es cómo el modelo de genitalización de la sexualidad se expresa en forma de exclusión hacia los hombres cis gays que presentan movilidades distintas a las habituales. Aquí nos referimos en particular hacia quienes hacen uso de una silla de ruedas en su vida cotidiana. Esta exclusión no pasa solamente por la hegemonía de unas prácticas sexuales determinadas, que una gran parte de las personas podrían realizar, sino por las condiciones de acceso a ellas. Como veremos en el siguiente apartado, los modelos de relaciones sexuales basados en la confluencia de genitalización, inmediatez y cánones corporales estándar generan barreras que se unen a las arquitectónicas, resultando en obstáculos difícilmente superables para muchas personas con movilidades no estándares.

Por último, cabe señalar que la desexualización convive socialmente con su contrario; un tipo de hipersexualización desconectada de la persona con diversidad funcional. Se trata de dos caras de la misma moneda de la falta de reconocimiento de la sexualidad y los derechos sexuales. Así, el siguiente informante apunta a las experiencias de sentir que su condición de ir en silla de ruedas es causa de un morbo sexual que, en ocasiones, se canaliza mediante conductas no deseadas por él y no pactadas que presentan como finalidad materializar las fantasías. Detrás de la expectativa de que dichas fantasías serán satisfechas se encuentra un uso del desequilibrio de poder, entendido como esperar que la persona que va en silla de ruedas acepte valorando que es, al menos, es una oportunidad para mantener relaciones sexuales:

ENT2: porque se juntan varias cosas que atraen como que eres un inválido, un inmóvil, el nivel de posesión es mayor, un sinfín de cosas...[...] No existe muchas veces el consentimiento; es me da un morbo tremendo como otra serie de cosas raras que hay hoy en día, me da mucho morbo hacérmelo con un inválido por el hecho de ser inválido; entonces te ofreces porque a mí me pone hacérmelo con un inválido, básicamente y ya está, eso también se vive a veces

Entrevistadora: ¿tú lo sientes como algo violento?

ENT2: mucho, mucho, sí, sí sobre todo porque a veces, cuando no accedes, el nivel de violencia verbal va a más y te invitan a irte del mundo gay porque no vas a tener nada, no vas a conseguir nada, porque te convendría ser un poquito más putón verbenero si quieres ser alguien, a veces incluso lo he relacionado con los mitos que hay sobre las mujeres ¿no? De que para ascender en determinados puestos tienes que acceder en ciertas cosas; normalmente, laboralmente. En este caso si lo extrapolamos levemente se me asemeja en el plan de tú en el mundo gay tienes que cumplir una serie de cosas físicas, sobre todo y sexuales para ser alguien, si no eres ese alguien, porque el mundo gay está compuesto así; y si no eres ese alguien no tienes nada que hacer; primero si no tienes el físico, pero bueno, eso es casi lo de menos. Pero como no accedas a ciertas cosas no es que seas un cero a la izquierda es que eres un menos diez a la izquierda.

P.2. Barreras a la socialización de hombres cis gays y bisexuales con movilidades distintas a la estándar

Dentro del colectivo de hombres cis gays y bisexuales, las personas con movilidades distintas a la estándar (en particular aquellas que se desplazan en sillas de ruedas), encuentran obstáculos particulares a la socialización, que condicionan fuertemente su vida social y sexual. Entre estos obstáculos destacamos dos: las barreras arquitectónicas y la ausencia de espacios de socialización diferentes al ocio nocturno. Si bien la primera recae fundamentalmente sobre gran parte del colectivo con diversidades funcionales, la segunda es una cuestión que afecta a quienes por distintas razones -entre ellas económicas y relacionales- no desean o no pueden utilizar los espacios de consumo asociados a la noche.

Las barreras arquitectónicas condicionan la accesibilidad a distintos espacios, lo que afecta tanto a los locales de ocio como a los activistas. Como señala el entrevistado, la falta de adecuación de los locales (escalones a la entrada, localización de los baños, accesibilidad de los mismos, etc...) se une a la falta de adaptabilidad de la ciudad de Madrid que puede conllevar no poder llegar a la zona en la que se encuentra un determinado local:

Normalmente inaccesibles. Siempre. De hecho por eso tampoco es que.... A ver, yo entiendo que puedo tener parte de culpa, entre comillas, porque a ver tu vas a un grupo joven donde hay una charla, x, y luego después de la charla se van; ¿pero dónde se van? Se van de fiesta, dónde se van de fiesta, a un local de ambiente y qué pasa en ese local de ambiente, pues que tiene unas escaleras como del copón, por ejemplo; entonces, partiendo de la base de que a mí esos planes tampoco me llenan, yo prefiero estar en un sitio, como el que estamos ahora, tomando algo, aunque sea hasta las cinco de la mañana, pero en plan tranquilo y demás; es que los sitios son inaccesibles, porque Madrid se ve muy inaccesible, partimos de otra cosa que no sean las aceras propiamente y tal... , los locales que son particulares la mayor parte de ellos, son totalmente inaccesibles y eso merma también, cansa y volvemos otra vez a lo mismo. [...] el caso, los sitios, inaccesibles, sí normalmente sí, pero hasta un bar, vas a un bar y hay un escalón, está en una cuesta, una calle con cuesta, algunos sitios de socialización son ya en una cuesta como aquí en Lavapies por ejemplo, que también he ido, es que claro yo antes de salir siempre miro todo. Ahora que tenemos Google maps y todo yo lo miro todo antes incluso lo miro todo antes, si es un sitio dentro, bueno a ver cómo está esto y en función de eso vas o no vas; porque en líneas generales los sitios son..... algunos, los de la propia formación o activismo

y después los de la propia socialización dejan mucho que desear y eso también lo tienes en cuenta porque ; y si no vas, pues no vas, porque no eres un igual, por lo menos yo, porque te pueden decir: “buenos si no vas cómo vas a conocer” vale, pero es que no está adaptado, entonces no me apetece porque no soy un igual; volvemos otra vez a lo mismo. (ENT2).

Sin embargo, frente a esta accesibilidad arquitectónica cabe tener en cuenta la accesibilidad social, el grado en que, una vez superados todos los obstáculos que impiden la entrada física en un determinado local, las condiciones de socialización favorecen la integración de una persona. Aquí es donde la predominancia de los espacios de socialización ligados al ocio nocturno adquieren la categoría de problema, en tanto las pautas que a menudo rigen las relaciones personales tienden a excluir a personas con grados de movilidad distintos al estándar. Entre esas pautas se hallan la socialización a través del alcohol y la desconexión de las necesidades de l*s otr*s (“la indiferencia y el pasotismo”):

Voy a pedir ayuda, no tengo confianza, verás tú, a ver qué pasa y luego otro problema, como de tercera, pero cuando vas a un sitio de ambiente es del mundo gay y es una indiferencia y un pasotismo que puede afectar a nivel emocional a mí por lo menos, también soy muy sensible; también hay que tenerlo en cuenta, y también es verdad, todo el mundo ahí, y qué bien me lo paso y hablo con todo el mundo.... Y tu al final, porque yo lo he vivido, es el único que estás con una copa porque encima no bebes [risas], es verdad, estás con una copa de refresco, solo, con música chunda chunda que luego te pitan los oídos y nada más, no has hablado con nadie, no has estado con nadie y una mierda... [...] (ENT2).

Así, las barreras arquitectónicas y sociales se complementan para producir un efecto de expulsión que provoca un sentir de “ser un cero a la izquierda”, esto es, de carecer de valor para l*s otr*s en el contexto de las relaciones personales en espacios de ocio:

Sí, se junta; la accesibilidad con las personas como te he dicho, creo que son dos motivos fundamentales y de peso para el normal desenvolvimiento de nosotros y nosotras, por lo menos; de todo el mundo, pero de nosotros y nosotras especialmente; o sea, el hecho de que seas un cero a la izquierda en un local, aparte de que te hace sentir un cero a la izquierda no te permite socializar en igualdad de condiciones, para nada; lo que implica todo lo de detrás; y el hecho de que no puedas acceder, aunque seas ignorado y seas un cero a la izquierda también, por supuesto, dificulta; por lo tanto el tema social y de accesibilidad de barreras arquitectónicas son dos de los motivos, vamos, clarísimos; sí. Te afecta mucho más el personal, el social; por lo que te digo de que si tuvieras relación pues le digo oye ayúdame a esto, por favor; pero como no.... Eres un invisible de la vida, pues...(ENT2).

A este tipo de barreras hay que sumar la consideración de las diversidades funcionales como “minusvalías” que provocan un juicio y un trato basado en la desvalorización de la persona, que se vive aún en la actualidad:

Y bueno cuando llegué a España y me vi el enfoque que se estaba dando a la cuestión de lo que entonces se llamaba discapacidad o incluso minusvalía, pues dije ¡Dios! Donde me he venido; yo me sentía como, digamos, en el tercer mundo (Jose Alfonso).

P3. La homofobia en situaciones de desequilibrio de la codependencia de cuidados: el impacto sobre la salud sexual

Los cuidados a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital son una necesidad compartida por toda la población, lo que hace que consideremos que las personas somos co-dependientes respecto a ellos: requerimos de cuidados de otras personas que también requieren ser cuidadas. Sin embargo, hay momentos en los que esa co-dependencia se encuentra desequilibrada, de modo que una de las partes requiere un nivel de cuidado diferente al requerido por la otra. Esto puede deberse a una situación puntual, como un malestar o una enfermedad pasajera, o a una situación de carácter más permanente. En este apartado abordamos el impacto de la homofobia ante relaciones de cuidado en las que existe un desequilibrio de poder de carácter más permanente cuyo origen se halla en alguna de las siguientes situaciones: la necesidad de cuidados derivados de la edad o la provisión de cuidados desde espacios de convivencia institucionalizados como las residencias, que presentan rasgos compartidos con las dinámicas de cuidado que se desarrollan en el espacio de la familia. En el caso de las residencias nos hallamos ante espacios donde el cuidado se halla profesionalizado, lo que provoca que las necesidades de las dos partes (usuari*s y profesionales) no se satisfagan mutuamente ni sean equivalentes. Como en otras situaciones relatadas en este informe en las que analizamos espacios de desequilibrio de poder -como lo es el médico- la cuestión será como se trata ese desequilibrio para que no se rompa mediante situaciones de abuso de poder.

Los espacios de cuidados institucionalizados a los que nos referimos aquí son las residencias para personas con diversidades funcionales a lo largo de distintas etapas del ciclo vital⁸⁶ mientras que el espacio de cuidados para personas mayores LGBTQI que introducimos es la familia. En conjunto, tanto la búsqueda de cuidados derivados de la edad en la familia como los obtenidos en las residencias remiten a situaciones que tienen en común la imposibilidad de compensar la homofobia con una autonomía⁸⁷ respecto a los cuidados requeridos que permita sortear aquella. Una configuración que presenta un impacto particular en la salud y el desarrollo sexual de las personas.

En primer lugar, la primera tensión que aparece reflejada en ambos espacios apunta a las posibilidades de vivir como ser sexual y a las posibilidad de vivir, en concreto, como

⁸⁶ Queda por analizar el caso de las residencias de personas mayores, si bien podemos decir que los resultados obtenidos aquí bien podrían ser contribuir a configurar las de hipótesis de partida de un estudio específico sobre LGTBIfobia en residencias

⁸⁷ Entendemos aquí autonomía como la capacidad personal, social, económica y cultural para escoger formas de satisfacer los cuidados de la persona que garanticen el respeto a la dignidad y los derechos de la misma. Esas formas incluyen el autocuidado pero no se restringen a él.

persona gay o bisexual⁸⁸. Lo primero que está en juego cuando no se tiene la posibilidad o la capacidad de decidir cómo proveerse los cuidados es hasta dónde estos pueden ser recibidos del entorno (ya sea familiar o residencial) sin que la persona tenga que ocultar su sexualidad a cambio de obtener cuidados. Con el ocultamiento de la sexualidad nos referimos tanto a la práctica de esconder una parte fundamental de la persona - la sexualidad - como la orientación del deseo. Entre el colectivo de personas mayores, la soledad es una de las consecuencias del rechazo de las familias a la condición sexual de la persona en esta etapa vital, asunto para el que el siguiente informante demanda atención pública:

A nivel municipal lo tienen muy jodido porque con este tipo de cosas también te pueden paliar [...] una partida legal bastante general bastante generosa que si se trabajaran temas en los distritos de trabajadores sociales que estén un poco al loro de familias o personas que viven solas, que hay un huevo de personas que viven solas... (ENT26).

En el espacio residencial, el mito de que las personas con diversidad funcional no presentan sexualidad condiciona fuertemente la vida en la residencia, al tiempo que se establecen excepciones tácitas que permiten que dicha represión no sea causa de conflictos mayores:

Eh, a ver; era una prohibición que sufría todo el mundo; pero, pero bueno si él tenía pene y ella vagina pues bueno se hacía la vista gorda ¿me entiendes? Mientras no hubiera penetración ¿sabes? (Jose Alfonso)

Si la heterosexualidad está permitida bajo determinadas condiciones -que aparentemente no haya penetración- la homosexualidad queda regulada por una prohibición que funciona como invitación al armario. Ello hace que la persona tenga que escoger entre ocultarse mediante la conocida “discreción” u optar por vivir visiblemente sosteniendo la correspondiente estigmatización. El informante anterior indica como la opción de mostrarse tuvo el coste de ser tratado como el “plumífero” de la residencia, un tipo de maltrato que marca y sanciona las expresiones de género asociadas culturalmente con la homosexualidad⁸⁹:

Pues fue cuando conocí a este primer chico con el que estuve 11 años ¿vale? [...] entonces a mí se me cayó el mundo encima porque yo no estaba preparado para reconocer aquello ¿sabes? Fue algo que me vino como ¿qué está pasando? A partir de ahí los encuentros fueron casi diarios, luego discutíamos, volvíamos porque a él le entraba el ataque en plan yo no soy gay, yo no, esto me pasa por un momento de debilidad.... Pues eso me ayudó en el sentido de que

⁸⁸ En el caso del espacio familiar, son conocidos los casos de mujeres lesbianas que regresan al armario a cambio de cuidados.

⁸⁹ Nos referimos con ello a la “plumofobia” un tipo de maltrato que frecuentemente funciona bajo la premisa de que se puede ser homosexual mientras la persona no lo parezca, esto es, mientras su sexualidad no tenga una repercusión pública ni una interpelación que visibilicen la diversidad. La plumofobia, presente en la sociedad general y en el interior del colectivo TLGBQI, promueve el mandato de adoptar las expresiones de género “heterosexuales”, esto es, las formas de vestimenta, los roles y los comportamientos culturalmente asociados a la heterosexualidad.

como nuestros padres no estaban ahí pues la residencia no reprimía, pero cuando el deseo es tan fuerte no hay represión que valga ¿entiendes? Y complicarme la vida, pues un día llegué de mi trabajo en la diputación como becario, entonces, y me lo encuentro y le digo qué te pasa y dice ay! Que todo el mundo me está llamando maricón, plumífero y tal. Entonces fue que te señalen algo con el dedo y que tu te conviertas en el plumífero de la residencia, en el maricón, en el ¿sabes? Que tu seas el circulito fácil pues esto, esto cuando ya te haces a gusto lo gestionas de otra manera, pero cuando eres jovencito el terremoto que te provoca como te decía antes, es tremendo [...] Actualmente yo vivo de forma independiente pero, por ejemplo, en la que está mi pareja pues él, él, él lo vive discretamente porque es una persona discreta pero no, no, no lo juzgan, ¿sabes? También es verdad que esta residencia es del IMSERSO, con lo cual pues ahí la iglesia no tiene nada que ver ¿sabes? (José Alfonso).

Un segundo modelo de regulación de la sexualidad en el espacio residencial es la aparición de interpretaciones acerca de la homosexualidad que la reducen a un producto secundario (el resultado de la ausencia de contactos heterosexuales que son sustituidos por lo que hay) o a una perversión o desviación psicológica, como en el caso del psicólogo tutor al que se refiere el informante:

Pues bueno; pero pero o sea a mí me han llegado a decir: no, no es que lo tuyo es mariconismo.... [...] es el psicólogo ¿sabes? Alguien que además además era mi tutor en la residencia. Una persona que era el intermediario entre la residencia y yo, para más para más inri ¿me entiendes? Aquella fue una época muy bonita irónicamente [...] y cuando yo me vi fuera de la residencia pues fue cuando realmente pude empezar a buscar lo que quería y cómo lo quería ¿no? [...] sí, sí porque según ellos yo no quería a [Miguel]; yo yo hacía aquello porque era un vicioso ¿sabes? Y bueno... y a él a él le dijeron lo llegaron a amenazar diciéndole que bueno que o dejábamos aquella relación o se lo iban a decir a su madre (José Alfonso).

La confluencia entre la actitud que se espera de una familia y las dinámicas del recurso residencial son una muestra de la retroalimentación que existe entre ambas en la regulación de la sexualidad y la exclusión de la diversidad. ¿Qué impacto presenta este tipo de regulación sobre la salud sexual de la persona? Las consecuencias apuntan en tres direcciones: la vivencia de una sexualidad bajo el modelo “excitación-cárcel” -que explicamos a continuación, la interiorización de la homofobia externa y las repercusiones corporales de la represión y la estigmatización.

Con el “modelo excitación-cárcel” nos referimos a las dinámicas de regulación de la sexualidad que propician que la única forma de vivirla sea transgredir la norma de la propia institución. Ello genera una dinámica en la que inicialmente se presenta el morbo y la excitación asociadas a la transgresión mientras que en un segundo momento la excitación deja paso a la vivencia de la represión y al sentir de las limitaciones que implica este modelo que ya no son compensadas por el morbo inicial. El informante anterior explica esta dinámica y la asocia al surgimiento, dentro de su experiencia, de un tipo de “tortura emocional” que le conduce a cuestionarse hasta qué punto lo que hace está bien:

O sea por un lado en la residencia te permite escaparte, te permite entre comillas, es un espacio en el que tu puedes buscar tus momentos de de de morbo si quieres porque al principio que te lo prohiban y tu te escondas de no se que sitio y te vayas a trescientos metros de la residencia a masturbar a esas persona [no entiendo] al principio te produce un morbo, al principio es muy excitante, y acabar mojado siempre [no entiendo] pero llega un momento en que la excitación se convierte de ser una excitación a ser una cárcel. [no entiendo] porque te has cansado de echar polvo y de que te mojen los calzoncillos ¿entiendes? Y bueno ahí ya empieza la tortura emocional de por qué no puedo vivir mi sexualidad; ¿estaré haciendo mal? ¿estaré haciendo bien? ¿seré una persona sucia? Y llegas a planteártelo ¿sabes? Llegas a casi a creerte que eres sucio, que eres....(Jose Alfonso)

La tortura emocional muestra una consecuencia de cómo la homofobia es interiorizada en la relación con la institución: en la medida en que no existen condiciones para ser vivida, la tensión institucional dentro-afuera (tener la homosexualidad dentro y querer, sin embargo, tenerla afuera) se traduce en una relación equivalente dentro del sujeto: para estar dentro de la institución la homosexualidad habría de quedar fuera de sí. Las dificultades fisiológicas en la sexualidad, tal y como son planteadas por el informante, bien pueden leerse como una repercusión corporal de esta tensión dentro-afuera, que ejemplifica la relación entre las instituciones y los cuerpos en este caso respecto a la eyaculación cis masculina:

O sea se juntan muchas cosas; se juntan muchas cosas que al final confluyen todas en una y es que pues mientras estás ahí estás amargado, amargado porque al final te lo dicen tantas veces que que bueno yo te puedo decir que las últimas veces que estuve con aquel chico lo pasé tan mal que ni siquiera, o sea la cosa fue digamos cada vez a menos; [no se entiende] los picos de deseo eran muy fuertes pero yo como sabía que aquello no llegaría a más pues llego un momento en que a lo mejor la erección sí la tenía pero yo en el último medio año que estuve con él no conseguí eyacular ni una sola vez, o sea con eso te lo digo todo [...] Quiero decir que si al final si vives el tema de una forma reprimida pues no lo disfrutas. Te digo lo de la eyaculación porque para mí, para mí, si tu estás disfrutándolo por dentro lo manifiestas por fuera, pero si no lo disfrutas pues al final ni por dentro ni por fuera. (Jose Alfonso).

P.4. La negación del derecho al placer en hombres cis gays y bisexuales mayores: la asociación de la sexualidad gay con el miedo al contagio

Uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos cuando abordamos la salud sexual de la población de hombres cis gays y bisexuales es la forma en que el VIH ha eclipsado la percepción y el discurso sobre la sexualidad en el terreno público. Un ejemplo de ello lo tenemos en el desarrollo de esta investigación, donde constatamos que en varios servicios de salud preguntar por salud LGTB puede conducir a una invitación a entrevistar a las profesionales que forman parte de los servicios de prueba rápida del VIH y/o de los programas públicos de prevención, que concentran la mayor parte de las estrategias de aproximación de los poderes públicos a la comunidad TLGBQI -traducida entonces por hombres cis gays y bisexuales-. Podemos decir que el terreno de la

prevención de VIH es aquel en el que se abren las expectativas de recibir población gay, modelando los servicios para prestar atención a esta parte del colectivo y favoreciendo así el uso de estos recursos por parte de la comunidad.

La necesidad de descentrar el discurso sobre la sexualidad de la prevención del VIH es un reto que es necesario acometer sin estigmatizar el estatuto seropositivo de las personas portadoras, independientemente de si pertenecen o no a la población TLGBQI; evitando las doble discriminación en caso de que así sea.

El descentramiento de la sexualidad del terreno de las infecciones y, con ellas, del imaginario de la enfermedad, cobra especial relevancia entre hombres cis gays y bisexuales mayores, quienes han de enfrentar además el mito de la ausencia de sexualidad, aquel por el que a partir de una edad imprecisa se convertirían en seres presuntamente asexuales. Son estos informantes quienes destacan que su sexualidad se ha envuelto culturalmente de un discurso de la enfermedad y el miedo que bien puede generar respuestas opuestas (la evitación de la sexualidad por miedo al contagio o la evitación de las normas de prevención para acceder a la sexualidad):

ENT24: claro pero no hemos, creo que hay que hacer más incidencia en todo lo que es el cuerpo humano, no solamente una parte de nuestro cuerpo que nos ha condicionado a todas nuestras generaciones y parece que nos sigue condicionando. Porque es que no se puede hablar de otro tema dentro de la sexualidad que no sea el VIH. [Hablan a la vez] de otras infecciones de transmisión sexual.

ENT26: yo siempre digo ITS, no de VIH solamente porque como he dicho al principio de esta conversación considero por ejemplo que la hepatitis C tiene peor pronóstico, peor tratamiento que el VIH.

ENT24: Si está bien, pero tú imagínate que siempre que se tenga que hablar de cuestiones culinarias te hablen del colesterol, de la hipertensión, es que no va. Para que voy a comer esto. O porque no voy a comer. Tenemos que ser conscientes de que estamos llevando la sexualidad y la reproducción y todo el derecho a una sexualidad saludable, a solamente al miedo al pánico, a que cuidado que está... mientras que nos están diciendo con todo el tema antropológico, la gente que pasa olímpicamente pero pasa olímpicamente de todas las instrucciones van y que quieren ... gozar.

Informantes que actualmente tienen edades que les hacen autocatalogarse como “mayores”, relatan la influencia de una educación de corte franquista así como la vivencia de la crisis de los ochenta que promovió una asociación entre el SIDA, la homosexualidad y el miedo a la muerte cuya consecuencia principal ha sido limitar la vivencia de la sexualidad como derecho al placer:

Pues yo creo que esta es una asignatura que arrastramos, esta como tantas en nuestra sociedad de que no nunca se pone se coge el toro por los cuernos, porque bueno, tenemos aquí unas edades, que buenos, nosotros en nuestras generaciones era tabú, tuvimos que romper muchísimo todo el tema de sexualidad, lo que pasa que siempre lo veíamos, como cuando era la ministra puso en marcha una campaña pónitelo, pónselo, la Matilde que fue la primera campaña que salió para usar el preservativo, de todo eso me acuerdo, del franquismo después de una situación pero se nos ha enfocado, creo yo mirando retrospectivamente se nos ha educado con miedo, con miedo hacia una sexualidad que tiene sus consecuencias, sean embarazos no

deseados sea el VIH, sea la gonorrea, la sífilis, no se ha hablado del derecho al placer. El derecho al placer que lo pueden tener los heteros, los gays, y los... eso lo tenemos toda persona humana desde ahí nunca se ha recogido el tema de la sexualidad, del derecho a la sexualidad (ENT24).

De este modo, podemos concluir que las trayectorias sexuales de la población de hombres cis gays y bisexuales se encuentran fuertemente atravesadas por la edad. Así, los informantes hombres cis gays mayores tienen mayor necesidad de rescatar y destacar la necesidad de vivir la sexualidad como derecho al placer.

P5. El modelo VIH céntrico de la prevención de ITS: prevención *de qué hacia quién*

En este apartado abordamos las problemáticas relacionadas con el campo de la prevención y el tratamiento de ITS en la población gay y bisexual formada por hombres cis. Como ya señalamos en el apartado anterior, un primer problema que hallamos es que la representación de las ITS en población de hombres cis gays y bisexuales está colapsada simbólicamente por el VIH que, a su vez, es aún fuente de un fuerte estigma social para quienes son portadores del mismo. Ello genera un descenso de la atención hacia la infección por otro tipo de ITS, como por ejemplo el virus del papiloma humano, relacionado con el riesgo de cancer rectal:

¿Somos conscientes del impacto del virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres? Mucho se habla de su influencia en el cáncer de cuello cervical, ¿será que en la cultura heteronormativa el hombre no es sujeto de riesgo a esta interacción con el cáncer anal? (Ismael Galve, miembro del Grupo motor de investigación)

Para atender a la prevención y el tratamiento de ITS, dos aspectos son claves a la hora de comprender y abordar el contexto actual. En primer lugar, la necesidad de definir a quién va dirigida la prevención dentro de la población altamente diversa de hombres cis gays y bisexuales o, dicho de otro modo, en qué sector del colectivo estamos pensando cuando hablamos de prevención. El impacto de las campañas de prevención, e incluso el acceso a los tratamientos, depende del sector de la población al que nos refiramos. Así, la población mayor y la población migrante (así como la intersección entre ellas en l*s migrantes mayores) son dos ejemplos de sectores cuyos condicionantes de vida producen una geografía particular de la exposición al riesgo que es necesario atender.

En segundo lugar, el contexto actual está atravesado por la emergencia de nuevos fármacos destinados a la prevención del VIH, cuyo significado es reinterpretado e incorporado por la población, modificando las condiciones en las que se llevan a cabo las interacciones sexuales y la propia percepción de la infección. Dado que este nuevo contexto es relativamente reciente, es necesario señalar que el uso de los fármacos moviliza distintas

posturas y razonamientos dentro del movimiento TLGBQI, sin que exista un consenso sobre las condiciones para su aplicación al terreno de la prevención del VIH. Por otro lado, la normalización de los tratamientos genera una percepción distinta de la experiencia de la infección y la enfermedad caracterizada por una relajación de las conductas de prevención y de la propia percepción del riesgo, así como una vivencia del VIH como una infección que puede desencadenar una enfermedad de carácter “crónico”:

La realidad del VIH actual es distinta y compleja. La enfermedad se ha “cronificado” y ha dejado de ser letal en aquellos lugares privilegiados por el acceso a los tratamientos. A la relajación en la percepción del riesgo en prácticas no seguras, se suman nuevas formas de interacción social (ciber y apps), nuevas generaciones de antiretrovirales más eficaces (disponibles libremente en internet) o la llegada del PrEP (profilaxis pre-exposición, Truvada) que ya es una realidad. La comunidad TLGBQI madrileña tiene que ser parte activa en cómo se articulan e informa de las medidas de prevención de riesgo y diagnóstico temprano del VIH. (Ismael Galve, miembro del Grupo motor de investigación)

En población migrante, la prevención de ITS y de conductas de automedicación dañinas para la salud - como determinados usos de los anabolizantes - están altamente condicionadas por el acceso efectivo a los centros sanitarios. Este acceso no depende exclusivamente de que los derechos estén reconocidos sino del bagaje anterior, es decir, de una relación previa con los poderes públicos atravesada por la exclusión sanitaria vivida a partir de la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012⁹⁰, que genera actitudes de precaución aún en la actualidad, cuando el acceso universal vuelve a estar garantizado:

Tenemos que partir de que, el hecho de, la prevalencia de hombres y mujeres trans es la prevalencia más alta de VIH, eh, entonces, el mayor inconveniente que tenemos, igual que te he dicho con el caso de mujeres trans, son situaciones de inmigración, que la gente no quiere acceder a centros sanitarios, cuando en Madrid por ejemplo sin problema puedes acceder, aunque ha habido unos años un poco conflictivos después de, de 2012. Las dificultades que podemos ver es mucho más a nivel de VIH, de ITSs, de infecciones de transmisión sexual, y luego malos usos también que se hacen de anabolizantes (ENT13).

En el caso de la población de hombres cis gays y bisexuales mayores el desarrollo de conductas de prevención está atravesado por la idea que exista en torno al amor y la autopercepción que tiene cada persona sobre cuáles son sus posibilidades de lograr relaciones afectivas duraderas. Así, la disponibilidad de una persona para negociar las condiciones bajo las cuales desea mantener relaciones sexuales (lo que afecta tanto a las conductas de prevención de ITS como a las de prevención de violencias) dependerá del grado de confianza que una persona tenga en que podrá generar nuevos contactos y nuevas relaciones. Los obstáculos al desarrollo de la sexualidad en personas mayores (la desexualización, la prevención de las relaciones por el miedo al contagio y la ausencia de espacios de socialización) juegan evidentemente en contra de la generación de esta

⁹⁰ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

autoconfianza. Los siguientes informantes apuntan al modelo del amor romántico como un factor no favorecedor de las negociaciones en la relaciones, vinculándolo con la transmisión de ITS en hombres cis mayores:

ENT25: ¿Hay tanto a pelo en personas mayores?

ENT24: lo que pasa que nunca se habla porque están tan ocultos, hay mucha, y se trasmite muchas infecciones de transmisión sexual y mucha cuestión romántica que se nos ha quedado en el amor romántico...

ENT26: eso también pasa en los jóvenes, eh, cuidado.

ENT24: que nosotros está el amor romántico no ha nacido ahora, ha nacido hace mucho tiempo, pero lo tenemos muy interiorizados, los mayores, entonces viendo como muchas personas mayores te lo comentan que ellos lo que quieres es buscar al hombre de su vida, y dices bueno, eso es lo más importante en una vida cuando no te cuidas, cuando tendría que ser mucho más educar la persona en la responsabilidad, de su cuerpo, de su vida, darle a ellos o que me lo den a mí, hablando de mí, a mí me viene una persona tienes que hacer esto, tienes que hacer lo otro, y bueno, pues ya pensare yo; soy una persona que me tienen que entrar las cosas, las tengo que codificar, pensar y luego actuar, y tengo el derecho a equivocarme, porque como no partamos de ese principio y que tenemos que, pues nos vamos a encontrar con personas que queremos que sean copias nuestras, de nuestro pensamiento, porque muchas veces nosotros decimos una cosa y hacemos otras.

La población migrante con dificultades de acceso efectivo a los centros de salud y la población mayor proporcionan dos casos que ejemplifican la necesidad de abordar las condiciones estructurales y el modelo de socialización del amor a la hora de planificar estrategias de prevención⁹¹. Traerlas aquí sirve también para abordar la cuestión que se plantea en el grupo cualitativo de hombres cis gays y bisexuales acerca de si la información es o no la clave de la prevención y, por consiguiente, si la ausencia de información es la causa que se halla detrás del no descenso de nuevas infecciones de VIH en la actualidad. La baja efectividad de la información es contrastada por el siguiente informante al señalar que dentro de las aplicaciones de contactos aparece ya la demanda explícita de mantener relaciones sexuales sin preservativo:

Dando esa información al sistema educativo, está fallando, entre gente que tiene la información y aun así si enciendes el Grindr o cualquier aplicación [y] hay cantidad de gente que quiere follar a pelo. (ENT25).

Frente a una teoría basada en que las conductas desarrolladas dependen de la cantidad de información disponible, aparecen otros modelos explicativos que atienden a las condiciones que generan la recepción activa de esa información y la interacción productiva que se establece con ella: el grado en que es percibida como útil, relacionada con la persona y reapropiada por esta dentro de sus negociaciones en las prácticas sexuales. A la hora de valorar las condiciones que hacen posible la apropiación del (auto)cuidado en torno a la

⁹¹ Al inicio de este capítulo señalamos que una de las dificultades que plantea el modelo actual de sexualidad hegemónico en ambientes gays es la desconexión del cuerpo y los afectos. La cuestión es hasta qué punto las estrategias de prevención abundan en esta brecha o contribuyen a superarla, lo que vaticina los sectores de población a los que se tendrá acceso con ellas según cómo se relacionen con dicho modelo.

prevención de ITS, aparecen dos cuestiones a tener en cuenta: cómo se comenzó a recibir la información en torno a la prevención durante las etapas de inicio de relaciones sexuales y/o previas, y cuáles son las condiciones actuales de malestar general y en particular socio-económico, que proporcionan el contexto en el que las relaciones sexuales son vividas y significadas.

Debatiendo acerca del incremento de infecciones en jóvenes menores de 30 años, el siguiente informante relaciona dicho aumento con una educación sexual basada en el modelo anticonceptivo, según el cuál lo que hay que prevenir son los embarazos entre parejas heterosexuales. Así, este modelo, que promueve un uso del preservativo alejado de la prevención de las ITS, ha constituido el marco de socialización de barreras de latex como el condón, frecuentemente presentado en el contexto educativo bajo el paraguas del imaginario heterosexual:

A mí me llama la atención porque yo nací en el año 92 y [...] lo que yo he visto durante mi carrera estudiantil de primaria y secundaria ha sido muy poquitos talleres sobre salud sexual, entre comillas, que bien podían llamarse talleres sobre evitar un embarazo no deseado porque es a lo único que se dedicaban. Eh, no me ocurre lo mismo que a ti, lo que tú has dicho de, que en tu época no se contemplaba el derecho al placer, cuando en mis institutos o en mis colegios se hablaba de sexo, cuando venían a hablarte de sexo las pocas veces se daba por hecho que te ibas a divertir, se daba por hecho que ibas a tener una relación sexual con una mujer, y se daba casi por hecho que tu ibas a mantener una relación sexual con una mujer sin preservativos, sin tomar medidas y por eso ellos querían poner el foco ahí, les preocupaba mucho eso, pero en ningún momento se habló nada de ITS [...] A mí lo que me dijeron es que había que ponerse el preservativo, eh para evitar un embarazo no deseado, para evitar dejar embarazada a una mujer, y cuidado, esto, yo recuerdo hace ya muchos años, en los primeros años de salud sexual que yo recibí, entre comillas, que decían que si tenías una pareja estable podías plantearte usar eh la píldora convencional (ENT26).

En segundo lugar, las condiciones en que una persona mantiene relaciones sexuales no están alejadas del resto de sus condicionantes vitales. Dicho de otro modo, *cómo mantenemos relaciones sexuales* está relacionado con la manera en que habitamos el mundo bajo nuestras condiciones de existencia así con cómo nos sentimos en él. Resulta revelador el modo en que, finalizando la discusión del grupo cualitativo de hombres cis gays y bisexuales, se plantea el vínculo entre el estado en que una persona busca mantener relaciones sexuales un día concreto y las condiciones laborales que vive durante el resto de la semana. Llegar bajo una sensación de sentirse “oprimido” proporciona el contexto para abordar la sexualidad como un espacio de desconexión con el control y las normas, incluidas aquellas relacionadas con la prevención:

ENT25: en una aplicación de osos hay además un banner del sida que estuvo bastante creativa la cosa, el, a mí el problema no está solo en la información, es que aunque la gente tenga la información...

ENT23: lo que pasa que luego un viernes te vas a la disco, te pones hasta el culo...

ENT25: hay algo detrás profundo, jodido de abordar, que por mucha información que le des a alguien te...

ENT23: pero que es jodido porque te pasas toda la semana currando, y te pasas toda la semana presionada, y te pasas toda la semana oprimido y cuando llega el viernes lo que quieres es irte con los amigos y ponerte hasta el culo, y a beber y a drogarte, porque es que es así.

ENT25: si, si...

ENT23: y es que eso es tan humano como la sexualidad, pero así lo digo, y claro llegan en esos momentos en que tú, tu grado de consciencia no siempre es el mismo y te pueden pasar cien mil historias.

ENT26: pero para eso tendrás que tener la información necesaria para...

ENT23: aunque tengas la información necesaria, o sea, que lo he visto, en un bar, de una cosita así treinta tíos. [No se comprende bien] que no, que pasa, y que esta droga hoy que estas en esa situación y estas disfrutando.

Justamente, el uso de las drogas en contextos sexuales, al que se refiere el último informante, da lugar al conocido problema del “Chemsex” (acrónimo de “chemical sex”), que puede definirse como practicar sexo bajo el efecto de drogas de manera intencional. Según un estudio reciente, realizado por el Barcelona Checkpoint⁹² sobre una cohorte formada por hombres cis gays y bisexuales y mujeres trans, usuari*s del servicio entre 2009 y 2016, se trata de un problema minoritario que afecta al 6,4% de l*s usuari*s pero que, sin embargo, se presenta con una clara tendencia al alza. El estudio señala que el perfil medio de consumidor está formado por personas nacidas en el Estado español, con estudios universitarios y una edad comprendida entre los 25 y los 34 años (BCN Checkpoint, 2017). La principal problemática que presentan es el incremento del riesgo de infección de ITS, el aumento del grado de seroconversión respecto al VIH (hasta tres veces mayor entre usuari*s de chemsex⁹³) y los riesgos propiamente derivados del consumo de psicoactivos (entre ellos el riesgo de adicción)⁹⁴. L*s profesionales de la salud entrevistados dan cuenta del fenómeno entre pacientes que acuden a su consulta, señalando la aparición de una “nueva tendencia” que combina un conjunto particular de drogas con la práctica del sexo:

...aquí entonces, el otro día por ejemplo, con paciente mío pues, tuvo una rectorragia importantísima porque bueno pues el chemsex, practicó el fisting y otra serie de prácticas más con todo tipo de... que claro luego viene y te dice que, que, que, que no entiende cómo se ha visto metido ahí, que no entiende cómo... entonces, esa nueva tendencia, esa nueva, pues está haciendo que cosas que estaba más o menos dentro de un... se empiecen un poco a desmadrar”. (ENT61).

⁹² “BCN Checkpoint es un centro comunitario de detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual dirigido a hombres gays, otros hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transexuales”, creado en 2006. (Ver web: <http://www.bcncheckpoint.com/>).

⁹³ El porcentaje de seroconversión de la cohorte que conforma el estudio crece del 2,4 % de no usuari*s de chemsex al 9,1 % entre usuari*s de chemsex.

⁹⁴ A la hora de valorar estas conclusiones, hace falta tener en cuenta que, justamente, el riesgo de adicción nunca viene dado sólo por la sustancia, si no precisamente por el hecho de que su consumo se asocie a situaciones que son vividas como placeres máximos que se busca repetir.

Ahora bien, las causas de esta tendencia hay que buscarlas, de nuevo, en la relación con el entorno y, en particular, en las condiciones en que la identidad sexual y/o de género es vivida. Los compuestos psicoactivos utilizados en este tipo de prácticas, utilizados para favorecer encuentros sexuales largos con múltiples compañer*s, presentan efectos relacionados con la desinhibición, un nivel leve de anestesia, la euforia y la excitación sexual. Si el estudio de Barcelona Checkpoint comienza relacionando el chemsex con las adversidades derivadas del nivel de “heteronormatividad” del entorno, investigaciones en Reino Unido relacionan el uso de sustancias psicoactivas en el sexo con el manejo de sentimientos negativos como la falta de confianza y autoestima, la homofobia internalizada y el estigma en torno al estatus serológico respecto al VIH (BMJ, 2015:351). En el siguiente diálogo, los informantes relacionan la “pulsión” hacia las drogas en el sexo con una frustración ligada a la fragilidad social que caracteriza el contexto socioeconómico de crisis desde el 2008:

ENT25: Y luego, otra cosa que quería sacar es el tema de, el tema del incremento brutal de las depresiones y frustración general de una sociedad tan competitiva como la que tenemos, que es muy fácil, porque somos cada vez más frágiles porque vivimos en un contexto económico que hace que cualquiera este expulsado a la mínima de cambio, y más desde el 2008 con la crisis.

ENT23: no hace falta.,

ENT25: o sea, y no te parece que esa pulsión hacia las drogas, hacia un tipo de placer rapidito y artificial no va un poco por ese lado de la frustración brutal

ENT26: es una válvula de escape, pero es que volvemos a lo que decía antes, nos tenemos que acostumbrar a formar personas para que de forma sana y de forma estable razone que esa válvula de escape no es correcta, y que le puede traer más problemas de los que tiene ahora.

Es por ello que, como señala el siguiente informante, las campañas de reducción del daño necesitan ser complementadas con otro tipo de trabajo que incida sobre la propia necesidad de consumo:

ENT25: Bueno que, abordamos solamente la parte más superficial del problema, que es qué bueno, ya que te vas a drogar no te envenenes, no?

ENT26: si es [no se comprende]

ENT25: una vez alguien drogado es muy fácil que se te olvide ponerte el condón, o sea es muy fácil que ocurra una casuística de accidentes jodidos... y es jodido de abordar. No quiero parecer un cenizo, pero...

La problemática que presenta el Chemsex respecto al incremento del riesgo de infección dentro de un amplio espectro de ITS, sucede también con el uso de las profilaxis pre y post exposición respecto al riesgo de infección por ITS distintas al VIH. Actualmente, existen dos tratamientos farmacológicos para prevenir la infección por VIH, conocidos por sus siglas PEP y PrEP. La PEP, o profilaxis post-exposición, se utiliza después de haber realizado una práctica de riesgo y su toma debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores

a la práctica, manteniéndose durante un periodo de 28 días. La PrEP,⁹⁵ o profilaxis pre-exposición, se administra antes de realizar las prácticas de riesgo durante al menos siete días mediante tomas controladas y continuadas. Dado que se trata de un medicamento altamente costoso, su acceso se realiza frecuentemente mediante el mercado negro y, tal y como constata el siguiente informante, suele ir acompañado de fraudes respecto al producto recibido:

Con la PREP, la PREP en España no está regulada, entonces es cierto que hay gente que la está usando, está comprando pastillas que la encuentran por internet, y que son pintadas, están vendiendo paracetamol pintado de azul, básicamente, y yo creo sobre la PREP no se está hablando todavía, la PREP es la profilaxis predisposición, se trata de que tú te tomes antes de mantener una relación sexual eh dos pastillas de Trovada creo, que es (ENT26).

La PrEP está comenzando a formar parte de las conductas de prevención entre hombres debido a que se ha demostrado tener una alta efectividad para prevenir la infección por VIH en personas seronegativas, si bien no presenta ningún tipo de efecto sobre la protección frente a otras ITS. Algun*s profesionales señalan que puede resultar un método de prevención eficaz para aquellos sectores de la población a los que la información relacionada con la cultura del condón no llega:

Creo que tenemos que movernos de perspectivas moralistas ante el sexo y hay personas que pueden tener toda la información que quieran sobre todo esto pero que deciden en determinados momentos tener prácticas de riesgo y si tenemos una medicación que evita la transmisión de una enfermedad porqué no facilitarla? (ENT60).

El grado en que la PrEP modela los contextos en los que tienen lugar las relaciones sexuales entre hombres cis empieza a reflejarse también en la aparición de encuentros en los que se motiva la profilaxis no sólo propia sino también de los compañeros sexuales. De este modo, se registra ya una demanda de estar tomando la PrEP para poder acceder a determinados encuentros sexuales con la sensación consiguiente de que no hacerlo disminuye las oportunidades de participar en ellos⁹⁶.

Así pues, el estado de la cuestión en torno al uso de las profilaxis para el VIH remite a un complejo escenario en el que es necesario combinar varios aspectos. Por un lado, cabe tener en cuenta la utilidad práctica de las diferentes profilaxis para la prevención del VIH en determinados sectores de la población especialmente vulnerabilizados, en particular por la homofobia y la transfobia social. Al mismo tiempo, el uso de las profilaxis plantea tres retos paralelos: afrontar el riesgo de infección de otras ITS, un uso que no reemplace a la

⁹⁵ Actualmente, se encuentra en proceso de aprobación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA)

⁹⁶ Esta información proviene de un testimonio de un participante del grupo motor de esta investigación en comunicación personal, reflejado aquí bajo su consentimiento.

cultura del condón y un escenario de intervención que se genere desde el vínculo entre profesionales y la población. Así pues cómo afrontar el acceso a los tratamientos sin que ello conlleve un “olvido preventivo” es una cuestión que interpela a la propia arquitectura institucional sobre el VIH: al modo particular en que se combina el tejido que gira en torno al tratamiento (servicios, subvenciones y recursos) con el que gira en torno a la prevención:

Mi percepción es que la prevención del VIH está olvidada en las agendas sanitarias específicas de la comunidad TLGBQI a subvenciones puntuales de asociaciones. Llegan hasta donde llegan, la información está disponible pero no se traduce en el día a día de la sexualidad de muchxs compañeros/as [...] Ese “olvido” en gran medida coincide con una eficaz red sanitaria en torno al “tratamiento” del HIV que permite contener la expansión a tasas insoportables, pero ¿en cuanto a la prevención? Tenemos derecho a elegir una sanidad respetuosa con la sociedad, que nos considere más allá de un número en la estadística. Los números no hablan del impacto del estatus serológico en nuestra vida cotidiana (serofobia, discriminación laboral, social, impacto psicológico...), tenemos que garantizar que el acceso las personas migrantes sin papeles a los tratamientos y medidas de prevención no vuelva a ser eliminado por políticas que eliminan el derecho a la sanidad universal, derecho a exigir que la llegada de nuevos y caros tratamientos disponibles no reemplacen la cultura del condón, preservar los mermados presupuestos en prevención y evitar que sean devorados para beneficio de la big pharma y nos impongan la pastilla diaria frente al “póntelo-pónselo” y el denostado condón (Ismael Galve, miembro del Grupo motor de investigación)

Capítulo 7

CONSIDERACIONES EN TORNO A LA DIVERSIDAD CORPORAL Y LAS INTERSEXUALIDADES

CONSIDERACIONES EN TORNO A LA DIVERSIDAD CORPORAL Y LAS INTERSEXUALIDADES

7.1. INTRODUCCIÓN

La pertinencia de aproximarnos en este informe a las intersexualidades proviene de su consideración como variantes del desarrollo sexual y, por consiguiente, de la diversidad corporal. Este punto de vista que da sentido al paraguas TLGBQI es un enfoque particular que convive con otros enfoques que han problematizado la intersexualidad como una alteración o trastorno genético, hormonal, gonadal y/o anatómico, que provoca que la persona no se corresponda con los rasgos bajo los cuales la biomedicina define el sexo a partir del siglo XIX. Si bien en la construcción de dicho discurso ha tenido un protagonismo particular el ámbito biomédico, cabe destacar que la propia literatura médica tampoco es homogénea respecto a la consideración de las intersexualidades como trastornos. De esta forma, dando cuenta de la enorme complejidad del tema y la diversidad de posturas, nos aproximamos aquí a las intersexualidades como corporalidades que entran en conflicto con las expectativas en torno al sexo dicotómico: qué características corporales -genéticas, hormonales, gonadales o anatómicas- se espera de los hombres y cuáles de las mujeres. En términos clínicos, abarcan todo un conjunto de síndromes diversos, algunos de los cuales poseen características que pueden requerir un acompañamiento médico mientras que otras no plantean una amenaza a la supervivencia y a la salud sino un conflicto social de aceptación de la diversidad corporal, frecuentemente gestionado desde el terreno de las consultas médicas.

A la hora de incorporar las intersexualidades a un proceso de investigación participada nos encontramos con la dificultad de contar con voces que puedan hablar de las problemáticas en primera persona en la ciudad de Madrid. Esta dificultad se acrecienta por el hecho de que, a diferencia de otros contextos geográficos, en el caso español no existe un sujeto político “intersexual”, esto es, las personas que se organizan no lo hacen en torno a una categoría común como pueda ser “intersexual” sino en torno al síndrome concreto que viven (la categoría diagnóstica). Si damos por válido el paraguas TLGBQI como un

ángulo para aproximarnos a la realidad que propone agrupar las diversidades de género, las diversidades corporales y las diversidades sexuales, paraguas con el que hemos trabajado desde el Grupo Motor, entonces, la relación de las personas intersexuales con el colectivo TLGBQ es diferente a la que mantienen otras identidades y posiciones integradas en dicho paraguas, en tanto es un asunto que, de ser pertinente para las personas intersexuales, está aún por construir. Dicho de otro modo, qué es lo común entre las identidades TLGBQ y la “I” (cuyo contenido está por definir) es un tema vigente. Por ello, el objetivo de esta investigación ha sido proporcionar un contexto de contacto entre la investigación como lugar de construcción de condiciones de posibilidad para *habitar el espacio común de las diversidades* y algunas realidades intersex. La intención es, así, tejer puentes que ni nieguen ni compitan con otros posicionamientos en torno a los DSD / Intersexualidades sino que multipliquen las alianzas en torno a la diversidad.

Paralelamente, coincidiendo con el periodo de elaboración de esta investigación, el Ayuntamiento de Barcelona (2016) ha publicado un estudio cualitativo amplio centrado en el abordaje específico de las problemáticas de las personas con DSD/Intersexualidades. Se trata de la primera experiencia de aproximación de las instituciones públicas en el contexto español que logra esclarecer demandas de la propia población intersexual / DSD atendiendo a su diversidad interna, esto es, a las problemáticas concretas de las personas con distintas condiciones intersexuales a lo largo de distintos ciclos de la vida.

En este contexto, la finalidad de este apartado se limita a tres aspectos. En primer lugar, dar cuenta de la invitación a crear y ocupar un espacio común que hay detrás del uso del término paraguas “TLGBQI”. Esa invitación surge del colectivo TLGBQ -en el nuestro caso concreto del Grupo Motor-. Reconocer la direccionalidad de esa invitación es una cuestión necesaria para evitar que las invitaciones acaben siendo apropiaciones o disputas por la realidad alejadas de las personas concretas que viven con condiciones reales en su cotidianidad. En segundo lugar, en este apartado recogemos los cambios legislativos que afectan a personas intersexuales a raíz de la aprobación de la Ley 2/2016⁹⁷ de la Comunidad de Madrid. En tercer lugar, nos limitamos a reflejar algunas de las problemáticas que han manifestado familiares de personas con HSC (Hiperplasia Suprarrenal Congénita) en reuniones mantenidas con el Ayuntamiento de Madrid en el marco de este proceso de investigación⁹⁸.

⁹⁷ Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* n° 169, 14 de julio de 2016.

⁹⁸ Agradecemos a García-Dauder, profesor e investigador de la Universidad Rey Juan Carlos, el trabajo de acompañamiento y facilitación de las reuniones.

7.2. DIMENSIÓN DE LOS CAMBIOS LEGISLATIVOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: DE LA INTEGRIDAD CORPORAL A LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SOCIAL POR MOTIVOS DE DIVERSIDAD CORPORAL

Proporcionar un espacio a la intersexualidad es un asunto especialmente necesario a partir de los últimos cambios en el ámbito legislativo. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, bajo el paraguas de la Ley 2/2016, las intersexualidades aparecen como formas de diversidad corporal sobre las que recaen distintos mecanismos de protección. La Tabla 10 recoge aquellos epígrafes de la ley que regulan específicamente la atención a las personas intersexuales, si bien cabe tener en cuenta que encontramos alusiones a lo largo de todo el texto legislativo.

Existen tres aspectos que es necesario destacar. En primer lugar, el título preliminar de la Ley opta por definir la “intersexualidad” como una variante biológica que demanda formas nuevas de entender el cuerpo, superando las definiciones clásicas de masculinidad y feminidad:

Intersexualidad: variedad de situaciones en las cuales, una persona nace con una anatomía reproductiva o sexual que no parece encajar en las definiciones típicas de masculino y femenino (Art. 1)

A partir de este encuadre como parte de una diversidad corporal que quiebra expectativas sociales (qué cuerpos se esperan y celebran y cuáles no), los artículos específicos sobre intersexualidad reconfiguran las decisiones clínicas que pueden tomarse en el ámbito hospitalario de la Comunidad de Madrid. La más llamativa es la limitación de las cirugías genitales cosméticas, consistentes en la modificación de los genitales para mejorar la apariencia de normalidad sin consentimiento de la persona afectada. Sin embargo, hay otras decisiones que se ven afectadas por la ley como la extirpación quirúrgica de las gónadas⁹⁹ o la limitación de las inspecciones genitales, por los efectos que puede tener sobre la persona. Se trata de modificaciones legislativas basadas en un concepto de protección de la integridad corporal, que afectarán a las decisiones clínicas de los equipos hospitalarios, en particular en cuanto se refiere a las áreas de pediatría, endocrinología y cirugía. La vocación de la ley es generar un marco para entender la intersexualidad fuera de la patología, razón por la que no legisla sobre necesidades concretas de cada una de las múltiples condiciones intersexuales.

⁹⁹ En casos de Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos se ha optado normalmente por la extirpación de los testículos en pacientes mujeres.

Preámbulo

[...] En el caso de las personas intersexuales, y de manera novedosa, la presente norma garantiza la integridad corporal de los menores intersexuales hasta que estos definan su identidad sentida y les ofrece protección de su intimidad y dignidad frente a prácticas de exposición y análisis de carácter abusivo. La protección de las personas intersexuales exige el reconocimiento de la diversidad de los cuerpos humanos y la erradicación del prejuicio según el cual existe un único patrón normativo de corrección corporal, que lleva a que menores intersexuales sean operados en su infancia para asimilarlos al patrón normativo de hombre o mujer, sin saber cuál es la identidad de dicha persona y cometiendo con ello frecuentes errores que luego condicionan gravemente la vida de la persona intersexual. Sin conocimiento de la identidad de género sentida por la persona intersexual: hombre, mujer o simplemente intersexual, cualquier intervención quirúrgica que asimile al menor a una identidad puede ser una auténtica castración traumática

[...] Artículo 3.- Objeto

[...] 4. A que se respete su integridad física y psíquica así como sus opciones en relación a sus características sexuales y su vivencia de la identidad o expresión de género.

[...] Artículo 4.- Reconocimiento del derecho a la identidad de género libremente manifestada

[...] 3. Quedan prohibidas en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid las terapias de aversión o de conversión de las manifestaciones de identidad de género libremente manifestadas por las personas, así como las cirugías genitales de las personas intersexuales que no obedezcan a la decisión de la propia persona afectada o a la necesidad de asegurar una funcionalidad biológica por motivos de salud.

[...] Artículo 15.- Atención sanitaria a personas intersexuales

1. El sistema sanitario público de Madrid velará por la erradicación de las prácticas de modificación genital en bebés recién nacidos atendiendo únicamente a criterios quirúrgicos y en un momento en el que se desconoce cuál es la identidad real de la persona intersexual recién nacida. Todo ello con la salvedad de los criterios médicos basados en la protección de la salud de la persona recién nacida y con la autorización legal.

2. Se procurará conservar las gónadas con el fin de preservar un futuro aporte hormonal no inducido. Incluyendo en los controles los marcadores tumorales.

3. No se realizarán pruebas de hormonación inducida con fines experimentales ni de otro tipo hasta que la propia persona o sus tutores legales, así lo requieran en función de la identidad sexual sentida.

4. Se limitarán las exploraciones genitales a lo estrictamente necesario y siempre por criterios de salud.

5. Se formará al personal sanitario haciendo especial hincapié en la corrección de trato y la privacidad.

6. Se preservará la intimidad del paciente en su historia clínica de manera que no todo el personal sanitario que acceda a ella pueda conocer su cambio de identidad de género, salvo cuando sea estrictamente necesario.

Tabla 10. Apartados de la Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid directamente referidos a Intersexualidad

En tercer lugar, la Ley recoge medidas contra la discriminación social por “características sexuales”, refiriéndose con ello a las personas intersexuales (ver Art. 5 y Art.8 en Tabla 11). Así, más allá del terreno médico, la ley trata de promover medidas contra la discriminación en el ámbito social, cultural, laboral y educativo (Art. 8). Si bien su alcance es transversal, son también medidas que afectan a la promoción de la salud y a la atención sanitaria y que se caracterizan por tener en cuenta a las personas intersexuales más allá del periodo de la infancia.

Artículo 5.-No discriminación por motivos de identidad de género, expresión de género o características sexuales

1. La Comunidad de Madrid reconoce a todas las personas libres e iguales en dignidad y derechos, con independencia de su orientación sexual, de la identidad y/o expresión de género que manifieste o de sus características sexuales.

[...] 3. A los efectos de esta Ley se considera prohibida toda forma de discriminación por razón de identidad de género, expresión de género o características sexuales incluyendo la discriminación, directa o indirecta, por asociación y por error, la discriminación múltiple, el acoso, la inducción, orden o instrucción de discriminar, las represalias o el incumplimiento de las medidas de acción positiva derivadas de obligaciones normativas o convencionales, así como la victimización secundaria por inacción de quien tiene un deber de tutela.

[...] Artículo 8 .- Servicios de asesoramiento y apoyo a las personas transexuales, sus familiares y personas allegadas

1. La Comunidad de Madrid garantizará que las personas transexuales tengan acceso a servicios:

A. De información, orientación y asesoramiento, incluido el legal y de asistencia social con inclusión de sus familiares y personas allegadas en relación con las necesidades de apoyo específicamente ligadas a la condición de persona trans siguiendo los principios de cercanía y no segregación.

B. De promoción de la defensa de los derechos de este colectivo y de lucha contra la discriminación que este padece en el ámbito social, cultural, laboral y educativo.

C. De asesoramiento de los técnicos o cuadros directivos de las organizaciones no lucrativas que atiendan a las necesidades de las personas trans.

[...] 4. Los servicios referidos en el presente artículo atenderán también de forma específica a las personas intersexuales.

Tabla 11. Artículos de la Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid, relacionados con protección contra la discriminación, en los que se hace referencia a la Intersexualidad

7.3. ALGUNAS DEMANDAS DE FAMILIARES DE PERSONAS CON HSC

La Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) es una condición en la que la ambigüedad genital puede acompañarse de una pérdida salina por déficit de cortisol. Este último aspecto requiere de intervención clínica a partir del nacimiento y a lo largo de la vida. Por el contrario, la ambigüedad genital genera problemas a nivel de la aceptación social, de modo que la falta de condiciones para convivir con las diversidades corporales, en este caso genitales, es lo que conduce a graves dificultades para la persona y sus familiares.

Un resumen de las demandas de la Asociación Española de Hiperplasia Suprarrenal Congénita¹⁰⁰, recogidas en este proceso de investigación, pueden verse en la Tabla 12. Este conjunto de demandas no resume las demandas del colectivo de familias de personas con HSC, sino que hay que entenderlas en el marco del diálogo con el Ayuntamiento de Madrid en el contexto actual. Así, se trata de cuestiones clínicas en las que el Ayuntamiento puede ejercer capacidad de interlocución con otras administraciones y, en algunos casos, poner en marcha medidas que se hallan bajo su competencia. Las demandas aquí reflejadas están únicamente relacionadas con la atención médica y hospitalaria debido a que, aún hoy, existen graves déficit en la atención a personas con HSC que afectan a la supervivencia de las personas.

- 1- Cribado neonatal
- 2- Formación de un equipo multidisciplinar en los hospitales
- 3- Acceso a Somatropina (hormona de crecimiento) en los casos que sea conveniente
- 4- Protocolo en urgencias
- 5- Ingresos hospitalarios y las Urgencias hasta los 14 años en Infantil
- 6- Referente a las recetas médicas: tratamiento como pacientes crónicos
- 7- Receta electrónica en niños con medicaciones "especiales"
- 8- Cobertura de la Tarjeta sanitaria
- 9- Apoyo en FIV* para aquellos padres portadores que lo demanden
- 10- Revisión del Decreto de Enfermedades Graves
- 11- Permiso para niños con enfermedades graves
- 12- Inclusión en criterios de Discapacidad

*Tabla 12. Demandas de la Asociación de Hiperplasia Suprarrenal Congénita trasladadas al equipo investigador. *FIV = Fecundación in vitro*

El primer conjunto de demandas es el acceso a técnicas y/o medicaciones necesarias para la persona con HSC. Así, se demanda la inclusión del HSC en el cribado neonatal, el acceso a la hormona de crecimiento (somatropina) en los casos en los que sea oportuno. Así, como señala la Asociación:

¹⁰⁰ Para más información puede consultarse su web en : <http://hiperplasiasuprarrenalcongenita.org>

Aunque parezca sorprendente, las pruebas de detección precoz de enfermedades graves al nacer (la famosa “prueba del talon”) incluye solo aquellas enfermedades que cada CCAA decide... en el caso de la HSC solo está cubierta en algunas CCAA y esto supone que en otras CCAA haya niños o adultos sin diagnosticar pero sobre todo muertes neonatales sin diagnosticar debidas a esta enfermedad. Es una prioridad de esta asociación que esta prueba se incluya en todas las CCAA ya que las formas mas graves de la enfermedad pueden no llegar a diagnosticarse a tiempo y es fácil de demostrar que en aquellas CCAA donde se incluye es donde más pacientes diagnosticados hay¹⁰¹.

El acceso a determinados medicamentos requiere de la facilitación de las recetas médicas - y la consideración de pacientes crónic*s en el sentido de requerir una atención continuada a lo largo de la vida-. En concreto, el acceso a la hidrocortisona es un asunto problemático que halla obstáculos al no poder expedirse receta electrónica.

El segundo conjunto de demandas apunta de ajustar la estructura de la atención sanitaria a las necesidades de la población con HSC. Este aspecto implica, por un lado, modificar los protocolos de Urgencias y los ingresos hospitalarios¹⁰² con la finalidad de que estos sean capaces de responder a tiempo y de manera adecuada a las necesidades médicas de la población con HSC:

Habíamos pensado en una Alerta médica en la ficha de los pacientes diagnosticados con HSC, con el objetivo de cuando abran el expediente salte dicha alerta con las medidas de actuación. (en 2014 murió un niño de 4 años con HSC, en el Hospital Virgen de la Arrixaca, salió en los medios de comunicación y el hospital reconoció la negligencia médica). El niño había estado en un centro médico anteriormente y tampoco duplicaron dosis ni nada. Cuando llegó al hospital perdieron tiempo en hacer pruebas y el niño murió. Quiero resaltar que lo vieron diferente médicos de distintos centros y ninguno supo actuar ante una crisis suprarrenal.

Por otro lado, la Asociación demanda de formación de equipos interdisciplinares capacitados en acompañamiento a personas con HSC, coordinando las etapas de infantil, juventud y adultez, que incluyan tanto a profesionales del sector social (psicólog*s y trabajador*s sociales) como a padres y madres de personas con HSC:

Formación de un equipo multidisciplinar en los hospitales que lleven conjuntamente al paciente de HSC, ya es necesario la coordinación de todos. Endocrino-pediatra-psicólogo-cirujano-ginecólogo (en pubertad y en adelante). Además en el nacimiento consideramos importante que el diagnostico no sea solo en consulta con Endocrino sino que colaboren psicólogos y trabajadores sociales. Además si estos colectivos pudieran conocer de la existencia de la asociación de HSC creemos que podría involucrarse desde el principio e incluso algunos

¹⁰¹ Las citas aquí presentadas pertenecen al documento escrito aportado por la Asociación Española de Hiperplasia Suprarrenal Congénita en las reuniones realizadas en el marco de esta investigación.

¹⁰² En los ingresos hospitalarios existe el problema de que, hasta los 14 años, los historiales están en infantil mientras que a partir de los 11 años las personas que ingresan son derivadas a adult*s.

padres/madres colaborarían en estos primeros meses ya que sabemos lo importante del apoyo de otros pacientes en estos casos.

El tercer conjunto de demandas se refiere a la necesidad de garantizar un acceso equitativo a los recursos sanitarios en personas y familias que requieren con asiduidad de dichos servicios públicos y que su acceso, en la actualidad, depende de las condiciones económicas propias de cada unidad familiar. Este conjunto de demandas incluye el tratamiento de las personas con HSC como pacientes crónicos, la incorporación en el Decreto de Enfermedades Graves y la cobertura de la tarjeta sanitaria.

Por último, en materia de reproducción asistida, se demanda el apoyo para acceder a la Fecundación In Vitro (FIV) en aquellas madres o padres portador*s que los demanden.

Capítulo 8

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PERSONAL SANITARIO HACIA LAS PERSONAS
LGTB: ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA
SALUD DEL MUNICIPIO DE MADRID**

Capítulo 8

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL SANITARIO HACIA LAS PERSONAS LGTB: ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE MADRID

7.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo exponemos los resultados de la encuesta desarrollada en el marco de la presente investigación, que tiene por objeto conocer los conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario hacia las personas LGTB. Se trata de un capítulo que proporciona un recorrido global sobre la percepción de las y los profesionales sobre las problemática en salud sexual y reproductiva de la población así como sobre el modelo de atención desarrollado en la práctica.

Tras evidenciar los resultados, discutimos los mismos en diálogo con el análisis cualitativo previamente expuesto. Las conclusiones conducen a revisar: (I) el marco de género de la cultura médica y la práctica (socio)sanitaria, (II) las preconcepciones en torno a la sexualidad que guían los saberes expertos, (III) los entornos profesionales, (IV) los sentires profesionales respecto a población TLGBQI y (V) la formación profesional.

7.2. PERFIL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

Las personas que han respondido a esta encuesta forman parte del personal sanitario de los centros de prevención y promoción de la salud (Madrid Salud) y los centros de salud de atención primaria y centros de especialidad (ambos dependientes del Servicio Madrileño de Salud). Mientras los centros del organismo Madrid Salud forman

parte en su totalidad del municipio de Madrid, la encuesta solo se ha desarrollado en los centros dependientes del SerMas que se ubican dentro del término municipal de la ciudad de Madrid, excluyendo los situados en la Comunidad fuera del municipio.

El número total de personas que han respondido a la encuesta ha sido 515 y la tasa de respuestas varía entre el 70 y el 100%. Los porcentajes a los que nos referimos a lo largo de este capítulo han sido calculados sobre el número de personas que han respondido a cada ítem, refiriéndonos a ellas como “personas respondedoras”.

Las personas que han participado en la encuesta pertenecen a las siguientes especialidades: el 46% son médic*s especialistas, el 44% enfermer*s / matron*s y el 10% restante corresponde con otr*s profesionales de la salud.

El 96% realizan su práctica profesional en el sector público y un 4% desarrolla una parte de su trabajo también en el sector privado.

Respecto a la presión asistencial de las personas encuestadas, el 47% de las personas respondedoras ha atendido entre 50 y 499 pacientes y el 43% 500 o más.

La tasas de respuesta según el género se distribuye como sigue: el 81% de las personas que han respondido son mujeres y el 18% hombres¹⁰⁵. El 91% de las respuestas corresponde a personas cis-heterosexuales (77% de mujeres cis y 14% de hombres cis) y el 9% restante se corresponde con personas no cis-heterosexuales (3% hombres cis gais, 1,4% mujeres cis lesbianas, 2,5% mujeres cis bisexuales, 0,6% hombres cis bisexuales y 2% con otra identidad de género u orientación sexual).

La personas encuestadas se identifican con una ideología política progresista en el 54% de los casos y de centro en el 28%. Las restantes personas encuestadas se definen como muy progresistas (12%), conservadoras (6%) y muy conservadoras (0,28%).

Respecto al sentimiento religioso, el 78% de las personas encuestadas se considera poco o nada religiosas y el 22% mucho o bastante.

Sobre las zonas en las que se ubican los centros de trabajo en los que desempeñan su actividad profesional el 30% está en la zona centro, el 18% zona este, 15% zona sureste, 11% zona norte, 10% zona sur, mientras que el resto de las ubicaciones representan, en conjunto, menos de un 10%.

¹⁰⁵ Los datos sociodemográficos presentan una tasa de respuesta del 77%, ya que las respuestas pertenecientes a este apartado del cuestionario no eran obligatorias debido a que se preguntaba por la orientación sexual y la identidad de género. De hecho, en el transcurso de esta investigación hemos recibido la queja de alguna profesional que consideró varios de los ítems relacionados con datos sociodemográficos una falta a la intimidad.

En relación a la vida profesional el 43% responde que ha desempeñado su actividad profesional durante 30 o más años, el 28% entre 20 y 29%, el 19% entre 10 y 19 y el 5% menos de 10.

7.3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.3.1. Práctica profesional con personas LGTB: identificación de usuari*s

En este apartado valoramos la percepción que tiene el personal (socio)sanitario sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas a las que reciben en las consultas de sus servicios. Podemos decir que el personal (socio)sanitario se percibe, en general, como desconocedor de la condición LGB de sus usuari*s y como conocedor de la condición trans de l*s mism*s (ver Gráfico 1). Por otro lado, los resultados de la encuesta muestran que el 27% de las personas respondientes nunca pregunta a sus pacientes sobre su orientación sexual y solo el 17% pregunta siempre o a menudo.

El Gráficos 1 refleja las respuestas a la pregunta “¿cuántos/as pacientes ha atendido durante el último mes...?” de diferentes identidades. Esta pregunta implica elegir entre dos opciones que presentan una gran diferencia a nivel cualitativo. En primer lugar, la persona respodiente puede señalar que *desconoce* si tiene pacientes LGTB, lo que implica la conciencia de que puede ser que hayan venido y hayan pasado desapercibid*s. Alternativamente, podría optar por marcar que *no tiene* pacientes LGTB, lo que implica la creencia en un conocimiento de la orientación sexual y la identidad de género de l*s usuari*s que permite descartar que hayan venido a consulta y hayan pasado desapercibid*s para el personal que responde.

El personal sanitario se declina por el desconocimiento para el caso de usuari*s LGB, mientras que al preguntar por personas trans, la mayor parte opta por declarar no tener pacientes en consulta. Esta percepción refleja la confianza en que si estuvieran serían claramente perceptibles, lo que nos conduce a preguntarnos por las expectativas profesionales sobre los rasgos visuales claramente definidos de las personas trans. El imaginario acerca de estos rasgos genera el sentimiento de seguridad de que no pasaran desapercibid*s en consulta. El hecho de que la seguridad de identificar a personas trans se debe a dicho imaginario y no a otros factores puede comprobarse al poner en relación las respuestas al Gráfico 2 con el Gráfico 8¹⁰⁴ donde, como veremos, el 88% del personal respondiente tiende a representar a las mujeres trans como hombres. De este modo, el desconocimiento mayoritario sobre qué significa ser trans contrasta con la seguridad de ser capaz de identificar a las personas trans en consulta. Ambas preguntas nos están hablando

¹⁰⁴ Nos referimos a la pregunta segunda donde se solicita señalar si es verdadera o falsa la siguiente afirmación: El tratamiento hormonal para hombres trans conlleva la administración de estrógenos (hormonas femeninas).

sobre cuál es el imaginario médico hegemónico a cerca de la transexualidad. Así, por ejemplo, las mujeres trans tienden a ser representadas como hombres con un conjunto de rasgos imposibles de ocultar.

El grado en que el personal sanitario se decanta por la opción del desconocimiento se dispara cuando preguntamos cuántas personas bisexuales han atendido en el último mes, donde, en porcentaje de respuestas, el desconocimiento (no saber si las personas son bisexuales) va seguido por la ausencia de casos (no tener personas bisexuales). Podemos interpretar este dato como el reflejo de una tensión en torno al reconocimiento de la bisexualidad, donde una tendencia dentro de esa tensión es la de representar tanto a los hombres como a las mujeres bisexuales como personas no definidas que en el fondo son heterosexuales, gays o lesbianas. Se trata de las dificultades para el reconocimiento de la bisexualidad como vivencia e identidad. Como veremos más adelante, esta tendencia aún vigente explica el resultado reflejado en el **Gráfico 8**, donde se establece que el 7% de las personas respondientes creen que la bisexualidad no puede mantenerse a lo largo de la vida.

Un patrón muy similar a las personas bisexuales es el que se presenta en relación con las personas no binarias e intersexuales, donde destaca la percepción del desconocimiento de si acuden o no a consulta, seguida de la percepción de que no asisten. Si bien la forma de la gráfica es parecida al caso de la bisexualidad, la menor presencia en el imaginario social de las identidades no binarias puede reflejar sin embargo un estado de conciencia de desconocimiento mayor, relacionado con la relativa reciente emergencia y visibilidad de dichas identidades en el espacio público.

En el caso de la atención a mujeres cis lesbianas y hombres cis gays, disminuye la percepción de desconocimiento en favor del resto de items -y no únicamente del item de “no asistencia a consulta”-, de manera que se incrementa el porcentaje de personas atendidas e identificadas. Aún así, el 30% del personal respondiente declara desconocer si ha tenido pacientes lesbianas en sus consultas durante el último mes y el 16% afirma no haber recibido ninguna. L*s usuari*s cis gais concentran el porcentaje menor de percepción de desconocimiento (17%). Este dato es significativo y apunta hacia que las expectativas del personal sanitario de identificar a personas LGTB se incrementan ante los hombres cis gays¹⁰⁵. Por otro lado, se trata también de la población que concentra la mayor atención reconocida, de forma que solo el 11% de las personas respondientes declara no haber recibido a ningún paciente gay en su consulta durante el último mes.

Podemos afirmar que la población gay es el sector del colectivo más identificable en la atención, lo que podría relacionarse con dos aspectos: por una parte, una asistencia mayor real, relacionada con la respuesta positiva a las estrategias de aproximación de las que el

¹⁰⁵ Nótese que ante la población bisexual masculina no sucede lo mismo.

colectivo ha sido históricamente objeto desde campañas y programas de prevención y tratamiento de ITS. Por otra parte, los servicios relacionados con prevención y tratamiento de ITS pueden favorecer la expresión de la orientación sexual de los hombres cis gays en mayor medida que la de las mujeres cis lesbianas, al considerar que las prácticas sexuales de estos presentan mayor riesgo de contagio *per se* y las prácticas de las mujeres cis lesbianas un riesgo significativamente bajo.

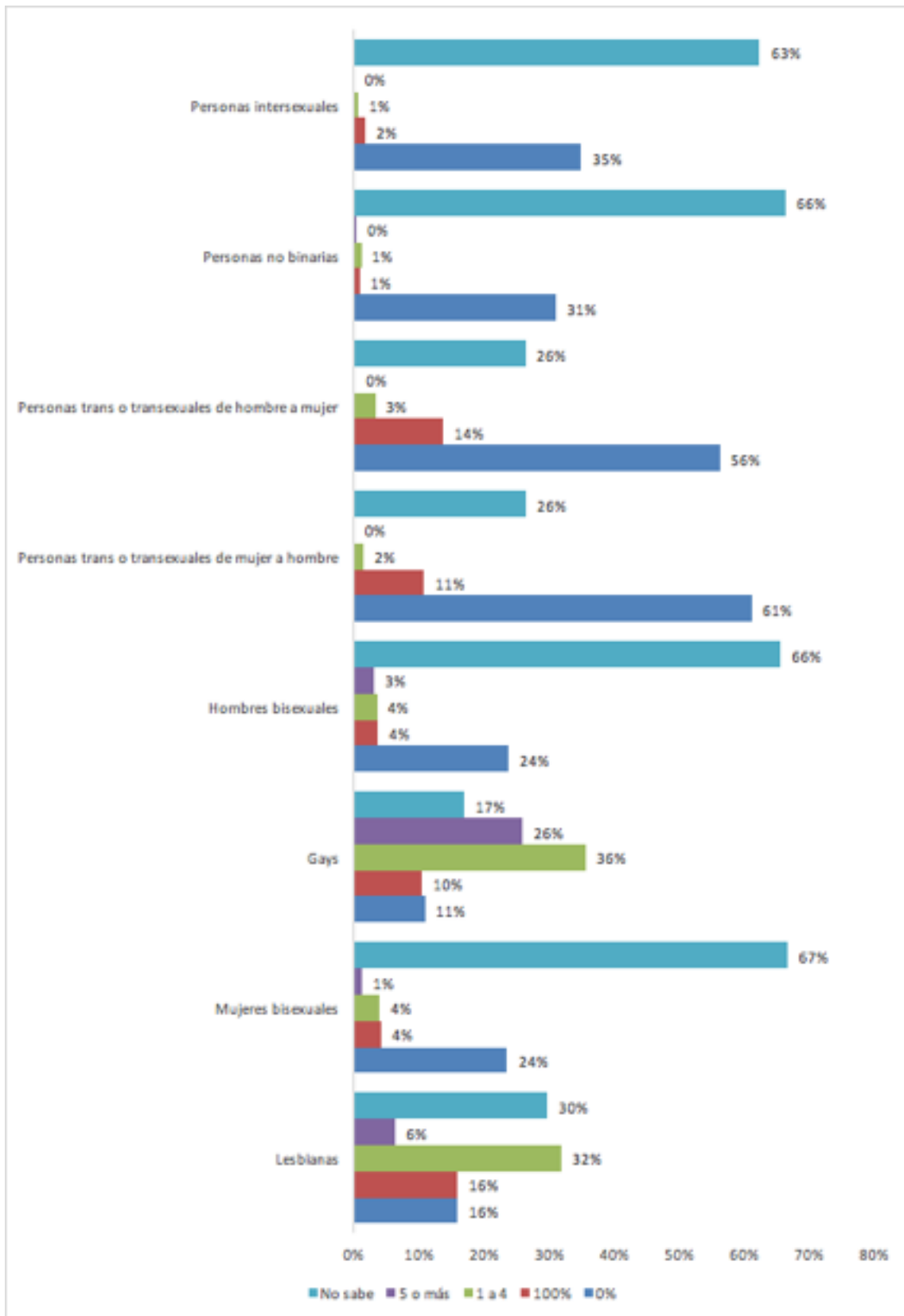


Gráfico 1 - Percepción sobre el número de personas TLGBQI atendidas (Respondido: 490 - Omitido: 25).

7.3.2. Nivel de contacto del personal (socio)sanitario con las personas LGTB: desde dónde se construyen los saberes y las prácticas

La percepción sobre cuál es la identidad de género y la orientación sexual de l*s usuari*s atendidas cabe ponerla en relación con la siguiente cuestión: el grado de contacto que el personal sanitario presenta con las realidades LGTB. Este ítem puede servir también como un elemento de valoración del grado de proximidad de la cultura profesional a la diversidad, ya que nos proporciona una primera aproximación al lugar desde el cuál se construye el conocimiento y la práctica clínica.

Los Gráficos 2 y 3 indican el nivel de proximidad relacional del personal sanitario con las personas LGTB; el Gráfico 2 para las personas cis LGB y el Gráfico 3 para las personas trans (ver también Tabla 13). La estructura de este gráfico remite a la forma de pequeñas pirámides cuyas bases -no conocer a ninguna persona LGTB- se van haciendo progresivamente más estrechas a medida que aumenta la distancia relacional: los círculos más próximos, como “familiares inmediatas/os”, presentan menor número de conocid*s que los círculos más lejanos, como “amistades”. De este modo, entre el personal sanitario respondiente, el nivel de personas LGTB conocidas es directamente proporcional a la distancia relacional. Podemos afirmar que el conocimiento de las realidades LGTB de la mayor parte del personal (socio)sanitario se crea a partir de un contacto que comienza a hacerse mayor a partir del círculo de las amistades y que, en general, no incluye el vínculo familiar de manera conocida.

Este es un dato importante a tener en cuenta a la hora de valorar la necesidad de generar espacios de encuentro activo entre profesionales y el colectivo TLGBQI, entendiendo que el contacto puede ser un elemento transformador y un recurso que favorece la deconstrucción de estereotipos. Y nuevamente, se vuelve especialmente relevante en el caso de las personas trans, donde el nivel de ausencia de contacto se dispara y solo el 28% declara tener conocid*s trans.

Por otro lado, será necesario interrogarse también por qué tipo de elementos sustituyen al contacto a la hora de construir la percepción y el conocimiento sobre las personas TLGBQI desde los entornos (socio)sanitarios. Ello no quiere decir que el nivel de contacto pueda establecer como condición suficiente, esto es, un garante de que la representación de las personas LGTB está libre de estereotipos. Podemos decir que el contacto es la condición necesaria aunque, según los contextos, no suficiente que genera las condiciones para que la construcción de otras representaciones basadas en la experiencia.

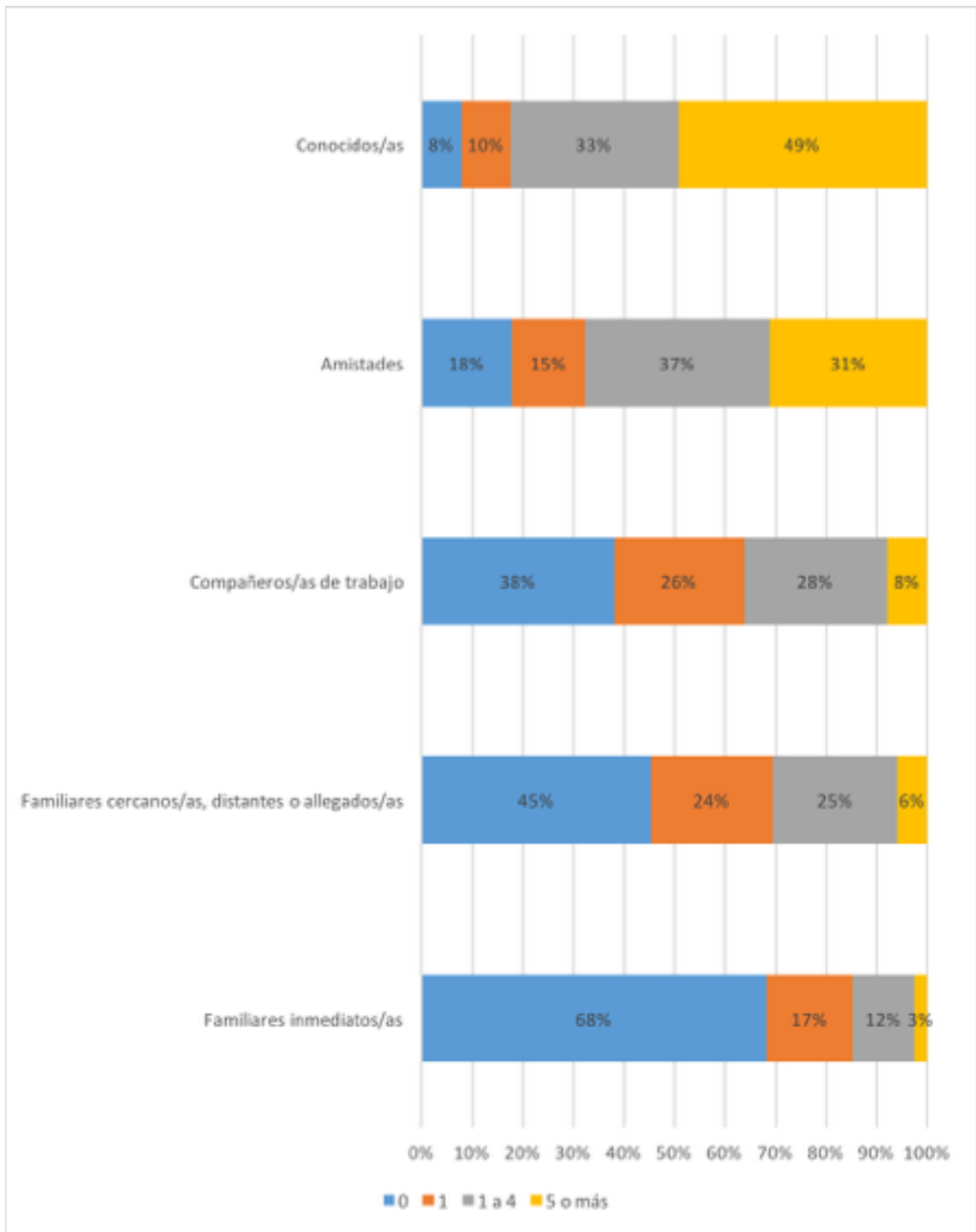


Gráfico 2 - Percepción sobre personas LGB conocidas en otros espacios
(Respondido: 498 - Omitido: 17)

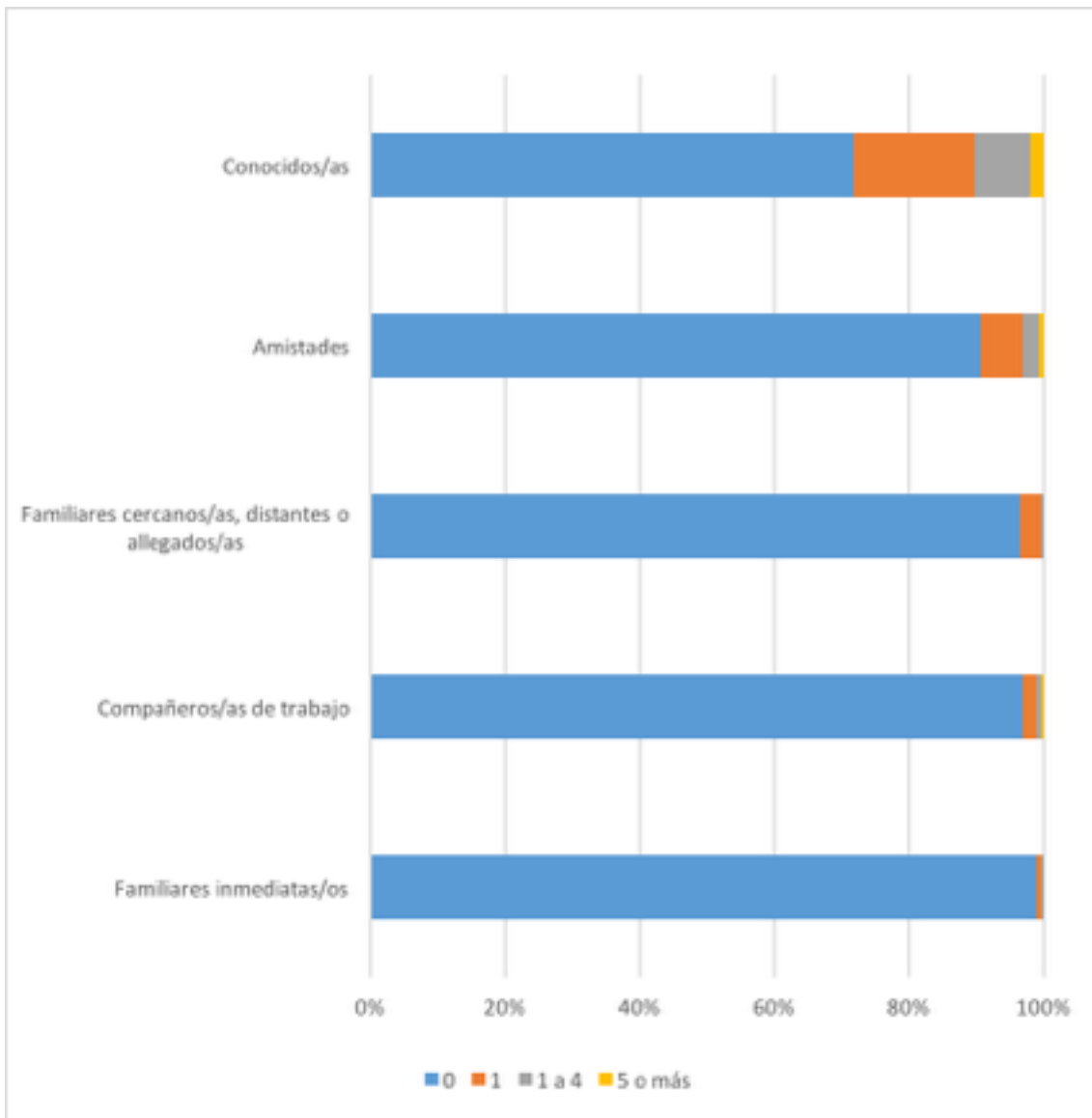


Gráfico 3 - Percepción sobre personas trans conocidas en otros espacios
(Respondido: 497 – Omitido: 18)

	0	1	1 a 4	5 o más
Familiares inmediatas/os	99 %	1 %	0 %	0 %
Compañeros/as de trabajo	97 %	2 %	1 %	0 %
Familiares cercanos/as, distantes o allegados/as	97 %	3 %	0 %	0 %
Amistades	91 %	6 %	2 %	1 %
Conocidos/as	72 %	18 %	8 %	2 %

Tabla 15 - Percepción sobre personas trans conocidas en otros espacios
(Respondido: 497 – Omitido: 18)

7.3.3. Entorno laboral

En este apartado valoramos los entornos sanitarios como entornos laborales que condicionan, ya sea positiva o negativamente, tanto la experiencia del personal TLGBQI como la de l*s usuari*s.

La mayor parte de las personas respondientes consideran que su entorno de trabajo es un lugar seguro para las personas LGTB (82%). Este porcentaje disminuye al 80% cuando se trata de valorar si el lugar de trabajo permite a l*s usuari*s LGTB sentirse cómod*s a la hora de hablar de su orientación sexual. El descenso es más evidente (72%) cuando se trata de valorar si dichos entornos son seguros para expresar una identidad de género diferente a la cis-sexual (ver Gráfico 4).

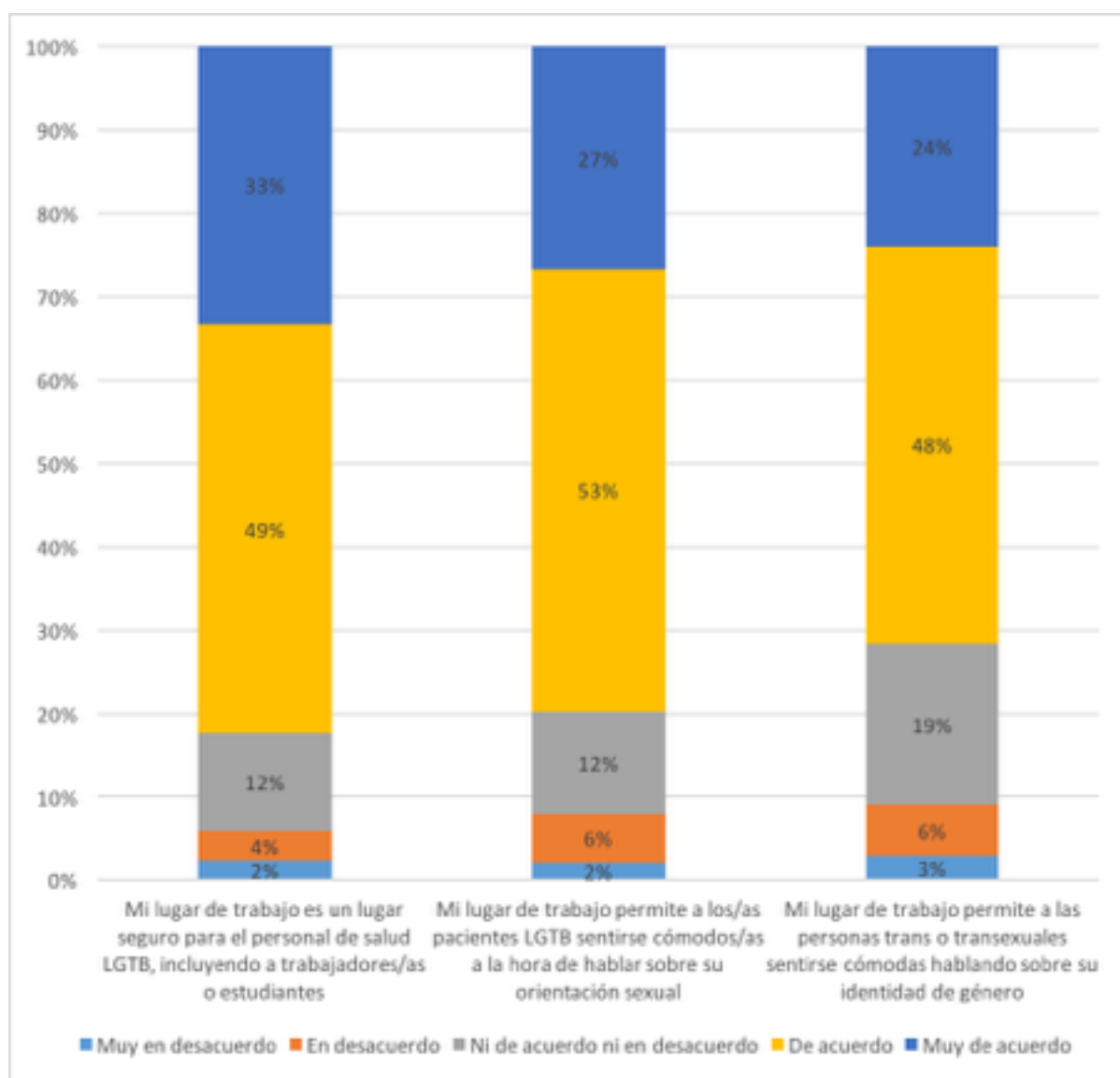


Gráfico 4 - Grado de acuerdo en relación a las preguntas siguientes sobre su entorno laboral (I)
(Respondido: 480 Omitido: 35)

Sólo un 6% de las personas respondientes está en desacuerdo o muy en desacuerdo con que su lugar de trabajo sea un seguro para el personal sanitario LGTB. Este porcentaje de desacuerdo aumenta al 8% cuando se les pide que valoren si su lugar de trabajo permite a las personas LGTB que acuden a su centro hablar sobre su orientación sexual. El 9% piensan que no es un lugar apropiado para expresar la identidad de género.

Los datos relacionados con la *percepción de seguridad* de los entornos para las personas LGTB han de ponerse en relación con otros que nos ayuden a aproximarnos al significado que se otorga a la “seguridad”. Las *prácticas discriminatorias* identificadas por las personas respondientes en sus propios entornos laborales son un buen indicador. Con ellas indagamos la percepción sobre la presencia de comentarios despectivos homófobos y/o transfobos y las actuaciones discriminatorias hacia otro personal o hacia usuari*s y acompañantes LGTB.

Es destacable el dato que refleja que, en el entorno laboral, el 79% de las personas encuestadas ha escuchado alguna vez comentarios despectivos o chistes sobre personas LGTB, mientras tan solo un 21% afirma no haberlos escuchado nunca. Paralelamente, el 22% ha sido testig* alguna vez de una atención discriminatoria a pacientes LGTB, el 21% de un trato irrespetuoso a pacientes LGTB, acompañantes o parejas y el 16% ha sido testigo de dicho trato a emplead*s o estudiantes LGTB de su centro de trabajo (ver Gráfico 5).

Es necesario reparar en la convivencia de estos dos datos: el 82% percibe su entorno laboral como un espacio seguro para el personal LGTB al mismo tiempo que el 79% identifica comentarios despectivos hacia personas LGTB en su centro de trabajo. La coexistencia de la conciencia de prácticas discriminatorias con la percepción de seguridad indica que ciertos niveles de LGTB-fobia son considerados poco o nada relevantes a la hora de valorar la seguridad de los entornos laborales, de manera que espacios en los que comentarios despectivos están teniendo lugar son valorados como seguros por el personal. Las *dificultades para poner en valor la LGTB-fobia* como un elemento de inseguridad han de tenerse en cuenta a la hora de valorar la puesta en marcha de recursos y/o estrategias para abordarla, ya que la falta de reconocimiento actuará como un obstáculo para su éxito.

En relación con los *entornos laborales como espacios físicos* indagamos la presencia de materiales en los centros relacionados con salud LGTB (ver Gráfico 6). El 31 % del personal respondiente ha observado folletos o carteles sobre salud de personas LGTB en la sala de espera u otras áreas públicas de los centros a los que pertenecen. No obstante, este dato hay que ponerlo en relación con el porcentaje del personal respondiente que desempeña su labor en centros que prestan servicios específicos sobre VIH (40% del total). El grado en que las iniciativas en torno al VIH colapsan simbólicamente el acercamiento y las estrategias de aproximación a la población TLGBQI no es un dato que podemos aportar con esta encuesta, si bien si es posible establecer la necesidad de

establecer esta pregunta a partir de los indicios de la encuesta y los resultados que ya hemos discutido en el análisis cualitativo a partir de las entrevistas.

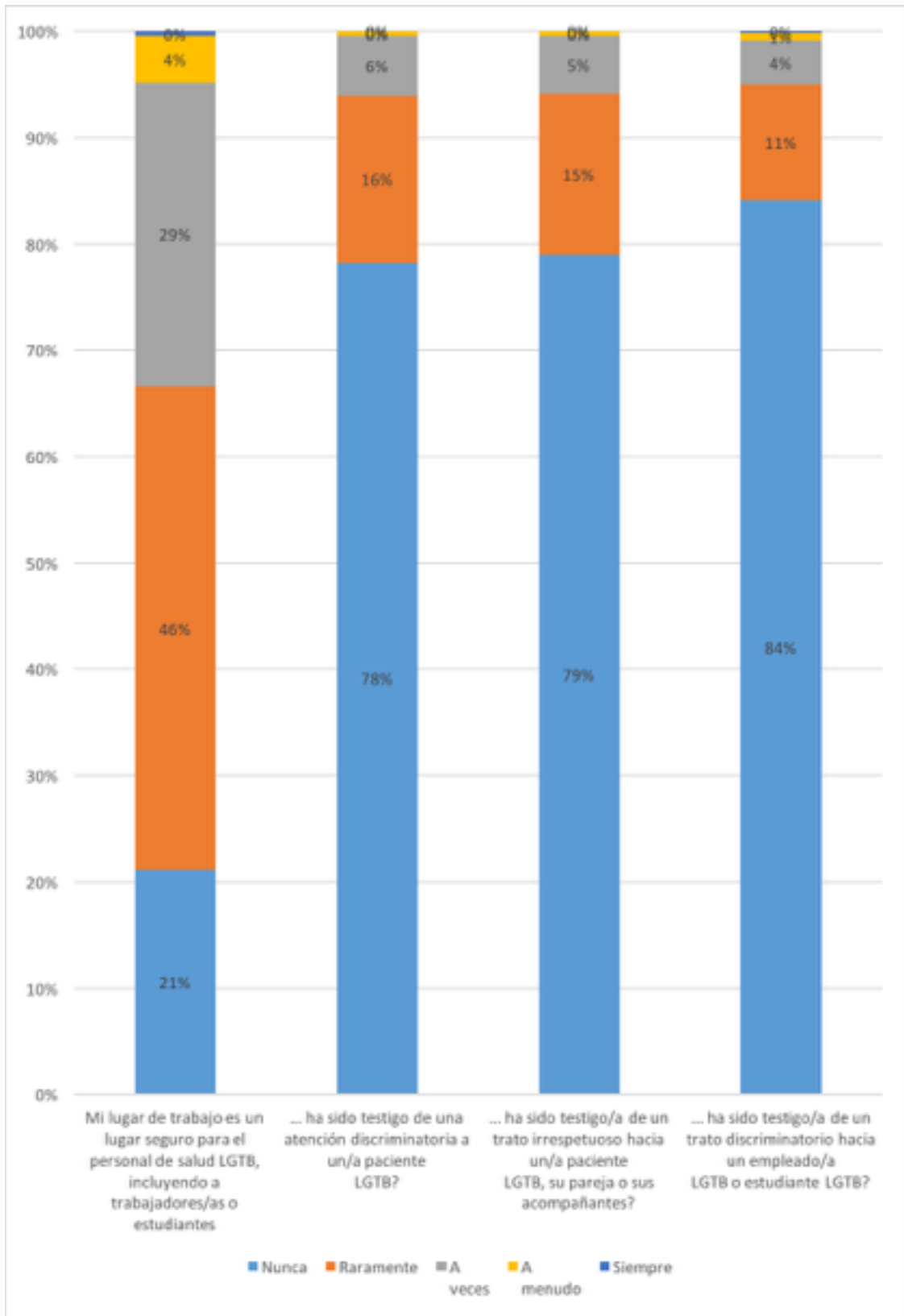


Gráfico 5 – Percepciones sobre situaciones de discriminación en su lugar de trabajo
(Respondido: 481 Omitido: 54)

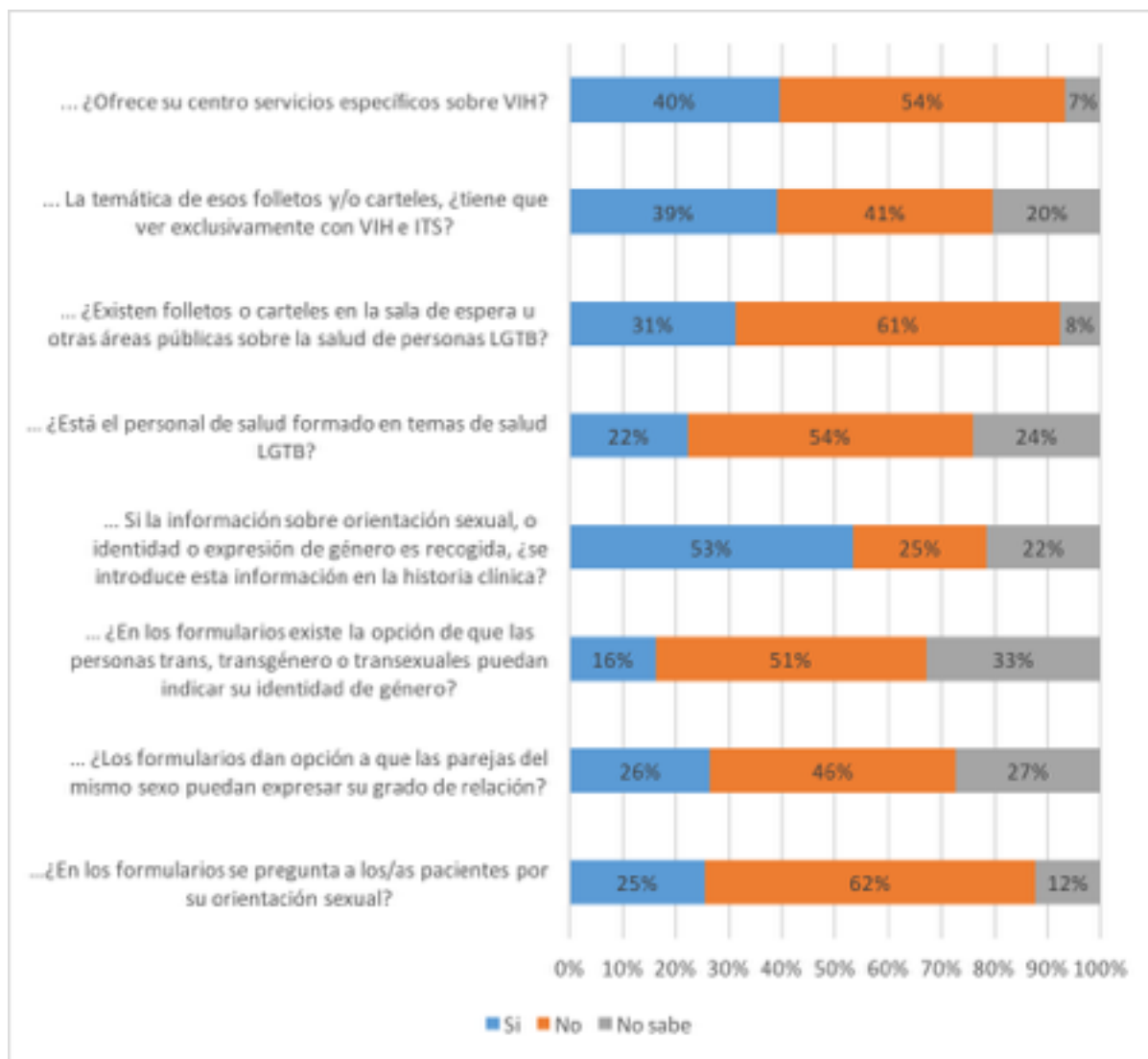


Gráfico 6- Preguntas sobre aspectos y procedimientos relacionados con la orientación sexual, identidad de género y expresión de género en su lugar de trabajo (Respondido: 472, omitido: 45)

7.3.4. Sentires en la atención a personas LGTB

En relación a la pregunta: “cómo de cómod/a se siente o se sentiría atendiendo a pacientes con las siguientes características...” (Gráfico 7), el 60% de las personas respondientes se sienten cómodas o muy cómodas atendiendo a población LGB cis (lesbianas, gais y bisexuales). Este porcentaje disminuye ligeramente de manera progresiva cuando hablamos de: personas trans, mujeres y hombres que mantienen relaciones con personas de su mismo sexo pero no se identifican como LGB y personas no binarias. Esta tendencia nos lleva a pensar que el menor nivel de conocimiento respecto a las personas trans y no binarias influye en el sentimiento de comodidad del personal en el trato¹⁰⁶. En el

¹⁰⁶ En realidad, está relación es bidireccional dado que los sentires positivos promueven el acercamiento al conocimiento de las realidades de la población.

caso de personas que no se identifican como LGB y mantienen relaciones con otras de su mismo sexo, el ligero descenso podría ser indicador de una mayor incomodidad con situaciones menos conocidas o no claramente categorizables.

La falta de comodidad en el trato con personas LGTB no es un factor que incremente las derivaciones de usuari*s hacia otr*s profesionales. La mayor parte de las personas respondientes nunca derivan a pacientes LGTB por sentirse incómod*s con ell*s (98%) aunque el nivel de derivación aumenta cuando el motivo es no sentirse suficientemente capacitad* para atenderlas (14%).

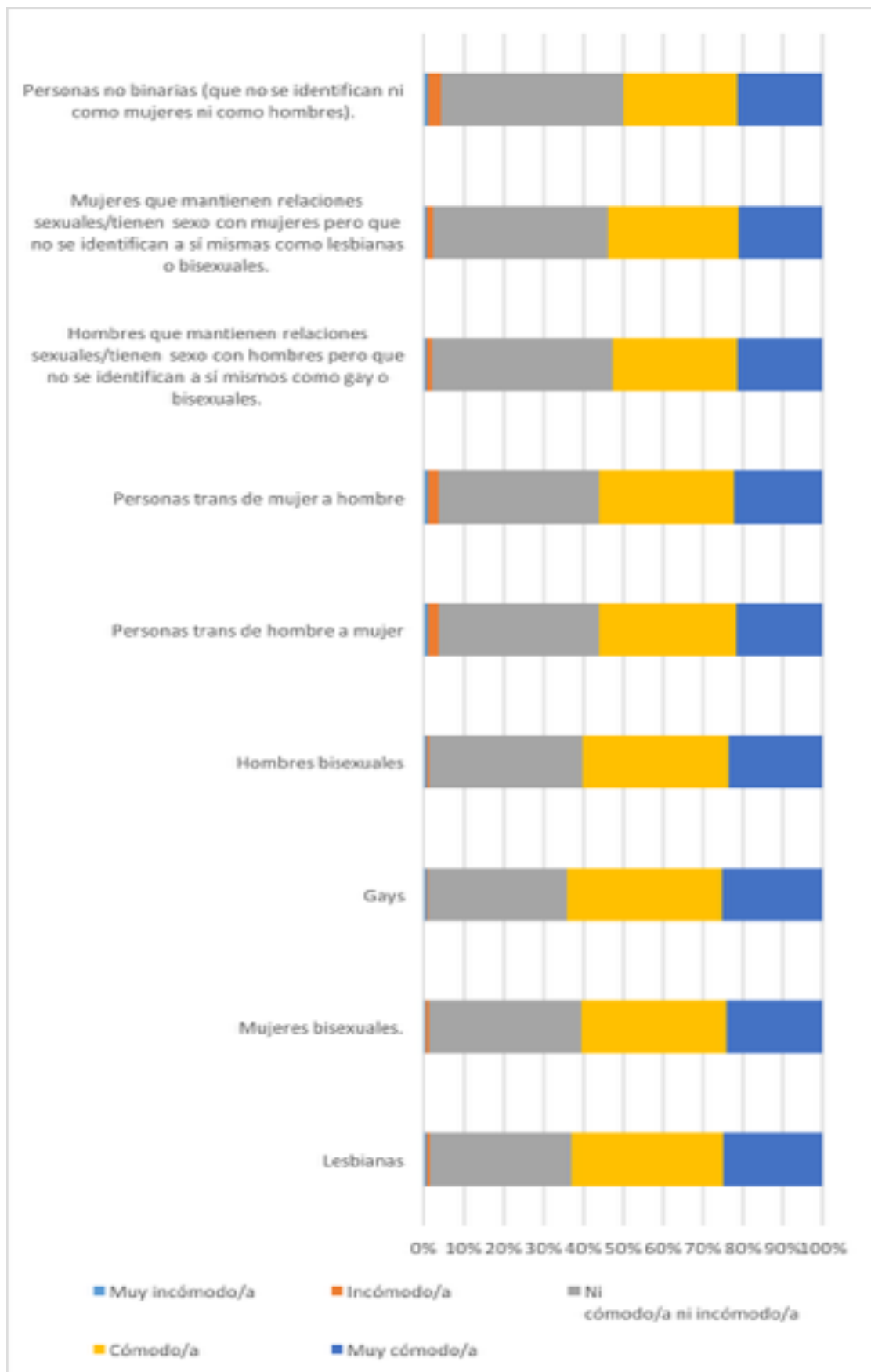


Gráfico 7 – Grado de comodidad en relación a la atención de pacientes LGTB
(Respondido: 395 – Omitido: 120)

7.3.5. Opiniones y conocimientos sobre la realidad LGTB.

El Gráfico 8 muestra las respuestas a las preguntas directamente relacionadas con conocimientos del personal (socio)sanitario sobre las realidades, las problemáticas y las necesidades de la población TLGBQI. En base a los datos, puede afirmarse que existe un grado alto de desconocimiento entre el personal (socio)sanitario. Este desconocimiento convive con un conjunto de creencias asentadas en los estereotipos sobre la población que configuran un modelo de atención sesgado en función del género y la orientación sexual.

Grado de intuición sobre el papel de la LGTB-fobia como determinante de salud

En primer lugar, abordamos el desconocimiento de las condiciones de salud de la población LGTB. Así, el 91% del personal respondiente considera que es falso que las personas LGTB fuman más que la población general y solo el 62% conoce que la población adulta LGTB presenta mayor frecuencia de depresión y ansiedad que la población general. Este dato requiere ser interpretado más allá del conocimiento de los datos concretos sobre el riesgo de convertirse en persona fumadora o padecer depresión y/o ansiedad. Hay que tener en cuenta que el cuestionario no plantea una pregunta abierta del tipo <<¿cuál es el porcentaje de riesgo...?>> sino que únicamente propone declinarse entre dos opciones cerradas (“verdadero” o “falso”). De este modo, no se valora el conocimiento de los datos de los estudios epidemiológicos sobre, por ejemplo, prevalencia del tabaquismo entre población LGTB. Por el contrario se valora la lógica de pensamiento que hace declinarse hacia uno u otro; una lógica que depende del grado en que resulta intuitiva la idea de que la LGTB-fobia impacta sobre la salud. Así, el desconocimiento de las condiciones de salud general de la población LGTB es, en realidad, indicador de *la dificultad y las barreras para reconocer los modos en que la LGTB-fobia atraviesa la experiencia de la población LGTB*, impactando en su salud.

Concepción a cerca de las identidades trans y el modelo de intervención

Respecto a la población trans, existe una dificultad altamente significativa entre el personal sanitario respondiente para concretar el derecho al reconocimiento de la identidad de género en su práctica profesional respecto a *saber nombrar a las personas trans*. Esta conclusión se desprende del siguiente dato: el 88% de las personas respondientes piensan que el tratamiento hormonal de hombres trans conlleva la administración de estrógenos (hormona femenina). Esta respuesta deja entrever la dificultad para concebir a los hombres sin atribuir una genitalidad masculina. Cuando se pregunta por hombres trans¹⁰⁷ l*s profesionales están traduciendo “hombres” por “genitalidad masculina” y eso es lo que conduce a la confusión de pensar que necesitarán estrógenos. Podemos afirmar que, en realidad, cuando decimos “hombres trans” el 88% del personal respondiente está pensando en mujeres trans (que son, además, quienes podrían demandar estrógenos). A su vez, este

¹⁰⁷ En el caso de aquellos hombres trans que deciden realizar proceso de transición de género con modificaciones de los caracteres sexuales secundarios a través de administración de hormonas, la hormona administrada es la testosterona.

pensamiento refleja también una manera concreta de enfocar la identidad y representar a las mujeres trans como personas que, en el fondo, son hombres. Esta visión confluye con el paradigma del “cuerpos equivocado” para el que las mujeres trans son hombres (que se sienten mujeres). Es decir, las mujeres trans no son vistas como mujeres ya de por sí, independientemente de su genitalidad, si no como “hombres” que quieren llegar a ser algo distinto a lo que son. Esta es una dimensión del modelo patologizante que ha guiado el acompañamiento sanitario a personas trans, como vimos en el capítulo 3 a través de las entrevistas y los grupos de discusión.

Desde este paradigma, se producen las dificultades ya abordadas a la hora de tener criterio propio para nombrar a las personas trans en base a su identidad. Es indicador también de la necesidad de trabajar el vínculo entre las identidades (hombre, mujer, personas no binarias, etc..) y las diferentes genitalidades a las que pueden ir asociadas cada una de esas identidades.

El carácter patologizante del paradigma médico clásico de la transexualidad continúa estando altamente presente entre las personas respondientes. De este modo, solo un 29% considera que el diagnóstico psiquiátrico es innecesario para poder acceder a los tratamientos médicos mientras el 49% lo considera pertinente en mayor o menor medida (ver Gráfico 9).

En cuanto al conocimiento de recursos para la población trans, el 31% de las personas respondientes desconoce recursos que presten atención sanitaria a personas trans en Madrid. Entre los recursos conocidos el más referido es la UIG y el menos referido es la ONG Médicos del Mundo (ver Gráfico 10)¹⁰⁸.

Concepción sobre la intersexualidad y el modelo de intervención

Respecto a los estados intersexuales que presentan genitales ambiguos en el momento del nacimiento, en el 26% de las respuestas obtenidas persiste el paradigma de que se debe proceder a correcciones quirúrgicas lo más tempranamente posible para evitar confusiones de género. Este paradigma, coincidente con el generalizado en la transexualidad, entiende que la supresión de la ambigüedad es un asunto clínico de salud que, por tanto, no requiere de la participación de la persona cuando esta no puede darla.

Confusión entre identidad de género y orientación sexual

Entre el personal sanitario, continúa existiendo cierto nivel de confusión entre identidad de género y orientación sexual. Así, el 22% de las personas respondientes piensan que la identidad de género de una persona homosexual es incongruente con su sexo biológico. Se trata de un modo de representar, por ejemplo, a las mujeres cis lesbianas como más

¹⁰⁸ En esta pregunta todas las respuestas son ciertas menos la de la ONG Médicos sin Fronteras, que presenta una función “control” e indica que al menos un 10 % de las respuestas han sido marcadas sin un conocimiento claro de los recursos de atención.

próximas a la categoría de “hombres” y, los hombres cis gays como cercanos a la categoría “mujeres”.

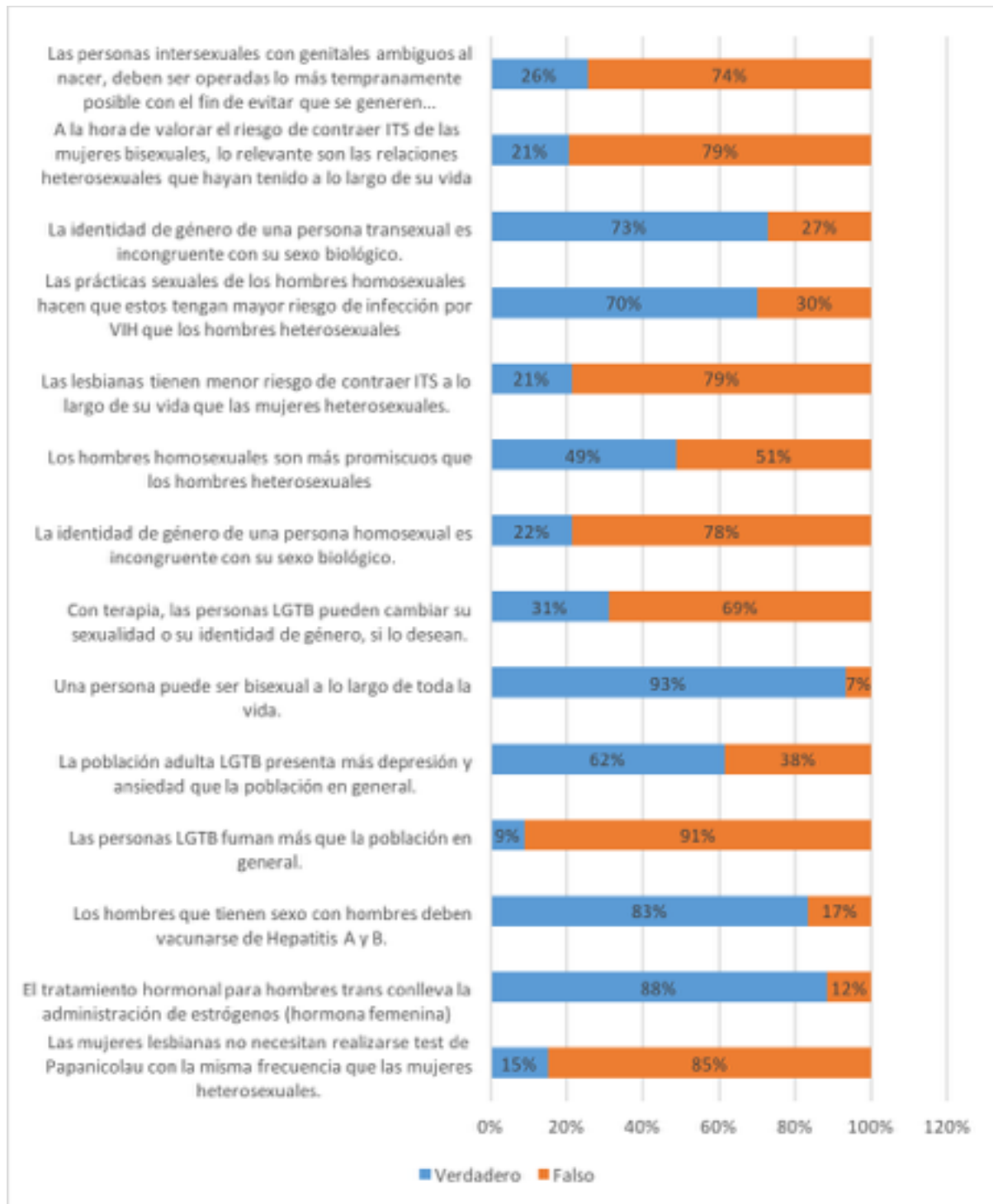


Gráfico 8 – conocimientos sobre las personas LGTB
(Respondido: 589 – Omitido: 126)

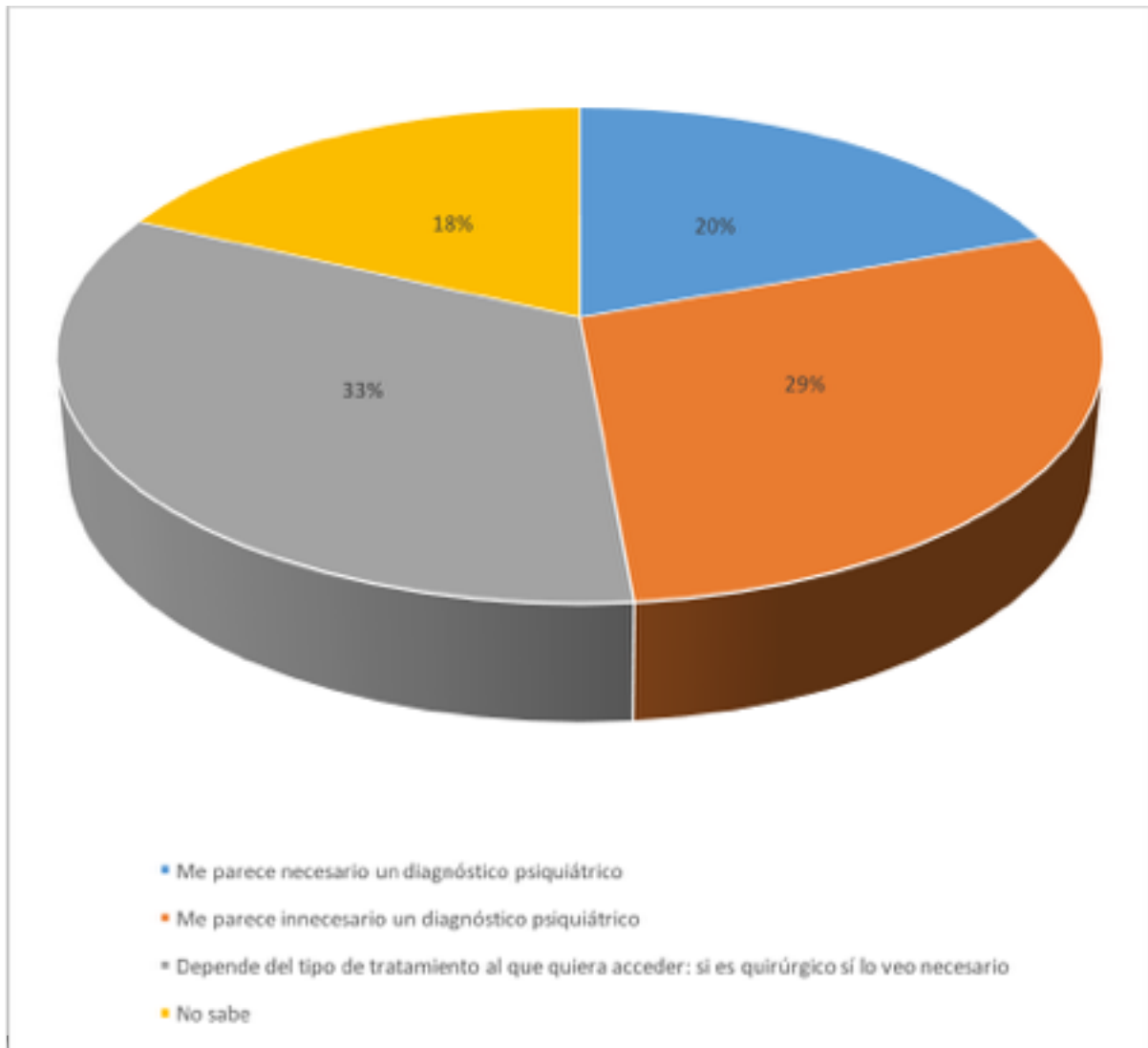


Gráfico 9 - Posición sobre la necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico a las personas trans para acceder a los tratamientos médicos
(Respondido: 587 - Omitido: 128)

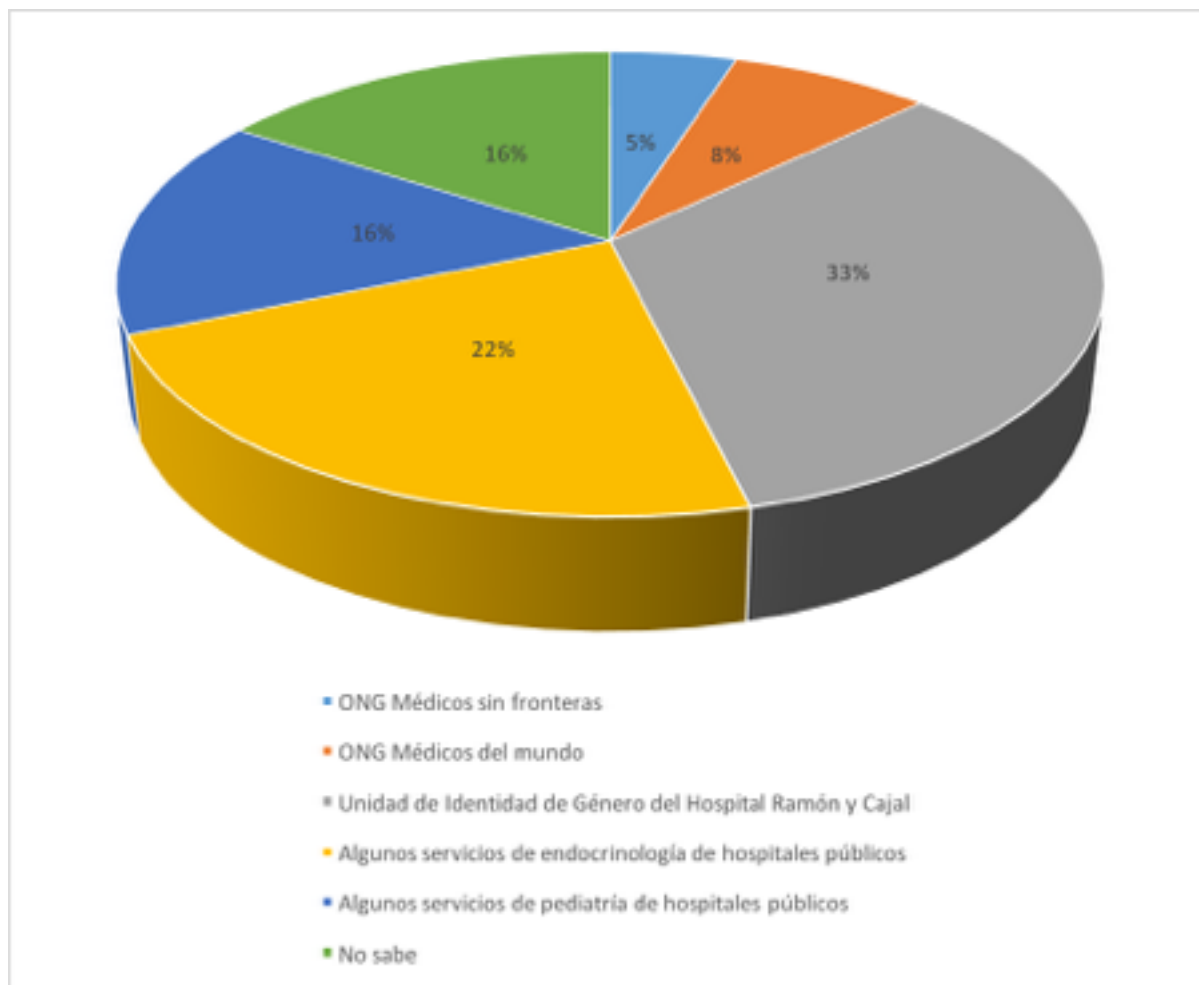


Gráfico 10 – Percepción sobre los servicios que prestan asistencia sanitaria a personas trans en Madrid (Médicos sin fronteras es pregunta control) (Respondido: 386 - Omitido: 129)

Valoración de los riesgos de ITS: grado de asociación entre riesgo e identidad y entre identidad y prácticas sexuales

El modelo de valoración de los riesgos de ITS se asienta en la asociación de los riesgos con la identidad. El 49% de las personas respondientes piensan que los hombres homosexuales son más promiscuos que los hombres heterosexuales a pesar de que el único dato que se proporciona de ellos es el hecho de ser homosexuales (ver Gráfico 8).

De forma similar, el 70% opinan que las prácticas sexuales de los hombres homosexuales tienen mayor riesgo que las de los hombres heterosexuales a pesar de no especificarse en la pregunta qué tipo concreto de prácticas llevan a cabo. Como consecuencia de ello, el 83% del personal respondiente apuntan a que el hecho de tener sexo entre hombres hace que estos deban vacunarse de hepatitis A y B. Así, la identidad continúa funcionando en la mayoría de los casos como el dato a partir del cual valorar el riesgo; de manera que saber que un hombre cis es homosexual es suficiente para establecer el riesgo de contraer ITS y las correspondientes recomendaciones y medidas preventivas.

Como vimos a través del análisis cualitativo, una consecuencia implícita a este modelo es la *minimización del riesgo de ITS en mujeres lesbianas* (ver capítulo 5). El 21% de las personas respondientes creen que las mujeres lesbianas tienen menos riesgo de contraer ITS a lo largo de su vida que las mujeres heterosexuales, a pesar de que la pregunta no proporciona información sobre las prácticas sexuales¹⁰⁹. Como consecuencia de ello, el 15% señala que no necesitan realizarse tests de Papanicolau con la misma frecuencia que aquéllas. El 21% entiende que para valorar el riesgo de contraer ITS de mujeres bisexuales lo relevante son las relaciones heterosexuales que éstas hayan tenido a lo largo de su vida (Gráfico 8).

Atención ginecológica a mujeres lesbianas

Respecto a la atención ginecológica a mujeres lesbianas, el 37% del personal respondiente considera que acuden con una frecuencia similar a las mujeres heterosexuales y el 19% que acuden con una frecuencia menor (ver Gráfico 11). Entre quienes sospechan la existencia de un cierto nivel de absentismo entre la población de mujeres cis lesbianas, atribuyen las causas a los siguientes factores: las expectativas negativas respecto al trato médico que pueden recibir por su orientación sexual (29%), el menor riesgo de embarazo en las relaciones sexuales (27%) y el bajo riesgo de infección por ITS (25%). En un porcentaje mucho menor se sitúan las malas experiencias previas como causa del absentismo de l*s profesionales sanitarios (7%). Es importante esta diferencia entre la alta atribución de las causas a las experiencias negativas, que pueden interpretarse como una percepción subjetiva, respecto al escaso porcentaje atribuido a la existencia de experiencias previas negativas, que apuntan a algo que ha sucedido (un hecho objetivo) (ver Gráfico 12).

Grado de aceptación de la diversidad sexual y de género respecto a dos items: derecho al matrimonio y terapias reparativas

La mayor parte de las personas respondientes declaran su apoyo al derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo, sin embargo un 13% apoyan las uniones civiles o parejas de hecho, pero consideran que el matrimonio no tiene que contemplar a personas del mismo sexo (ver Gráfico 13).

Sin embargo, la tercera parte de las personas respondientes opinan que, con terapia, las personas LGTB pueden cambiar su sexualidad o su identidad de género si lo desean. El 7% considera que una persona no puede ser bisexual a lo largo de toda su vida (Gráfico 8). Estos datos son importantes a la hora de valorar el nivel de integración de la LGTB-fobia, más allá del estado actual de corrección política, ya que la pertinencia del cambio de identidad por procesos “reparadores” proporciona en sí una medida del nivel de interiorización de la LGTB-fobia.

¹⁰⁹ Nótese que cuando se habla de mujeres lesbianas ni siquiera se está dando información sobre las genitalidades de las personas que participan en esa relación. El único dato aportado es que ambas se definen identitariamente como mujeres.

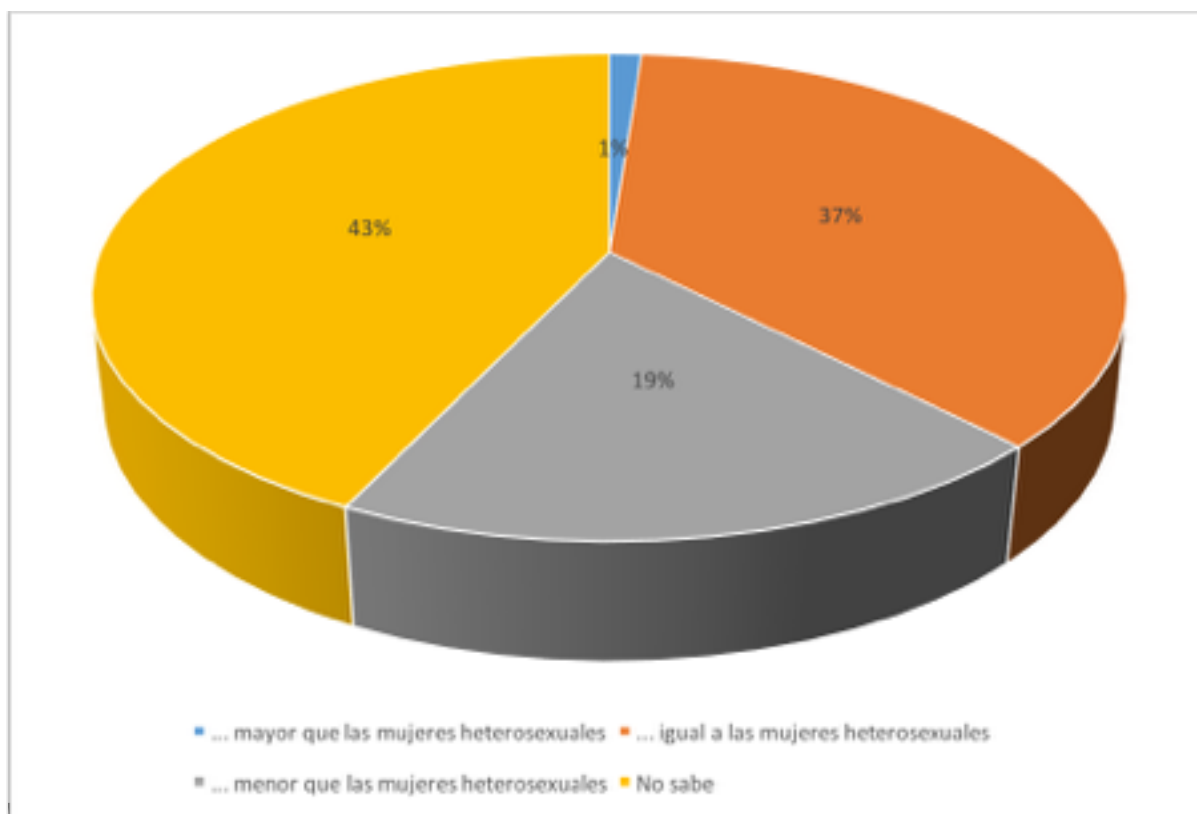


Gráfico 11 – Percepción sobre la frecuencia con que asisten las mujeres lesbianas a consulta de ginecología
(Respondido: 501 - Omitido: 14)

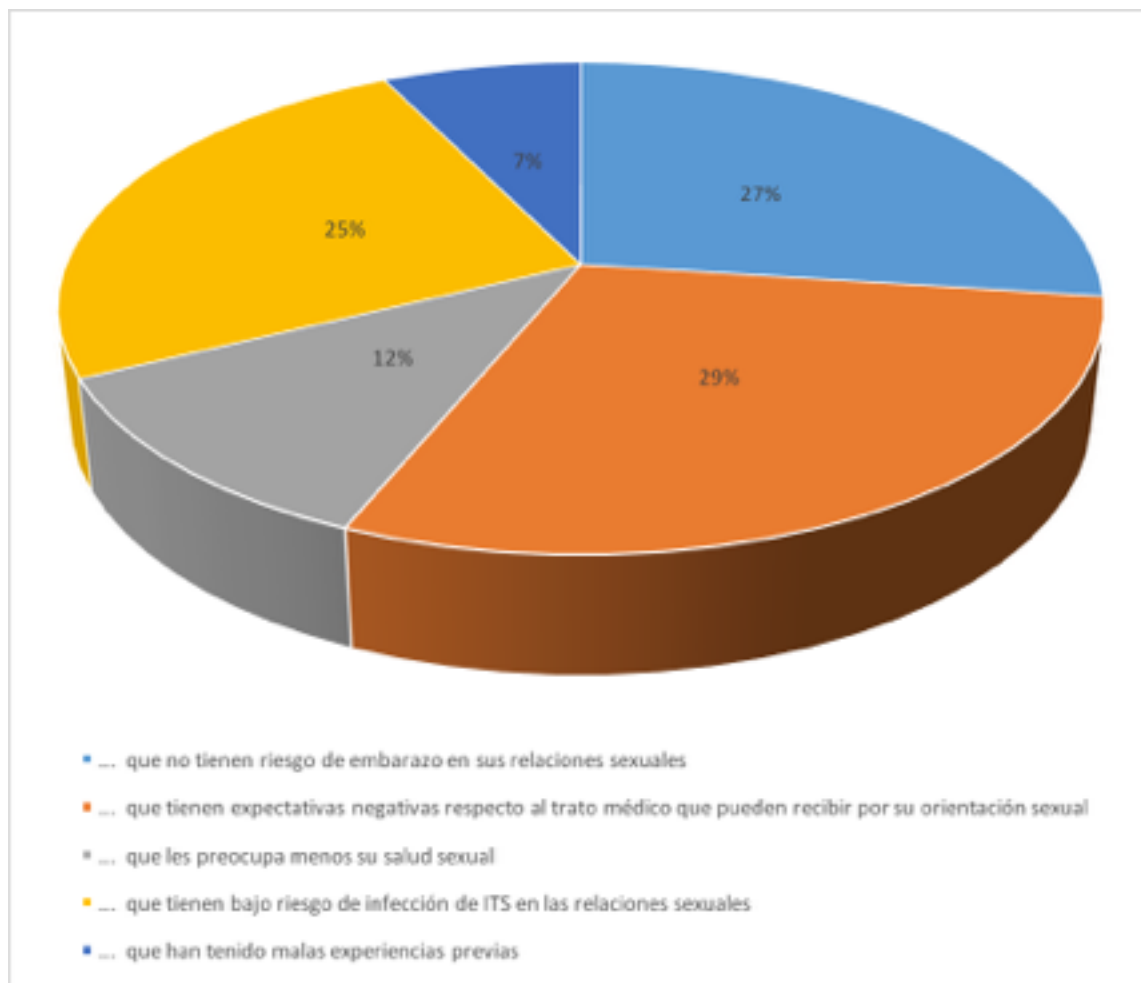


Gráfico 12 – Percepción sobre las causas de la menor frecuencia de asistencia a ginecología de las mujeres lesbianas con respecto a las heterosexuales (Respondido: 96 - Omitido: 419)

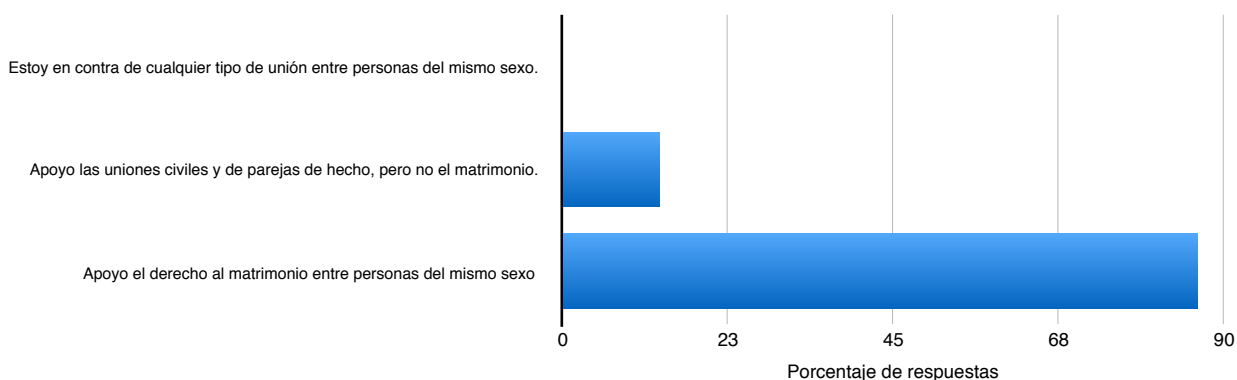


Gráfico 13. Porcentaje de respuestas respecto a la pregunta: ¿Cuál es su posición respecto a la legalización de las relaciones de pareja de personas del mismo sexo? (Respondido: 374 - Omitido: 45)

7.3.6. Formación en torno a salud LGTB

En este apartado valoramos la percepción que tiene el personal (socio)sanitario sobre el grado en que les ha resultado útil sus diferentes etapas de formación para trabajar con personas TLGBQI así como su propia valoración del nivel de competencia profesional.

A la hora de atender a pacientes LGTB *el factor que resulta más útil es la propia experiencia profesional con personas LGTB*, por encima del tipo de formación recibida (ver Gráfico 14). El 54% de las personas respondientes considera que esa experiencia profesional le ha servido bastante o mucho a la hora de atender a pacientes LGTB. Nótese que la experiencia con usuari*s implica el contacto, algo que la formación no aporta necesariamente.

Respecto a las formaciones, *la utilidad de los estudios de grado y la etapa de residencia es la peor valorada* a la hora de atender a pacientes LGTB (el 78% le han resultado poco o nada útiles para este cometido). La formación de postgrado y los cursos de formación continuada, junto con aquellos otros específicos sobre salud sexual, componen el escenario formativo que las personas respondientes han considerado más útiles dentro de su itinerario para atender a población LGTB.

Respecto a los factores que influyen en las relaciones con personas LGTB dentro de la práctica profesional, la formación académica vuelve a ocupar un lugar secundario en favor de la formación recibida durante la etapa profesional. Alrededor de la mitad del personal respondiente considera que *el trato con las personas LGTB en el ámbito personal (53%) y en el ámbito profesional (48%), junto con la formación profesional recibida sobre salud LGTB (51%)*, les influye en un grado alto o muy alto para relacionarse con usuari*s LGTB. El resto de respondientes (en torno al 17%) consideran que estos mismos factores les influye en un grado bajo. Un nivel intermedio de influencia es la que presentan los valores inculcados en la familia y los recibidos durante la etapa de formación académica.

Las tres quintas partes del personal sanitario respondiente se siente competente o bastante competente para atender a personas cis LGB (60-65%). Sin embargo, en consonancia con la tendencia que observamos en este estudio, *se sienten menos capacitadas para atender a personas trans y personas no binarias*. Así solo el 46-47% se considera muy competente o bastante competente para atender a personas trans, mientras el 18% se consideran poco o muy poco competente.

Sólo entre el 9-10% de las personas respondientes considera que su propia orientación sexual o su identidad de género les influye en su práctica profesional. Este dato coincide con el porcentaje de personas que se han declarado como LGTB en esta encuesta, lo que hace pensar que la cultura sanitaria profesional está altamente imbuida de la *creencia de que la cisheterosexualidad es neutra* a la hora de establecer relaciones con las personas LGTB y

con el conjunto de pacientes en general, de manera que su identidad no influye en sus relaciones ni en su práctica.

La mayor parte de respondientes coinciden en sentirse menos influid*s por las opiniones y actitudes de sus compañer*s de trabajo, amig*s y allegad*s y las opiniones en medios de comunicación, cine, televisión y redes sociales¹¹⁰.

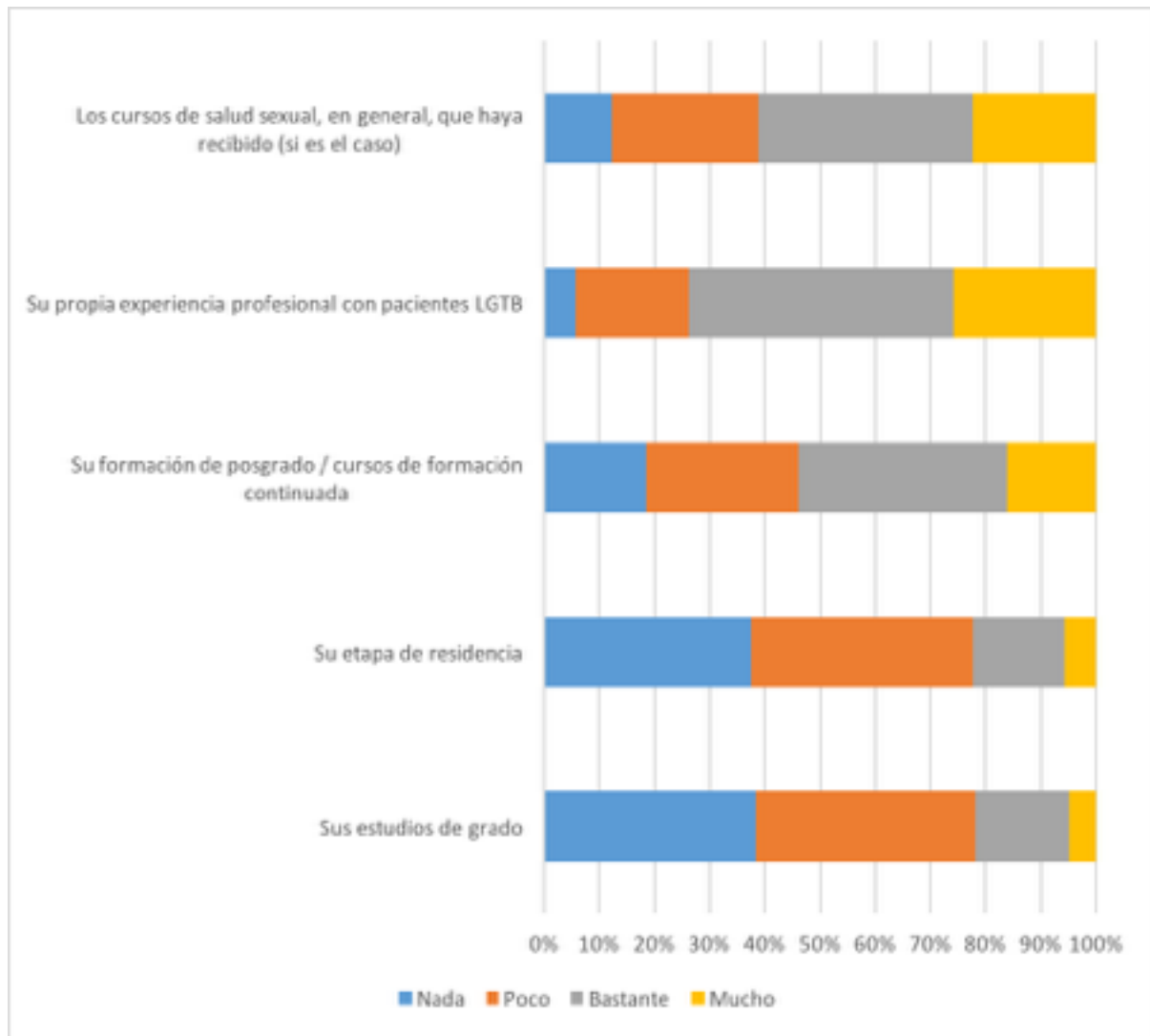


Gráfico 14 - Percepción sobre la utilidad de su formación a la hora de atender a pacientes LGTB
(Respondido: 371 - Omitido: 144)

¹¹⁰ Este dato puede entenderse dentro del sesgo generacional que existe en la atención sanitaria, que se refleja en que el 47% del personal respondiente lleva trabajando al menos 30 años en el ámbito sanitario.

7.3.7. Percepción del personal LGTB

En este apartado se analizan las respuestas de las personas que se han identificado como LGTB en la encuesta, que corresponden con el 10% del personal respondiente.

El 39% de dicho personal opina que identificarse como personal LGTB favorece la aceptación de la comunidad LGTB por parte de la sociedad (de acuerdo o muy de acuerdo). Este porcentaje aumenta al preguntar si dicha identificación favorece la comunicación con pacientes LGTB, de modo que el 46% está de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación.

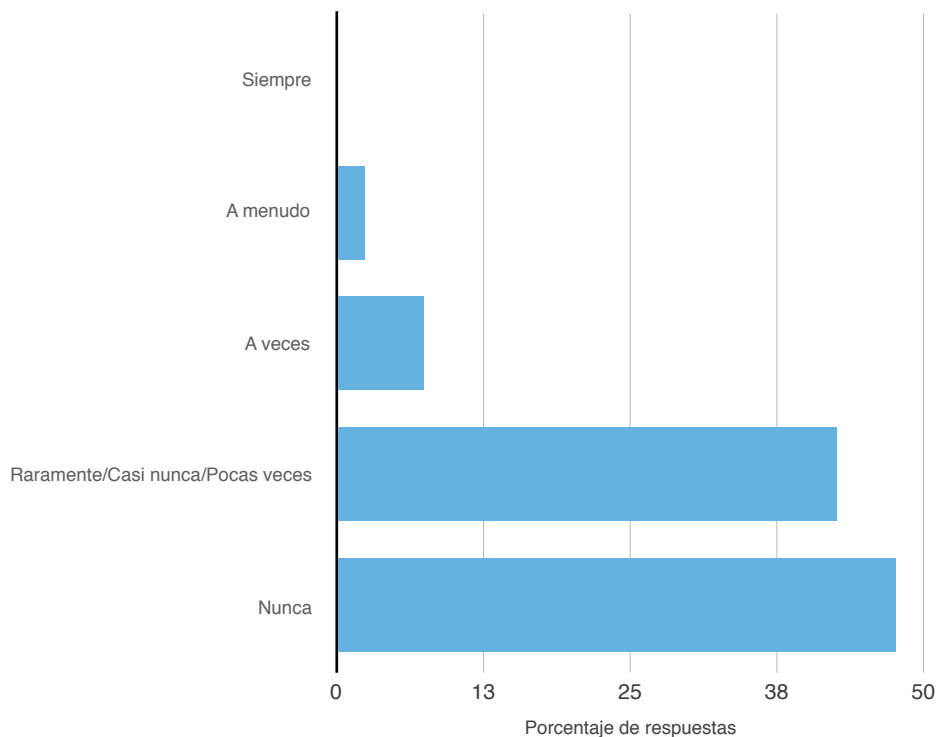


Gráfico 15. Frecuencia con la que los profesionales LGTB manifiestan identificarse ante sus pacientes. (Respondido: 40 - Omitido: 475)

Existe un cierto grado de divergencia entre la necesidad percibida de identificarse como LGTB en la práctica profesional y la frecuencia con la que esa expresión se lleva a cabo. La mayor parte de las personas respondientes cree que nunca (28%) o casi nunca (43%) es necesario que el personal LGTB se identifiquen como tal ante sus pacientes. Sin embargo, los porcentajes crecen cuando, en lugar de preguntar por las creencias preguntamos por las prácticas: el 43% no se identifica casi nunca con sus pacientes como personal LGTB y el 48% no lo hace nunca (ver Gráfico 15). Entre su entorno laboral el 44% de las personas respondientes declaran que su condición LGTB solo la conocen menos del 10% de las

personas con quienes comparten su lugar de trabajo. Únicamente *el 24% señala que al menos el 50% del personal de su centro de trabajo conoce su condición LGTB* (ver **Gráfico 16**).

Los factores positivos relacionados con el hecho de identificarse como LGTB que esta encuesta propone valorar son el reconocimiento profesional como mayores expert*s en salud LGTB (el 36% indica esta relación) y la derivación de pacientes por parte de profesionales (45%) y/o asociaciones (27%). El 38% del personal que se ha identificado como LGTB considera que el paso de identificarse aumenta el número de pacientes LGTB que reciben en su consulta (**Gráfico 18**), y el 46% declara haber recibido pacientes LGTB derivad*s de otr*s profesionales (ver **Gráfico 17**). Tan sólo un 27% cree que identificarse como LGTB favorece la comunicación con pacientes LGTB (**Gráfico 18**).

La percepción sobre el grado de relevancia que presenta identificarse como LGTB debe ponerse en relación, no sólo con el nivel de identificación en la práctica sino con la percepción a cerca de las consecuencias. *Preguntad*s sobre si identificarse como LGTB en su lugar de trabajo afecta a la reputación profesional solamente el 38% está en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación*. Este dato hay que unirlo al hecho de que solo el 3% de las personas respondientes consideran que identificarse les permite trabajar más cómodamente mientras el 55% se expresa en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación. Por otro lado, el 27% del personal sanitario LGTB respondiente afirma haber sido discriminado profesionalmente por su condición LGTB (ver **Gráfico 17**).

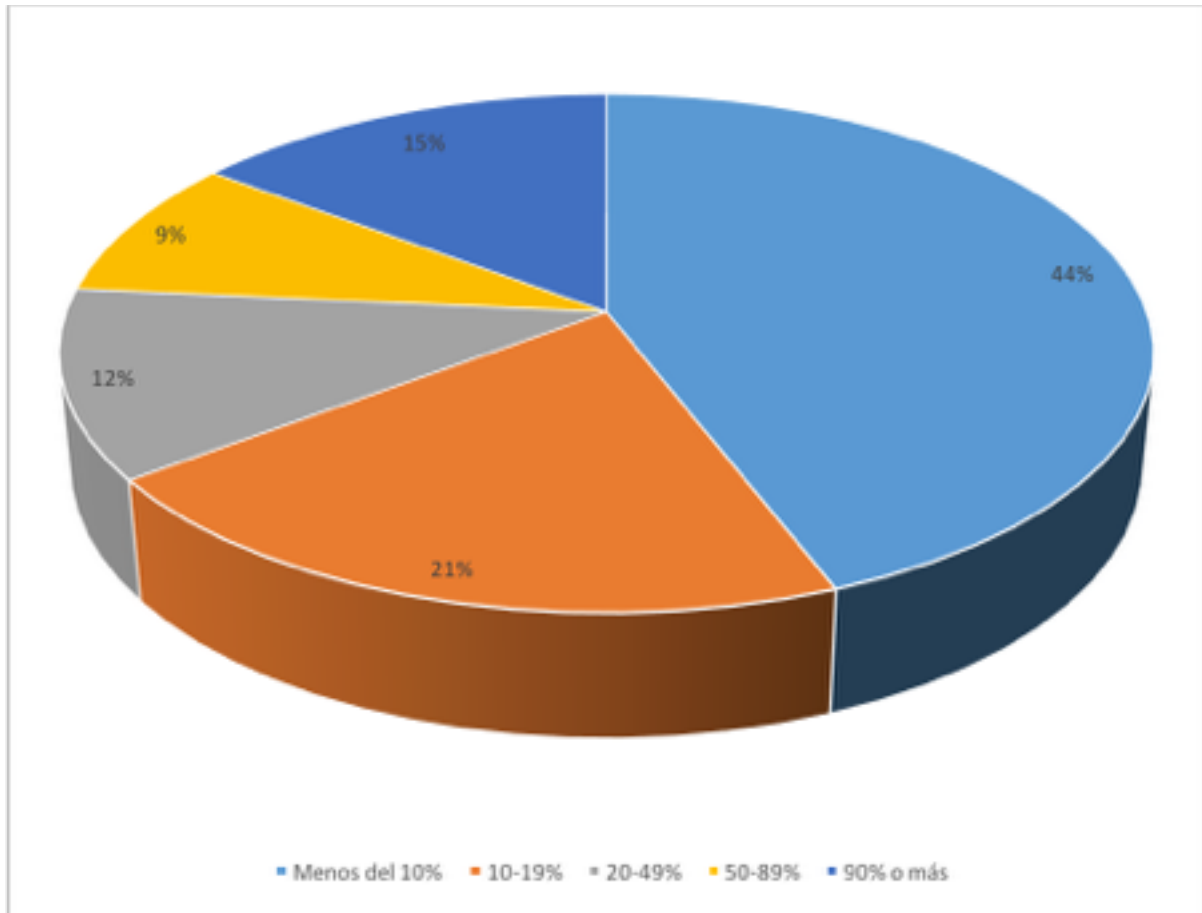


Gráfico 16- Porcentaje de personas que conocen su condición LGTB en su lugar de trabajo
(Respondido: 34 - Omitido: 481)



Gráfico 17– Impacto percibido de la expresión de la orientación sexual y/o la identidad de género en el entorno laboral respecto a distintos indicadores (Respondido: 11 - Omitido: 504)

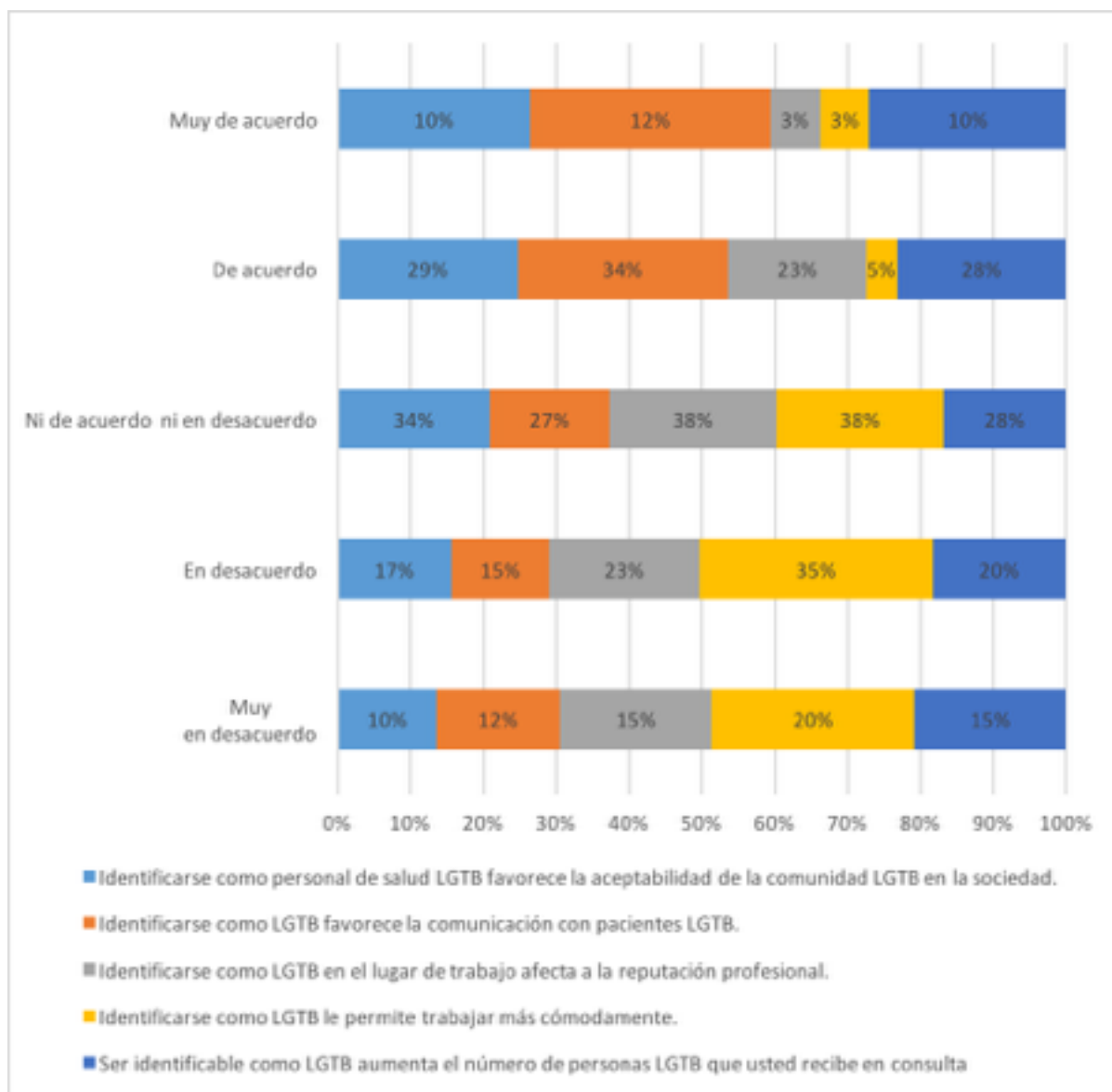


Gráfico 18- Grado de acuerdo de l*os profesionales LGTB con los enunciados propuestos, a cerca de las consecuencias de identificarse como tal en su lugar de trabajo
(Respondido: 41 - Omitido: 474)

7.4. CONCLUSIONES

La encuesta es una herramienta que nos ayuda a visualizar y complementar el panorama de la atención y el acompañamiento (socio)sanitario a las personas TLGBQI. Las conclusiones que presentamos en este apartado contienen el diálogo con la parte cualitativa del estudio, de modo que no se desprenden de una interpretación unilateral de los datos.

La primera conclusión que extraemos es que el tipo de representación existente sobre la comunidad LGTB (qué ideas se tienen acerca de las personas que pertenecen), el grado de reconocimiento de la discriminación y el contacto conocido¹¹¹ directo con personas del colectivo son tres factores que condicionan el nivel de conocimiento de las realidades TLGBQI y las expectativas que tienen l*s profesionales de la salud de recibir usuari*s del colectivo.

La construcción de los saberes profesionales - las ideas y concepciones en torno a salud TLGBQI- no se asienta sobre el contacto significativo con la población LGTB y tampoco sobre la utilidad de las formaciones regladas de las etapas obligatorias. Los factores más valorados para mejorar la práctica profesional con usuari*s del colectivo son la propia experiencia (que requiere contacto directo con la población) y los cursos específicos en salud sexual (que frecuentemente son voluntarios). Ello nos introduce en una dinámica donde las personas con mayor contacto tenderán a formarse voluntariamente en aquello que las formaciones regladas (grado y residencia) muestran escasa competencia. Por el contrario, las personas con menor contacto y predisposición tendrán más dificultad justamente para acceder a formaciones que les permitan trabajar las preconcepciones sobre la población TLGBQI que afectan a su quehacer profesional. Un factor a tener en cuenta de cara a la planificación de las propuestas formativas y el diseño de su alcance.

El conocimiento experto está basado, en gran medida, en el modelo cis-heterocentado de la identidad. Este modelo, en que genitalidad, sexo, identidad de género y orientación sexual se confunden en distintos grados, marca la valoración del riesgo de ITS y la relación médic*-paciente.

En segundo lugar, el conocimiento y la atención a la diversidad del colectivo TLGBQI es desigual, reproduciendo tres brechas que existen también dentro del propio colectivo (ver Diagrama 3). La brecha más amplia es la LGB / T: los resultados de la encuesta repiten una tendencia de reducir las respuestas positivas ante la población trans respecto a la población de lesbianas, gays y bisexuales. Así, el nivel de contacto de l*s profesionales decae significativamente ante personas trans mientras el nivel de patologización se incrementa. Sin embargo, las respuestas ante la población LGB tampoco son homogéneas. La segunda brecha, (G/LB), remite a la hegemonía de la representación de la población de

¹¹¹ Hablamos de "contacto conocido" para diferenciarlo del contacto con personas TLGBQI que el personal no identifica como tal, ya sea en su entorno personal o profesional.

hombres cis gay respecto a la invisibilización de la población de mujeres cis lesbianas, que refleja el sexismo existente. Introducimos en esta brecha también el lugar de las personas bisexuales, que aparece difuminado y escasamente reconocido como lugar propio (aspecto que se representa en el diagrama con interrogantes). La tercera brecha remite a aquellas zonas del colectivo donde es mayoritario el desconocimiento público (personas no binarias, personas intersex, etc...), en tanto no han sido objeto aún de una representación visible como puede ser la creciente representación de las personas trans. Estas tres brechas pueden leerse también como tres guías a la hora de diseñar programas de intervención, que ayuden a tomar decisiones sobre cómo impactan las acciones en el terreno de la salud sexual y reproductiva en la diversidad del colectivo.

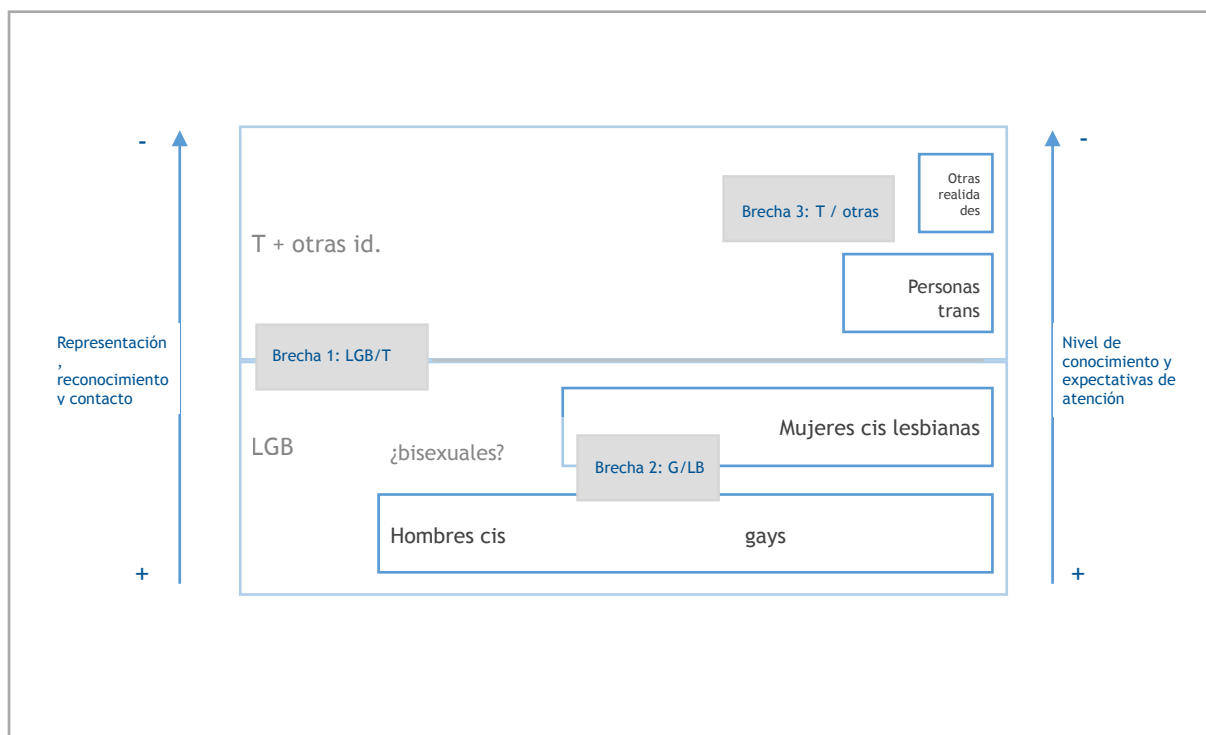


Diagrama 5. Representación visual del nivel de atención e identificación de las diferentes identidades dentro del colectivo desde el sector profesional, siguiendo el modelo escalar que se deriva de los resultados de la encuesta.
Fuente: Elaboración propia.

Por último, es necesario apuntar los obstáculos para la percepción, reconocimiento y puesta en valor de los niveles de TLGBQI-fobia (en particular los menos visibles); un aspecto que condiciona la posibilidad de identificar el impacto en la salud de la diferentes formas de violencia contra personas TLGBQI y la consideración de la TLGBQI-fobia como un determinante de salud."

Capítulo 9

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las problemáticas en salud sexual y reproductiva de la población TLGBQI del municipio de Madrid atañen a dos ámbitos: la relación con los servicios de salud y las condiciones para una vivencia de la identidad de género y la sexualidad que favorezca el desarrollo del bienestar y la salud.

En la relación con los servicios de salud, los obstáculos se sitúan en los niveles de acceso a los servicios, el trato recibido así como el grado de esfuerzo terapéutico y el nivel de utilidad y ajuste de la información recibida. En circuitos alternativos de atención (los que se van conformando, de manera informal, para sortear estos obstáculos), la percepción de l*s participantes en este estudio cambia, destacándose mayor satisfacción en el trato.

A nivel de causas estructurales, el grado de satisfacción con la atención a la población TLGBQI está altamente relacionado con el funcionamiento del paradigma de la matriz cis-heterosexual, fuertemente arraigado dentro la cultura biomédica. Este paradigma marca los modos de pensar la relación entre la anatomía, el sexo, el género, la identidad y las prácticas sexuales. Según este paradigma, conociendo la anatomía de un cuerpo es posible deducir el género, la identidad y las prácticas sexuales de la persona, ya que aparecen como aspectos ligados entre sí que, en última instancia, se derivan de la biología. Así, de una persona con clítoris, vagina y útero se espera un sujeto con identidad femenina, expresión de género femenina, orientación heterosexual y prácticas sexuales basadas en el coito vaginal. Cuando este paradigma de normalidad construye la práctica clínica nos encontramos con un conjunto de limitaciones que afectan a toda la población pero que recae especialmente sobre la población TLGBQI provocando exclusión y maltrato institucional.

Junto al marco interpretativo de género, existen tres factores que condicionan la atención a las personas TLGBQI: la conceptualización de los servicios (a quién van dirigidos), el modelo de relación médico-paciente y el nivel de sensibilización y formación del personal sanitario, condicionado a su vez por la escasez de estudios en torno a la salud TLGBQI. El efecto que presentan estos factores puede verse multiplicado en función de la calidad de las condiciones en las que el personal sanitario ha de efectuar su trabajo, relacionadas con la sobrecarga de atención y los tiempos de consulta.

La conceptualización de los servicios marca hasta qué punto los servicios y la práctica clínica que se desarrolla en su interior, están pensados para incorporar a población TLGBQI o se hallan diseñados para población cis-heterosexual. En el caso de la atención a la salud sexual y reproductiva, el “modelo anticonceptivo” continúa marcando la tendencia en la atención a usuari*s, estableciendo la expectativa de que las personas usuarias de ginecología serán mujeres cis con potencial reproductor.

La exclusión de personas TLGBQI del diseño de los servicios genera circuitos alternativos de atención vía recomendaciones personales. Así, la falta de garantías sobre una atención respetuosa e inclusiva con las realidades TLGBQI, hace de la población TLGBQI parte de los colectivos del “boca a boca”: todos aquellos que han de compensar la ausencia de garantía sobre sus derechos mediante cauces alternativos de atención, que incluyen un grado importante de informalidad y compromiso personal de un sector profesional sensibilizado.

En población trans las principales problemáticas que hallamos son: obstaculización en la elección de servicios, prácticas iatrogénicas en consulta médica, disminución del esfuerzo terapéutico hacia determinados cánceres, desabastecimiento hormonal, absentismo y dilación sanitaria y ausencia de información y garantías sobre los derechos reproductivos.

En materia de salud trans y derecho a la identidad, en la Comunidad de Madrid existen diferentes opciones para obtener acompañamiento médico que se diferencian en dos aspectos: el modelo de atención y el historial de relación que presentan con la población trans. En este sentido podemos diferenciar dos tipos de servicios cuya relación se entiende en términos de hegemonía: la Unidad de Identidad de Género (UIG), con una relación ambivalente con sus usuari*s, que concentra tanto la atención como las críticas de la comunidad trans respecto al trato institucional y el modelo de atención patologizante practicado durante años. Por otro lado, los servicios periféricos con un modelo de atención más flexibilizado y cercano a la despatologización, no construidos como unidades y algunos fuera de la institución, que han actuado como recolectores de la demanda que rebotaba del modelo de atención practicado en la UIG. La obstaculización de la elección del tipo de atención y servicio sanitario se produce a partir de un “efecto embudo”, que favorece la concentración de la atención así como que las personas hayan de dirigirse a la UIG independientemente de la relación sentida y el grado de concordancia con el modelo de atención desarrollado desde la misma. El efecto embudo aparece por la confluencia de un conjunto de condiciones y prácticas: la regulación de las cirugías (cuya derivación debe obtenerse a través de la UIG), la práctica de la “casilla cero” (volver a empezar si se llega desde otro servicio), la concentración de las formaciones y las publicaciones en torno a las diferentes UIG/UTIG, la desregulación del modelo de atención y el miedo del personal sanitario a visibilizar la práctica de otros modelos de atención en ese contexto de desregulación. La aprobación de la ley 2/2016 ha generado un nuevo escenario de

legitimación del modelo de atención hasta la fecha periférico, que está aún pendiente de concreción, por lo que sus efectos no se reflejan aún en la práctica clínica respecto a aspectos como la eliminación del diagnóstico de “Disforia de Género”.

La iatrogenia se refiere a aquellas prácticas que producen un daño añadido en la persona por el contacto con el sistema de salud. En el caso de la iatrogenia trans-específica, dicho daño se deriva de la relación del sistema sociosanitario con la identidad de la persona. Las prácticas iatrogénicas trans-específicas registradas implican: (I) la negación del nombre escogido; (II) las prácticas sanitarias de exclusión sensorial; (III) la patologización de la identidad; (IV) la experiencia en vida real; (V) la negación de la asistencia; (VI) la modulación de los tiempos de acceso a los tratamientos según el tipo de discurso y/o organización de pertenencia y (VII) el alargamiento de las esperas como forma de gestión del no-saber (el peregrinaje sanitario).

La disminución del esfuerzo terapéutico se refiere a la reducción de la prevención y el seguimiento de determinados tipos de cánceres en personas trans, que afecta al seguimiento de la PSA y del cáncer de próstata en mujeres trans y a las revisiones mamarias y ginecológicas en caso de hombres trans. Esta disminución refleja las expectativas de la clínica ginecológica (recibir mujeres cis) y de la clínica urológica (recibir hombres cis) que genera un impacto de exclusión sobre la atención sanitaria a las personas trans.

El desabastecimiento hormonal nombra el fenómeno de retirada de la distribución de medicamentos utilizados por personas trans en terapias de sustitución hormonal, que favorece el abandono de los tratamientos y la adquisición de los fármacos retirados a través de métodos no regulados.

El absentismo sanitario y la dilación (alargar el tiempo de solicitud de una cita) son fenómenos relacionados con los bagajes sanitarios de las personas trans y las expectativas negativas de trato. Por su parte, la autoasistencia con efectos negativos se traduce fundamentalmente en dos tipos de prácticas entre la población trans: la autohormonación y la inyección de silicona líquida. La autoasistencia presenta un impacto especialmente dañino sobre la salud de mujeres trans migrantes, en particular, aquellas que no han adquirido la documentación. En estas se registra también el uso de prótesis mamarias reutilizadas por falta de acceso económico a otros métodos.

Por último, el grado en que los derechos reproductivos trans-específicos pueden ser garantizados afecta a la información sobre la congelación de gametos, las posibilidades de llevarlo a cabo según el nivel socioeconómico de la persona y la capacidad acompañante del sistema sanitario. Esta capacidad dependerá del modo en que la relación que hay entre gestación e identidad de género pueda ser reconceptualizada fuera de la fórmula

“mujer=gestante / hombre=no gestante”, de modo que permita su apertura hacia el acompañamiento de hombres trans gestantes en los procesos de embarazo y parto así como en sus procesos de tomas de decisiones cuando sea requerido.

En el caso de personas trans menores de la mayoría de edad legal, existen múltiples problemáticas compartidas con las de personas adultas, si bien por su especial impacto en las etapas de la infancia y la adolescencia es necesario destacar : la ausencia de trabajo comunitario, la falta de referentes para reconocerse en base a su experiencia en torno a la identidad de género y la gestión de la transfobia cotidiana, la necesidad de la “armarización” para proteger la autoestima, la patologización de la diversidad de género en la infancia y en la adolescencia, el bagaje sanitario negativo y la falta de sensibilización, formación y estudios específicos sobre esta etapa.

*En el caso de las población de mujeres cis lesbianas y bisexuales, los principales obstáculos a la salud sexual y reproductiva son: las prácticas iatrogénicas en consulta, el absentismo y dilación sanitaria, la ausencia de información sobre ITS y barreras preventivas (la desinformación selectiva), el aumento del riesgo de retardos diagnósticos (reducción del esfuerzo terapéutico), la falta de formación de l*s profesionales y la ausencia de estrategias de aproximación a esta población desde el sistema de salud.*

Las prácticas iatrogénicas contribuyen a construir un background de malas experiencias (un bagaje sanitario negativo) entre las mujeres lesbianas y bisexuales que favorece la decisión de no acudir a las consultas (absentismo) o de dilatar la demanda. Las prácticas identificadas son: (I) la invisibilización y exclusión de la sexualidad lésbica y bisexual en consulta (el conjunto de preguntas que presuponen la cis-heterosexualidad de la persona conformando la llamada “batería para cis-heterosexuales”), (II) la moralización y sanción de la sexualidad (el uso de la llamada “promiscuidad” y los silencios ante determinadas informaciones) y (III) las malas prácticas en el cuidado de la vulnerabilidad / los desequilibrios de poder relacionadas con el modelo de atención médic*-paciente ante mujeres lesbianas y bisexuales

La percepción del sector profesional entrevistado sobre las causas de la baja asistencia registrada de mujeres cis lesbianas y bisexuales a las consultas ginecológicas, pone en juego cuatro modelos explicativos: la falta de preocupación por la anticoncepción, el bajo riesgo de infección por ITS, la menor promiscuidad y las malas experiencias previas. Sin embargo, la valoración del riesgo -y del ambiguo concepto de “promiscuidad”- es un procedimiento interrumpido por la representación hegemónica de la sexualidad entre personas con clítoris y vagina de manera que la pregunta más relevante para afrontar la valoración profesional del riesgo en este caso está relacionada con el reconocimiento: *qué cuenta como sexualidad* es una cuestión previa a resolver antes de decidir cuáles son los riesgos de las relaciones sexuales.

Los prejuicios y estereotipos que construyen la valoración profesional del riesgo condicionan la cantidad y la utilidad de la información sobre riesgos y métodos preventivos que las mujeres cis bisexuales y lesbianas pueden obtener en consulta, produciéndose un fenómeno de desinformación selectiva: la probabilidad de obtener información disminuye con la distancia de la persona hacia el modelo heterocentrado.

La reducción del esfuerzo terapéutico en la clínica con mujeres bisexuales y lesbianas favorece el aumento de la probabilidad de recibir un diagnóstico tardío en dos ámbitos. El terreno de las ITS, ya que algunas pruebas son consideradas de antemano como no relevantes al presuponer que no existe penetración vaginal, y el descarte de situaciones patológicas no producidas por ITS, como consecuencia de un modelo de atención basado en la anticoncepción.

Sobre la relación entre usuari*s y profesionales, podemos decir que existe una desconfianza en el colectivo sobre el nivel de sensibilización y capacitación de l*s profesionales acerca de la salud TLGBQI, máxime en aquellos sectores de la atención donde la identidad de género o la orientación sexual pueden resultar aspectos relevantes y, por consiguiente, potencialmente visibles. La falta de sensibilización es una problemática que da luz a la necesidad, aún acuciante, de superar la “invisibilización” de las sexualidades no normativas, el modelo heterocentrado y, en general, los prejuicios y estereotipos que más habitualmente atraviesan la visión de la sexualidad de las mujeres cis.

Por último, cabe destacar la escasez de estrategias de aproximación hacia la población de mujeres cis lesbianas y bisexuales por parte de las diferentes instituciones sanitarias. Cuando estas estrategias sí existen el impacto se hace visible en el discurso de las personas entrevistadas, destacando tres tipos de estrategias útiles: el reflejo de la inclusividad en la fisionomía de los centros (frecuentemente a través de carteles), el uso de las web y las redes sociales y el trabajo comunitario orientado a diversidad sexual y diversidad de género.

La ausencia de estrategias de aproximación aparece compensada por la aparición de circuitos alternativos basados en las recomendaciones personales de profesionales, las recomendaciones vía redes sociales y la reciente aparición de grupos y espacios provisionales de autoconocimiento y autogestión de determinados malestares ginecológicos.

En población de hombres cis gays y bisexuales, las problemáticas emergentes reflejan aquellas más directamente relacionadas con las condiciones para una vivencia de la identidad de género y la sexualidad que favorezca el desarrollo del bienestar y la salud. Las problemáticas halladas son: las limitaciones del modelo hegemónico de sexualidad y sus consecuencias sobre la salud sexual, las barreras a la socialización de hombres cis gays y bisexuales con movibilidades distintas a la estándar, la homofobia en situaciones de

desequilibrio de la codependencia de cuidados: el impacto sobre la salud sexual, la negación del derecho al placer en hombres cis gays y bisexuales mayores: la asociación de la sexualidad gay con el miedo al contagio, el modelo VIH céntrico de la prevención de ITS.

Para la elaboración de este apartado hemos explorado el modelo hegemónico de sexualidad focalizando la atención en aquellos lugares donde se evidencian fracturas, de forma que como consecuencia de su funcionamiento se producen exclusiones sobre determinados enclaves del colectivo. Nos apoyamos para ello en las vivencias y discursos de hombres cis gays con diversidad funcional y de personas mayores. En este sentido identificamos al menos tres puntos de fractura que condicionan las posibilidades de desarrollo sexual y personal de los hombres cis gays y bisexuales y dificultan la coexistencia de otras formas de relación distintas a las hegemónicas dentro del colectivo: (I) la separación entre el cuerpo físico y la afectividad; (II) la “cultura de la inmediatez” y el uso de las aplicaciones de contactos y (III) la genitalización y los mitos que excluyen a personas con diversidad funcional.

En relación a las personas con movibilidades distintas a la estándar (en particular aquellas que se desplazan en sillas de ruedas), se encuentran con diferentes obstáculos particulares a la socialización en la comunidad gay, que condicionan fuertemente su vida social y sexual, entre los cuáles destacamos dos: las barreras arquitectónicas y la ausencia de espacios de socialización diferentes al ocio nocturno que conforman barreras sociales.

El impacto de la homofobia en las relaciones de cuidado con un desequilibrio de poder de carácter más permanente se basa en la falta de suficiente autonomía para evitar situaciones de abuso de poder. En este apartado nos hemos centrado en dos situaciones: la necesidad de cuidados derivados de la edad y los derivados de una situación de diversidad funcional, que pueden proveerse tanto en entornos familiares como residenciales. En ambos entornos existe una tensión ante la posibilidad de tener que ocultar su homosexualidad por temor a no recibir una atención de calidad y así mismo el prejuicio que muchas veces los identifica como individuos asexuales o en los que las necesidades sexuales son algo secundario.

La negación del derecho al placer en hombres cis gays y bisexuales mayores se relaciona con el miedo a las prácticas sexuales entre hombres, derivado de su asociación con el contagio de sida, así como con el prejuicio sobre que a partir de determinada edad se convertirían en seres presuntamente asexuales. Esta situación genera dos respuestas opuestas: evitación de la sexualidad por miedo al contagio o la evitación de las normas de prevención para acceder a la sexualidad y evidencia que las trayectorias sexuales de los hombres cis gays y bisexuales se encuentran fuertemente atravesadas por la edad.

En el caso de la población de hombres cis gays y bisexuales mayores el desarrollo de conductas de prevención está atravesado por la idea que exista en torno al amor y la autopercepción que tiene cada persona sobre cuáles son sus posibilidades de lograr

relaciones afectivas duraderas. Así, la disponibilidad de una persona para negociar las condiciones bajo las cuales desea mantener relaciones sexuales (lo que afecta tanto a las conductas de prevención de ITS como a las de prevención de violencias) dependerá del grado de confianza que una persona tenga en que podrá generar nuevos contactos y nuevas relaciones.

En relación al campo de la prevención y el tratamiento de ITS en hombres cis gays y bisexuales identificamos cómo la representación de las ITS en este colectivo está fuertemente colapsada simbólicamente por el VIH y que a su vez ocasiona un fuerte estigma a los miembros de esta población que son seropositivos. Esta situación genera un descenso relativo a la atención hacia la infección por otro tipo de ITS. En el ámbito de la prevención es importante diferenciar sus destinatarios en función de la diversidad inherente al propio colectivo de hombres cis gays y bisexuales y así mismo considerar los cambios producidos por la emergencia de nuevos fármacos destinados a la prevención del VIH. Otro de los aspectos abordados es la “pulsión” hacia las drogas en el sexo con una frustración ligada a la fragilidad social que caracteriza el contexto socioeconómico de crisis actual, referido por algunos informantes, en las prácticas Chemsex. Y por último destacar la utilidad práctica de profilaxis alternativas al preservativo para el VIH en diferentes sectores de la población con mayor vulnerabilidad y los retos que plantea en general este tipo de profilaxis: afrontar el riesgo de infección de otras ITS, un uso que no reemplace a la cultura del condón y un escenario de intervención que se genere desde el vínculo entre profesionales y la población.

Capítulo 10

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

9.1. CÓMO SE HAN ELABORADO: LA DEVOLUCIÓN DEL PROCESO Y EL ÁRBOL DE PROBLEMAS

Las recomendaciones que aquí presentamos se basan en la última jornada-taller del Grupo Motor, en la que participaron también informantes de la investigación y profesionales de la Formación en Agentes de Salud Comunitaria TLGBQI.

Para diseñar un primer conjunto de recomendaciones, la Jornada se desarrolló en dos partes: (I) devolución de la información y discusión, (II) elaboración del árbol de problemas, y objetivos) y (III) elaboración de una guía de recomendaciones.

Para diseñar el árbol problemas se atendió a las causas inmediatas (el tronco) y las causas profundas (las raíces) de las problemáticas presentadas (la copa del árbol como región visible). Los grupos de trabajo creados tuvieron la opción de reinterpretar e introducir otras problemáticas diferentes a las recogidas en la exposición y el debate anterior, si así lo consideraban. Los resultados de este trabajo pueden verse en las ilustraciones R1, R2 y R3. Cada árbol analiza las problemáticas de uno de los ejes de desigualdad: transfobia, lesbofobia/bifobia y homofobia/bifobia.

Las causas profundas apuntan hacia el sistema ideológico que rige el modelo de relación de la sociedad con la diversidad, en este caso, de género y sexual. Este sistema ideológico recibe distintos nombres, señalando siempre la construcción de un concepto de ciudadanía cis-heterocentrado, que gravita sobre el eje del binarismo sexual y de género (el imperativo social de diferenciar/segregar expresamente a mujeres y hombres), que implica una jerarquía entre géneros y que delega a la periferia a otras identidades que se relacionan de modos distintos con el sistema de (re)producción actual. Desde este punto de vista, la representación de las raíces del árbol mediante términos como: machismo, misoginia, lesbofobia, racismo, xenofobia, sistema capitalista liberal, masculinidad hegemónica, heteropatriarcado, androcentrismo y heteronormatividad. Juntos generan un imaginario social sobre el género, la identidad y la sexualidad propio de la cultura occidental actual.

La intersección entre ellos marca las cadenas de exclusión que alimentan las problemáticas visibles y emergentes, reflejadas en este informe.

Las causas inmediatas de las problemáticas visibles se centran en el desconocimiento, el miedo, los prejuicios, el modelo “paternalista” de relación médic*-paciente, la falta de formación académica y continuada, la ausencia de formación transcultural, el maltrato sanitario, el desconocimiento de los recursos para población TLGBQI, la falta de información sobre ITS y la ausencia de estrategias comunitarias.

9.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que presentamos a continuación sintetizan el trabajo del grupo motor, las conclusiones del equipo técnico y las aportaciones de personas que han participado en esta investigación a título de informantes:

1. La primera recomendación apunta a la cultura profesional en torno al género. Se trata de la necesidad de repensar y reelaborar el marco de género y el marco de normalidad de los cuerpos que subyace al modelo de atención sociosanitaria y la promoción de la salud en los diferentes niveles de esta, de modo que resulte un marco integrador para las diversidades sexuales y de género. Este proceso implica la articulación de espacios de encuentro entre la comunidad profesional y el colectivo TLGBQI en cada uno de los niveles, con el fin de identificar su impacto y las posibles situaciones concretas de exclusión y discriminación, así como las herramientas para abordarla. Las problemáticas presentadas en este informe pueden aportar una guía para un primer análisis. Cualquier intervención que se produzca sin que la cultura profesional tenga la oportunidad de transformarse desde dentro en contacto con la población TLGBQI, verá su impacto y su eficacia fuertemente disminuida.

2. En el nivel de planificación e implementación de programas y políticas públicas es necesario revisar a quién van dirigidos los servicios: ¿van dirigidos a población TLGBQI?. Así mismo, plantear estrategias de aproximación coherentes con ellos. Los servicios y programas que no pretendan ceñirse a personas cis-heterosexuales habrán de interpelar directamente a la población TLGBQI.

3. En el nivel de la atención sociosanitaria, será necesario que l*s profesionales cuenten con espacios donde revisar cuál es el perfil de usuari* esperad*, esto es, cuáles son las expectativas profesionales sobre las características de las personas que acuden a un servicio o consulta. Cuando ese perfil no pretende ser cis-heterosexual, habrán de establecer se mecanismos de aproximación hacia la comunidad TLGBQI específicos.

4. Desde los servicios (socio)sanitarios, resulta necesario poner en marcha diferentes estrategias de aproximación al colectivo, compatibles entre sí, cuya pertinencia tendrá que ser valorada en cada caso. Por un lado, el cambio en la “fisionomía” de los centros mediante la incorporación de símbolos que transmiten un mensaje de cercanía y respeto a los derechos de la población TLGBQI, funciona como un mecanismo de invitación. Esta estrategia puede incluir acciones como el uso de carteles pertenecientes a campañas relacionadas con el colectivo. También puede implicar la presencia de personas TLGBQI en campañas dirigidas a población general, lo que da a entender que la “población general” está compuesta también de personas TLGBQI. Una segunda estrategia de aproximación es el uso de las redes sociales y las páginas web oficiales para representar la inclusión de personas TLGBQI como usuari*s esperad*s. La tercera y, quizás principal, es el trabajo comunitario que permite conectar los espacios sociosanitarios con otros espacios sociales.

5. Cuando el uso de dichas estrategias conlleve imágenes y otro tipo de representaciones se habrá de atender a la diversidad del colectivo TLGBQI, procurando no reforzar exclusivamente los imaginarios relacionados con las representaciones de carácter hegemónico (cuerpos siempre con movilidad estándar, de clase media, no racializados, de cultura paya, etc...). Para ello se buscará trabajar las estrategias de aproximación con miembros TLGBQI de los colectivos pertinentes (población gitana, población migrante, diversidad funcional, diversidad mental, etc...)

6. Las estrategias de aproximación deben llevarse a cabo teniendo en cuenta el bagaje sanitario previo, no solo de las personas, sino de la comunidad TLGBQI; teniendo en cuenta que las situaciones de maltrato institucional y de exclusión lejos de circular a nivel individual lo hacen por circuitos colectivos, contribuyendo a reforzar las espirales de exclusión-inhibición que desencadenan el absentismo sanitario y la dilación de algunos sectores del mismo.

7. Las estrategias de aproximación necesitan acompañarse de estrategias de formación que puedan acoger la demanda que aquellas contribuyen a generar. Los espacios formativos responde a una necesidad ampliamente nombrada en esta investigación por la población TLGBQI informante y por numeros*s profesionales. Las necesidades formativas afecta a diferentes facetas de las profesiones sociosanitarias. Por un lado, la conceptualización del género, sobre el que existe un amplio desconocimiento como constructo cultural no ligado al sexo; así como sobre los distintos nexos que pueden generarse entre la anatomía, el sexo, la identidad de género, la expresión de género, la orientación sexual y la capacidad gestante. Por otro lado, respecto a las problemáticas de salud expresadas por la población y los obstáculos hallados. Por último, respecto a las herramientas y recursos para abordarlos desde cada sector profesional.

8. Dado que la formación es un proceso largo y complejo, requiere de estrategias que lo acompañen en el corto y el medio plazo. Entre ellas, se encuentran los protocolos como herramienta de apoyo orientada a evitar malas praxis o praxis que generan exclusión en torno a temas concretos cuyo abordaje se muestra escaso, insuficiente o erróneo de forma recurrente: la prevención de ITS entre personas con clítoris, vagina y útero, la atención y el seguimiento a personas trans desde los servicios de proximidad, incluyendo la monitorización de los tratamientos hormonales; el seguimiento de diferentes tipos de cánceres en personas trans y la actuación ante la violencia intragénero.

9. En los niveles de atención de proximidad es recomendable la introducción de procesos de asesoramiento a personas trans. Así mismo, resulta recomendable y acorde con la ley 2/2016, la monitorización de los tratamientos de hormonación en personas trans desde este tipo de servicios, lo que requiere de la formación profesional pertinente. Los servicios tendrán que proporcionar información sobre el tipo (asesoramiento social y/o clínico) y el nivel de acompañamiento que pueden dar a la población trans.

10. Así mismo, cabe resaltar la urgencia de la protocolización de la ley 2/2016 en lo que afecta al sector sanitario y sociosanitario.

11. Entre el sector profesional, ratificamos que continua siendo urgente trabajar el significado de la despatologización de las identidades de género desde la práctica sociosanitaria, por el efecto iatrogénico y la vulneración de derechos que presentan los enfoque patologizantes tanto en población adulta como en personas infantiles y adolescentes.

12. Es necesario que el personal sanitario conozca recursos de atención a personas trans y que ese conocimiento incluya los diferentes servicios disponibles en el ámbito de la Comunidad de Madrid, con el fin de posibilitar la elección de la persona que solicita información.

13, La eliminación de prácticas iatrogénicas en los servicios sanitarios hacia población trans es un asunto de máxima urgencia. En este sentido, es necesario un mayor grado de protocolización de aspectos relacionados con el trato administrativo y personal a usuari*s de servicios sanitarios. Este trabajo es particularmente relevante en aquellas áreas en las que las personas trans son especialmente excluidas de la atención sanitaria: urología en el caso de las mujeres trans y ginecología en el caso de los hombres trans, así como el personal de los espacios de revisiones de mama.

14. El grado de eficacia de las revisiones dependerá de la incorporación de las corporalidades trans al conocimiento médico como parte de la diversidad corporal; de modo que puedan identificarse también la expresión de los malestares y patologías que

pueden darse en estos (por ejemplo, en cuerpos de hombres trans con útero y tomas habituales de testosterona).

15. Se recomienda la puesta en marcha de mecanismos de evaluación externa de los servicios públicos relacionados con atención a la población trans, con el fin de valorar el nivel de implementación de la ley 2/2016, apoyarlo y velar por la eliminación de prácticas iatrogénicas en los servicios sanitarios.

16. Deberá reforzarse la formación sobre los derechos reproductivos de la población trans, lo cual no puede enfrentarse como un asunto que concierne únicamente al hecho de proporcionar información al personal para que este la proporcione a la población. Por el contrario, será necesario generar espacios de trabajo y discusión entre profesionales y comunidad TLGBQI donde el nexo entre identidad y capacidad gestante pueda reelaborarse. De lo contrario, el papel de la información no determinará el grado en que los derechos reproductivos pueden hacerse efectivos desde el sector (socio)sanitario, sino que se verá bloqueado por las creencias en torno a la pertenencia exclusiva de la capacidad gestante a las mujeres cis.

17. El personal médico deberá facilitar alternativas a los fármacos de incidencia hormonal retirados del mercado no como un asunto exclusivamente clínico, sino valorando cómo los aparentemente similares afectan la salud y la vida de cada persona en cuestión.

18. El acompañamiento a personas trans debe incluir la diversidad de identidades que existen así como permanecer abierto y permeable a las nuevas categorizaciones que van apareciendo entre la población. Las personas no binarias, transgénero y en cuestionamiento de género han de ser reconocidas desde sus identidades propias.

19. En población trans, el trabajo comunitario se vuelve un pilar imprescindible sobre todo para el acompañamiento de menores, donde se hace necesario vincular los espacios educativos con los sociosanitarios. La revisión de los currículum de las escuelas respecto a la diversidad corporal (en particular respecto a los temarios que confunde identidad con genitalidad) es un asunto urgente que afecta a los derechos de l*s menores trans y/o con diversidad de género en las aulas y que influye negativamente en la salud sexual de las personas, obstaculizando la creación de un autoconcepto positivo libre de la interiorización de la transfobia social del entorno.

20. El acompañamiento a personas trans y/o con diversidad de género infantes y adolescentes debe hacerse desde una perspectiva despatologizante y un factor fundamental a tener en cuenta es garantizar que las acciones concretas que se proponen no profundicen en las tres brechas analizadas en este informe (ver apartado 3.4.2).

21. El modelo de prevención de ITS necesita ser actualizado mediante un cambio de paradigma que implique un giro desde el modelo dominante actual basado -en mayor o menor medida- en la identidad a un modelo más orientado a las anatomías y las prácticas sexuales. La posibilidad de que realmente exista una valoración profesional del riesgo depende de este giro que aún no se ha producido en la práctica clínica y el trabajo comunitario sobre prevención. Para ello es necesario recomponer el nexo entre anatomía e identidad, entendiendo que este puede ser variado. De este modo, es necesario pasar del riesgo entre, por ejemplo, dos mujeres lesbianas a una valoración particular que no presuponga: (I) las genitalidades que entran en juego en esa relación, entendiendo que las identidades pueden corresponderse con genitalidades diversas, (II) las prácticas sexuales que son llevadas a cabo y (III) las prácticas sexuales que no se realizan. Para ello, el lenguaje empleado es una de las dimensiones a transformar, concretando la anatomía de las personas que tienen relaciones en lugar de su identidad.

22. La valoración concreta del riesgo entre personas con clítoris, útero y vagina depende de la superación de los estereotipos en torno a la sexualidad de las mujeres que se traducen en la desexualización de las relaciones lésbicas. Los sesgos sexistas que persisten en el imaginario profesional continúan determinando la percepción profesional del riesgo y el escaso reconocimiento de las sexualidades lésbicas. De este modo, el cambio de paradigma al que nos referimos anteriormente deberá incorporar una visión de los sesgos sexistas que atraviesan la cultura médica profesional.

23. En mujeres bisexuales, la valoración del riesgo no debe ceñirse a las “relaciones heterosexuales” previas sino que se han de tomar en cuenta también las relaciones lésbicas existentes. Así mismo deberá trabajarse la necesidad de dar un lugar y un reconocimiento propio a la población bisexual, frecuentemente leída bien como heterosexual o bien como lesbianas y gays.

24. Por consiguiente, en el campo de las ITS, es urgente trabajar entre profesionales y con la comunidad TLGBQI, en la construcción de un nuevo paradigma de valoración del riesgo en la práctica clínica. Nuestra recomendación es que este trabajo pueda traducirse en guías de práctica clínica que generen un referente sobre el modelo de atención.

25. Los programas y servicios sociosanitarios han de enfrentar el reto de atender las necesidades de la población TLGBQI en materia de salud sexual abriendo su significado a aspectos distintos a la prevención de ITS, en particular en el caso de hombres cis gays y mujeres trans. Así mismo, los programas de prevención de ITS orientados a hombres cis gays deberán atender a las condiciones estructurales que favorecen que las conductas de autocuidado no sean llevadas a cabo, evitando la estigmatización, la culpabilización y la asociación con una “promiscuidad”, entendida como factor moralmente indeseable.

26. Los programas y servicios sanitarios deben trabajar para igualar el esfuerzo preventivo y terapéutico en la prevención de diferentes tipos de cánceres en población TLGBQI, en particular en población de mujeres cis lesbiana y de mujeres y hombres trans.

27. Entre los servicios que prestan atención ginecológica es necesario modificar la fase de acogida, favoreciendo que las personas TLGBQI puedan sentirse esperadas e invitadas. Recomendamos preguntar directamente por la identidad con el fin de no dar por hecho que las personas son cis-heterosexuales mientras no se demuestre lo contrario; una visión que provoca que hablar de sexualidad se convierta, para las personas TLGBQI, en un acto de ruptura de las expectativas profesionales (salida del armario). Así mismo, se recomienda prestar una atención renovada y continua al acompañamiento en situaciones en las que existe una fuerte exposición corporal de l*s usuari*s (especialmente en la clínica ginecológica) de modo que el cuidado de la vulnerabilidad sustituya a la vulnerabilización (por ejemplo mediante la banalización de prácticas clínicas que para la persona que las recibe son extracotidianas).

28. Un objetivo específico de los programas y servicios de atención sociosanitaria debe ser promover las condiciones que incrementan el bienestar de la salud sexual de la población TLGBQI -más allá de aspectos relacionados con prevención de ITS-. En este sentido, el factor del envejecimiento conforma un sector específico dentro del colectivo TLGBQI (“mayores”) que, si bien presenta fuertes diferencias internas, coincide en dos factores a tener en cuenta: la soledad no escogida como problema de salud pública y la situaciones de homofobia que pueden vivirse ante la creciente necesidad de cuidados del entorno.

29. Se recomienda incluir entre los objetivos explícitos de los programas y servicios sociosanitarios velar por los derechos y la salud sexual de las personas TLGBQI que viven en espacios de cuidados institucionalizados (como las residencias para personas mayores y las residencias para personas con movilidades distintas de la estándar), garantizando el libre desarrollo de la sexualidad y el acceso a recursos en igualdad de condiciones con el resto de la población.

30. Los programas y servicios sociosanitarios han de incluir a personas con movilidades diversas (independientemente de si viven en espacios institucionalizados o no) y a las personas sordas en la promoción de la salud sexual, considerando especificidades como los apoyos humanos para superar barreras lingüísticas, arquitectónicas o de cualquier otro tipo. La asistencia sexual se considera apropiada y recomendable para favorecer la autonomía sexual de las personas con un nivel de movilidad reducida que les impide el autoconocimiento y la autoexploración.

31. La intervención desde el sector sanitario debe compatibilizar las acciones específicas con la transversalización de una perspectiva transpositiva y LGB-positiva en todos los programas y acciones desarrollados. La presencia de temáticas y representaciones TLGBQI no puede ceñirse a las campañas particulares sino que el concepto de “población general” debe incluir la diversidad sexual y de género que justamente existe entre toda la población. Solo así puede evitarse un efecto contraproducente: favorecer la integración de la diversidad a través de las campañas específicas al tiempo que impulsar su exclusión en las campañas generales. La creación de entornos TLGBQI-positivos pasa por construir ese ensamblaje entre ambos tipos de acciones y políticas (generales y específicas).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

AJUNTAMENT DE BARCELONA (2016). Diagnòstic de les diferents realitats, posicionaments i demandes de la població intersexual / amb DSD (diferències del desenvolupament sexual) a Barcelona. Disponible on-line (versiones catalán, castellano e inglés): http://estatic.bcn.cat/ConsellGihdt/Continguts/diagnostic_interesex_cat_ok_acc.pdf

AJUNTAMENT DE BARCELONA (2011). LLibre blanc Europeu: <<Contra l'homofòbia>> Polítiques locals d'igualtat per raó d'orientació sexual e identitat de gènere. Disponible on line en: <http://w3.bcn.cat/fitxers/dretscivils/wpcat.409.pdf> [Consulta: 15/11/2016]

AJUNTAMENT DE BARCELONA (2009). Diagnóstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona. (Recuperado de <http://w110.bcn.cat/fitxers/dretscivils/2diagnosticorealidadeslgtbbcn.301.pdf> el 15/11/2016).

AMERICAN CANCER SOCIETY. (Sin fecha). Prevención y detección temprana del cáncer de próstata. (Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/deteccion-temprana.html> el 28/06/2017).

APA-American Psychiatric Association. (2016). What Is Gender Dysphoria? (Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria> el 28/06/2017).

APA-American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5a ed. Washington, DC: APA.

BAILEY, Julia V., KAVANAGH, Jayne, OWEN, Charlie, McLEAN, K A y SKINNER, Celia. (2000). Lesbians and cervical screening. *British Journal of General Practice*, 50: 481-482. (Recuperado de <http://bjgp.org/content/bjgp/50/455/481.full.pdf> el 30/06/2017).

BASTERRA-GORTARI, Virginia. (2016). Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos: atención a la disforia de género en población infantil y adolescentes. *Boletín de la Sociedad Vasco – Navarra de Pediatría 2016*; 48: 20-22.

BCN CHECKPOINT. (2017). Chemsex en la cohorte Barcelona Chekpoint: un fenómeno con tendencia al alza asociado a un aumento del riesgo de infección por VIH. (Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD39808.pdf> el 28/06/2017).

BISQUERRA, Rafael (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla

BMJ. (2015). What is chemsex and why does it matter? *BMJ* November 03, 2015; 351:h5790

BOURGEOIS, Anne Laure, AURICHE, Pascal, PALMARO, Aurore, MONTASTRUC, Jean Louis y BAGHERI, Haleh. (2016). Risk of hormonotherapy in transgender people: Literature review and data from the French Database of Pharmacovigilance. *Ann Endocrinol (Paris)* 77(1):14-21.

BUTLER, Judith. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 2007 [1990].

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS -PROMSEX (2011). Diversidad Sexual en los servicios de salud, ¿qué podemos hacer?

DRIESSNACK, M., SOUSA, V. y COSTA, I. (2007). Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 15(5), 179-182. (Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a24.pdf el 15/11/2016).

ESTEVA, Isabel; GÓMEZ-GIL, Esther; BECERRA, Antonio & GIDSEEN. (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Current Opinion in Endocrinology and Diabetes*. *Endocrinology reproductive*, 2013; 20(6):585-591.

ESTEVA et al. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 2015; 6(1):45-49

FELGTB e ILGA Europe (2015): LGBT people and discrimination in the area of health in Spain. (Recuperado de <http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida/documentacion/salud-lgtb/i/12060/159/estado-de-salud-de-la-poblacion-lgtb-espanola-y-discriminacion-en-el-acceso-a-la-atencion-sanitaria> el 15/11/2016).

FERNÁNDEZ, Rosa Isabel (2016). Prevención del cáncer de cérvix: una aproximación desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2016 Noviembre; 4(4): 6-17

GARCHITORENA, Marta (2009). Informe Jóvenes LGTB. (Recuperado de goo.gl/OwPTyY el 15/11/2016).

GEMETRO, Florencia & BACIN, Gabriela. (2012): <<Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB>> (Recuperado de goo.gl/XZkyj7f el 15/11/2016).

GIL-BORRELLI, Christian Carlo, VELASCO, César, INIESTA, Carlos, BELTRÁN, Paula de, CURTO, Javier y LATASA, Pello. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3):175–177.

GORGOS, Linda M. & MARAZZO, Jeanne M. (2011). Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women. *Clin Infect Dis*, 53 (suppl_3): S84-S91.

INSTITUTO DE LA MUJER Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. (2017). Las personas LGBT en el ámbito del empleo en España: hacia espacios inclusivos con la orientación sexual e identidad y expresión de género. Documento ejecutivo (Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2017/ResumenEjecutivoLGBT.pdf> el 28/06/2017).

MARTIN-PÉREZ, Alberto, GONZÁLEZ, Elena, MARRERO, Nayra & REBOLLO, Jenifer. (2015). *LGBT people and discrimination in the area of health in Spain*. Madrid:

FELGTB. (Recuperado de www.felgtb.org/rs/7129/d112d6ad-54ec.../estado-salud-poblacion-lgtb-2015.pdf el 28/06/2017).

MINISTERIO DEL INTERIOR. (2017). *Informe sobre la evolución de los incidentes relacionados con los delitos de odio en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. (Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/3479677/Informe+2016+delitos+de+odio+en+Espa%C3%B1a/6746b021-9197-48a0-833b-12067eb89778> el 5/07/2017).

MINISTERIO DE SALUD (2011). *Identidades Diversas, los mismos Derechos*. Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo: Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos". (Recuperado de www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/.../identidades-diversas.pdf el 15/11/2016).

NATIONAL LGTB HEALTH EDUCATION CENTER (2014) *Las necesidades de las personas LGBT en los Centros de Salud Lo que la Junta Directiva necesita saber*. (Recuperado de <http://www.lgbthealtheducation.org/publication/lgbt-junta-directiva/> el 15/11/2016).

NAVARRO-PÉREZ, Patricia et al .(2015). La producción científica biomédica sobre transexualidad en España: análisis bibliométrico y de contenido (1973-2011). *Gaceta Sanitaria*, 2015; 29(2):145–151.

OBSERVATORI CONTRA L'HOMOFÒBIA (2015). *Estat de la LGTBifòbia a Catalunya 2015*. (Recuperado de goo.gl/yiTA89 el 15/11/2016).

OBSERVATORIO MADRILEÑO CONTRA LA LGTBFOBIA. (2017). *Informe sobre incidentes de Odio por LGTBfobia en la Comunidad de Madrid 2016*. (Recuperado de http://contraeliz.cluster005.ovh.net/informes/2016/informe_obsmad_2016.pdf el 4/07/2017).

OMS - Organización Mundial de la Salud. (2013). *ICD-11 Beta Draft*. (Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en> el 4 de julio de 2017).

OSBORNE, Raquel (Coord.) (2012). *La situación social de la población migrante TLGB (Transexual, Transgénero, Lesbiana, Gay y Bisexual) en España desde un enfoque de género y de derechos humanos*. Santo Domingo, República Dominicana: ONU Mujeres.

PLATERO, R. Lucas & ORTEGA, Esther (2017). *Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares*. Madrid: Transexualia.

PLATERO, R. Lucas, ROSÓN, María y ORTEGA, Esther (2017). *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona: Bellaterra.

QUESADA, Mónica. (27 de diciembre de 2010). La eyaculación femenina, esa gran desconocida. *Pikara Magazine Online*. (Recuperado de <http://www.pikaramagazine.com/2010/12/la-eyaculacion-femenina-esa-gran-desconocidaafinando-el-organo/> el 26/06/2017).

REMESAR, Antoni y VIDAL, Tomeu. (2003). Metodologías Creativas para la Participación. Documento de trabajo. (Recuperado de <http://www.ub.edu/escult/editions/0particip.pdf> el 15/11/2016).

URRACA, Sabina. (10 de abril de 2017). ¿Qué pasa cuando las lesbianas van al ginecólogo. *Broadly*. (Recuperado de https://broadly.vice.com/es/article/lesbianas-ginecologo?utm_source=broadlyfbes el 26/06/2017).

VALLÉS S. Miguel (2007): “Entrevistas cualitativas” (Colección Cuadernos Metodológicos). Madrid: CIS

WILKINSON, Richard y MARMOT, Michael. (eds.). (2006). *Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados*. (Traducción de la 2ª edición de la OMS). Organización Mundial de la Salud: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Original en inglés, 2003). (Recuperado de <https://goo.gl/MvoEqb> el 7/07/2017).

WPATH - World Professional Association for Transgender Health. (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7ª versión. (Recuperado de <https://goo.gl/MqyRC8> el 7/07/2017).

Leyes y normativas

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado (BOE) n° 98*, 24 de abril de 2012.

Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado (BOE) n° 169*, 14 de julio de 2016.

Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado (BOE) n° 285*, 25 de noviembre de 2016.

Artículos en prensa y RRSS

“Denuncian el desabastecimiento de dos fármacos para tratar a las personas transexuales.” (La Vanguardia, 3 de octubre de 2016). (Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20161031/411468018909/denuncia-desabastecimiento-farmacos-transexuales.html> el 26/06/2017).

Gendercology (25 de marzo de 2017). Taller Poussy Draama + Gendercology [Información de estado del evento de *Facebook*] (Recuperado de <https://goo.gl/7foJXz> el 26/06/2017).

“Isa Noyola: <<Nuestra comunidad sobrevive diariamente a la violencia>>” (Periódico Diagonal, 15 de junio de 2016). (Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/libertades/30692-portavoz-lgtbq-latina-nuestra-comunidad-sobrevive-diariamente-la-violencia.html> el 30/06/2017).

“Las GynePunks traspasan los límites de la ginecología casera”. (Vice, 28 de agosto de 2015). (Recuperado de <https://goo.gl/1hbybC> el 26/06/2017).

“Los niños tienen pene. Las niñas tienen vulva. Que no te engañen.” (El País, 11 de enero de 2017). (Recuperado de http://verne.elpais.com/verne/2017/01/10/articulo/1484056296_276306.html el 30/06/2017).

“Quiero mi sexo.” EL País. [online] (Recuperado de http://elpais.com/diario/2010/01/24/eps/1264318013_850215.html el 28/06/2017).

“Un autobús de Hazte Oír con un mensaje transfobo circula por Madrid” (El País, 27 de febrero de 2017). (Recuperado de http://verne.elpais.com/verne/2017/02/27/articulo/1488212911_849849.html el 30/06/2017).

“Una enmienda a la totalidad de la ley de Transexualidad de Cifuentes” (Somos Chueca, 12 de noviembre de 2015). (Recuperado de <http://www.somoschueca.com/una-enmienda-a-la-totalidad-de-la-ley-de-transexualidad-de-cifuentes/> el 26/06/2017).

RELACIÓN DE ILUSTRACIONES

Relación de ilustraciones

Gráficos

Gráfico 1 - Percepción sobre el número de personas TLGBQI atendidas	236
Gráfico 2 - Percepción sobre personas LGB conocidas en otros espacios.....	238
Gráfico 3 - Percepción sobre personas trans conocidas en otros espacios.....	239
Gráfico 4 - Grado de acuerdo en relación a las preguntas siguientes sobre su entorno laboral (I)	240
Gráfico 5 – Percepciones sobre situaciones de discriminación en su lugar de trabajo ..	242
Gráfico 6- Preguntas sobre aspectos y procedimientos relacionados con la orientación sexual, identidad de género y expresión de género en su lugar de trabajo	243
Gráfico 7 – Grado de comodidad en relación a la atención de pacientes LGTB.....	245
Gráfico 8 – conocimientos sobre las personas LGTB	248
Gráfico 9 - Posición sobre la necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico a las personas trans para acceder a los tratamientos médicos.....	249
Gráfico 10 – Percepción sobre los servicios que prestan asistencia sanitaria a personas trans en Madrid	250
Gráfico 11 – Percepción sobre la frecuencia con que asisten las mujeres lesbianas a consulta de ginecología	252
Gráfico 12 – Percepción sobre las causas de la menor frecuencia de asistencia a ginecología de las mujeres lesbianas con respecto a las heterosexuales	253
Gráfico 13. Porcentaje de respuestas respecto a la pregunta: ¿Cuál es su posición respecto a la legalización de las relaciones de pareja de personas del mismo sexo?	253
Gráfico 14 - Percepción sobre la utilidad de su formación a la hora de atender a pacientes LGTB	255
Gráfico 15. Frecuencia con la que l*s profesionales LGTB manifiestan identificarse ante sus pacientes.....	256
Gráfico 16- Porcentaje de personas que conocen su condición LGTB en su lugar de trabajo.....	258
Gráfico 17– Impacto percibido de la expresión de la orientación sexual y/o la identidad de género en el entorno laboral respecto a distintos indicadores	259
Gráfico 18- Grado de acuerdo de l*s profesionales LGTB con los enunciados propuestos, a cerca de las consecuencias de identificarse como tal en su lugar de trabajo	260

Tablas

Tabla 1. Detalle de las entrevistas realizadas al sector profesional	50
Tabla 2. Detalle de las entrevistas realizadas al sector de población TLGBQI. De cada informante se muestran los ejes de desigualdad que han condicionado la elección.	50
Tabla 3. Detalle de los grupos de discusión desarrollados con población TLGBQI.....	53
Tabla 4. Detalle de los talleres desarrollados y en proceso de desarrollo con población TLGBQI	54
Tabla 5 Desabastecimiento hormonal en medicamentos usados por personas trans (I).....	96
Tabla 6. Desabastecimiento hormonal en medicamentos usados por personas trans (II) ..	97
Tabla 7. Modelos de trabajo en ginecología según enfoques: Enfoque 1. Salud sexual = anticoncepción (procedente del enfoque de los centros de planificación familiar).Fuente: elaboración propia.	141
Tabla 8. Fragmento del grupo de discusión de Mujeres cis lesbianas y bisexuales. (1) Nombre ficticio	176
Tabla 9. Artículo 38 de la Ley 3/2016	179
Tabla 10. Apartados de la Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid directamente referidos a Intersexualidad.....	225
Tabla 11. Artículos de la Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid, relacionados con protección contra la discriminación, en los que se hace referencia a la Intersexualidad	226
Tabla 12. Demandas de la Asociación de Hiperplasia Suprarrenal Congénita trasladadas al equipo investigador. *FIV = Fecundación in vitro.....	227
Tabla 13 - Percepción sobre personas trans conocidas en otros espacios.....	239

Imágenes

Ilustración 1. Mapa de contrageografías TLGBQI elaborada por el GMI.....	16
Ilustración 2. Carteles publicitarios de Contrageografías TLGBQI.....	17
Ilustración 3. Cartel de la campaña “Hay niñas con pene y niños con vulva”	23
Ilustración 4. Imagen del autobús de Hazte Oír con el lema “Los niños tienen pene, las niñas tienen vulva, que no te engañen”	23
Ilustración 5. Carteles de la campaña “Madrid sin exclusión sanitaria” del Ayuntamiento de Madrid.....	24
Ilustración 6. Carteles de la campaña “Madrid Necesita Feminismo” del Ayuntamiento de Madrid.....	25

Diagramas

Diagrama 1. Prácticas de exclusión sensorial sobre personas trans en espacios de salud. ...
83

Diagrama 2. FLUJOGRAM del GRUPO CUALITATIVO DE MUJERES CIS
LESBIANAS Y Bisexuales:.....173

Diagrama 3. Representación visual del nivel de atención e identificación de las diferentes
identidades dentro del colectivo desde el sector profesional, siguiendo el modelo escalar
que se deriva de los resultados de la encuesta.262

ANEXOS

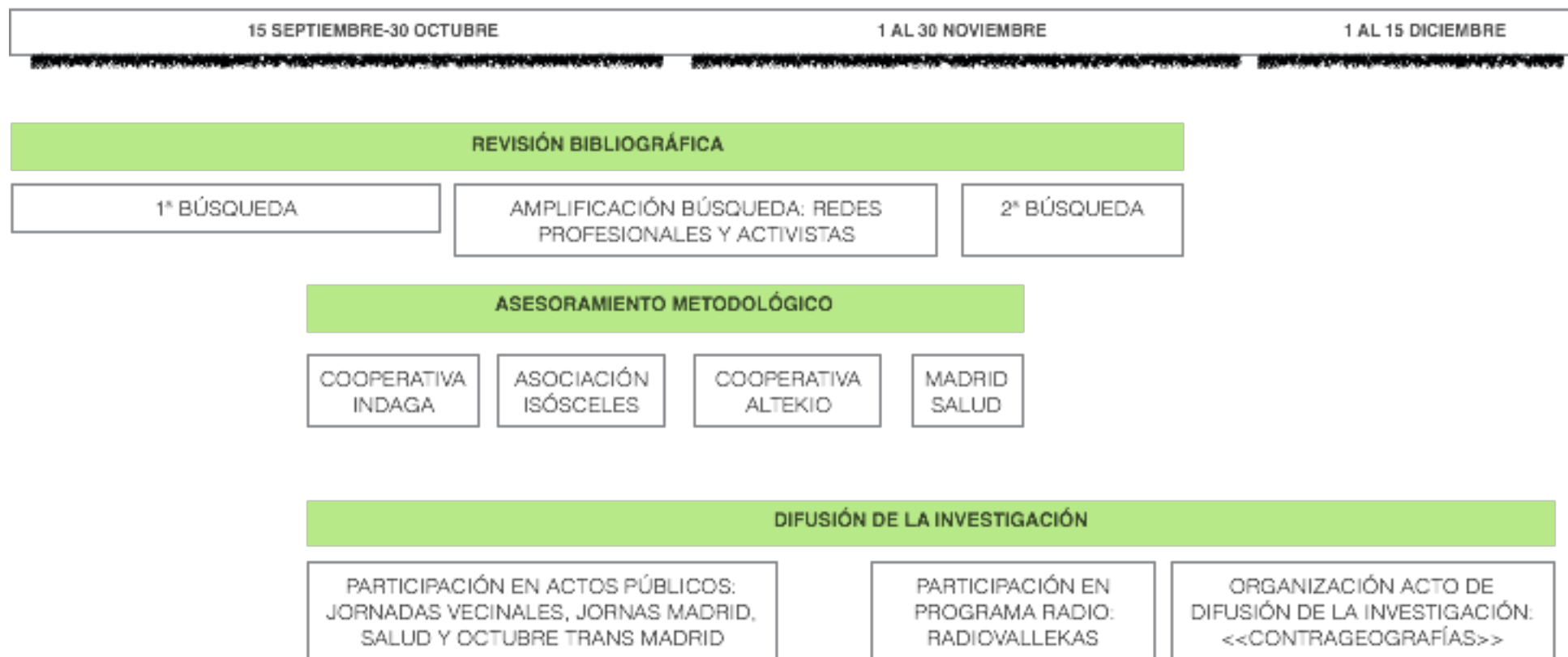
Anexos

Anexo 1. Construcción del diseño metodológico.

Anexo 2. Información sobre la encuesta

Anexo 1 - DIAGRAMA 1

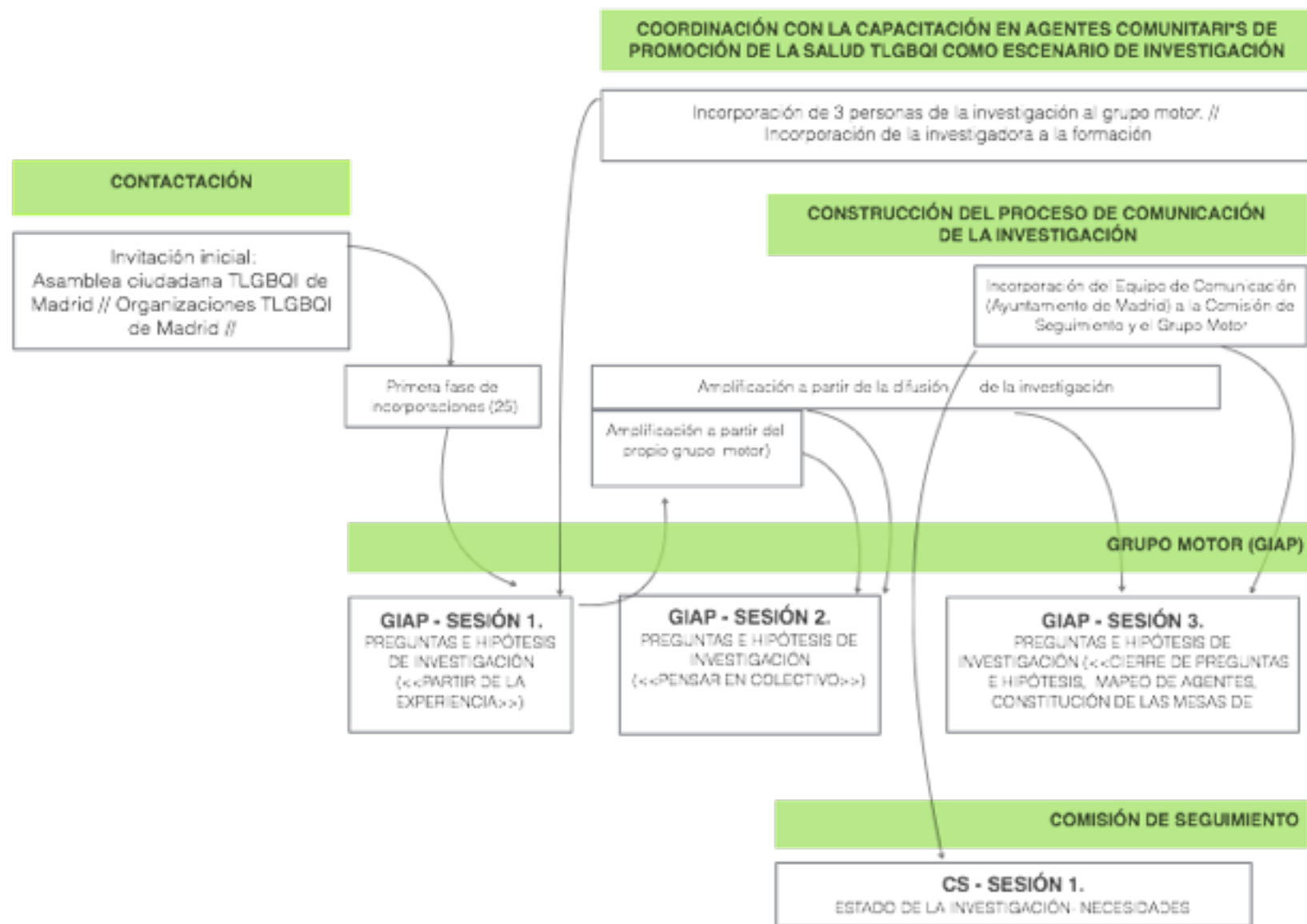
FASE I. CONSTRUCCIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO



15 SEPTIEMBRE-30 OCTUBRE

1 AL 30 NOVIEMBRE

1 AL 15 DICIEMBRE



Información sobre la encuesta:

Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario hacia las personas LGBT.

INTRODUCCIÓN:

El organismo de Madrid Salud trabaja para mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud en condiciones de equidad, especialmente para aquellas poblaciones clave que, por diferentes situaciones, presentan mayores desventajas.

Esta breve encuesta estudia las perspectivas del personal de salud sobre la atención a personas lesbianas, gays, bisexuales y/o transgénero con el objetivo de desarrollar políticas y programas que mejoren el cuidado su salud. La encuesta forma parte del <<Diagnóstico Participativo en Salud Sexual, Reproductiva y Derecho a la Identidad de la Población TLGBQI del municipio de Madrid>>.

Atienda o no actualmente a pacientes con estas características, agradecemos su punto de vista único y le animamos a realizar los comentarios que estime oportunos. Si alguna pregunta prefiere no contestarla puede hacerlo.

Le agradecemos sinceramente el tiempo empleado en completar esta encuesta y apreciamos su colaboración en este estudio. Adelante.

OBJETIVO:

Estudiar las actitudes y experiencias del personal de salud sobre el cuidado de las/os pacientes con diversas orientaciones sexuales e identidades de género. Con la intención de simplificar el cuestionario, a partir de ahora nos referiremos a este heterogéneo grupo como personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y/o transexuales (LGTB).

CONFIDENCIALIDAD:

Las respuestas son completamente confidenciales. Ni su nombre ni sus apellidos son registrados en este cuestionario, por lo que sus respuestas no serán identificadas en los resultados de este estudio. Los resultados de este estudio se presentarán de forma agregada, impidiendo cualquier identificación de las personas participantes de manera individual.

BENEFICIOS Y RIESGOS:

Su participación en esta encuesta proporcionará información relevante para la política de salud. Algunas preguntas pueden ser de carácter sensible. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, puede dejarla en blanco.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Si tiene alguna pregunta o preocupación respecto a la encuesta, por favor contacte con la investigadora responsable Sandra Fernández Garrido al correo electrónico: sandra.fernandez@fundacio.urv.cat.

PERSONAL INVESTIGADOR:

El <<Diagnóstico Participativo en Salud Sexual, Reproductiva y Derecho a la Identidad de la Población TLGBQI del municipio de Madrid>> es un estudio desarrollado por el MARC (Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili), para el organismo de Madrid Salud. La supervisión del mismo la realiza el Dr. Oriol Romaní Alfonso y la investigadora principal es Sandra Fernández Garrido.

La encuesta que recibe usted es una herramienta creada por el Dr. Christian Gil-Borrelli, cofundador y miembro de ISOSCELES (<http://isosceleslgbt.wordpress.com/>), y ha sido adaptada para los fines de la presente investigación.

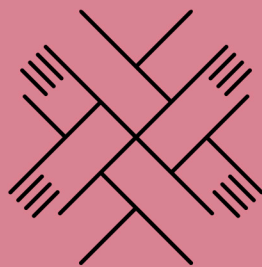
APOYO Y FINANCIACIÓN:

Este estudio es posible gracias al apoyo y la financiación de Madrid Salud.

CUESTIONARIO:

Este instrumento ha sido creado a partir de otros instrumentos ya utilizados para conocer las actitudes, conocimientos y experiencias del personal de salud sobre las personas LGTB. Las principales fuentes de inspiración han sido:

- Physician Survey Project (GLMA: Health Professionals Advancing in LGBT Equity)
- Measure of Attitudes Towards Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Consumers, (Eliason),
- Multidimensional Scale of Attitudes Towards Lesbian and Gay Men (Gato et al.),
- Heterosexism Scale (Park),
- Modern Homophobia Scale (Raja & Stokes),
- Sex Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire, (Dunjic-Kostic et al)
- LGBT-Friendliness Kit for Primary Care Physicians (Dane County Medical Society),
- SHEPS (Ross et al.)



CIUDAD DE
LOS CUIDADOS

lo común importa