

Diagnóstico nacional
sobre la discriminación hacia personas
LGBTI en México

DERECHO A LA SALUD



CEAV
COMISIÓN EJECUTIVA
DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS



Fundación Arcoiris
Por el respeto a la diversidad sexual



DIAGNÓSTICO NACIONAL SOBRE LA DISCRIMINACIÓN A LAS PERSONAS LGBTI EN MÉXICO DERECHO A LA SALUD

NOVIEMBRE | 2018



DIAGNÓSTICO NACIONAL SOBRE LA DISCRIMINACIÓN HACIA PERSONAS LGBTI EN MÉXICO:
DERECHO A LA SALUD
Primera edición, Noviembre 2018

COMISIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS (CEAV)

Mtro. Sergio Jaime Rochin del Rincón

COMISIONADO EJECUTIVO

Lic. Mirna E. Acevedo Salas

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GÉNERO

Equipo colaborador para esta publicación

Mtro. José Luis Cortes Miguel

FUNDACIÓN ARCOÍRIS POR EL RESPETO A LA DIVERSIDAD SEXUAL, A.C.

Coordinación general: Gloria Careaga Pérez

Coordinación del trabajo de investigación y apoyo técnico: Andrea Avilez Ortega

Sistematización: Jorge Luis González Cruz

Elaboró: Tania Esmeralda Rocha Sánchez

Diseño editorial: Punto 618 Diseño Editorial

Gabriela Serralde

Ana Cecilia Lozano

Av. Ángel Urraza 1137, Col, Del Valle 03100

Ciudad de México, CDMX

“Ejemplar gratuito. Prohibida su venta”

Queda prohibida su reproducción, total y/o parcial, sin que se otorgue el crédito
o el permiso de las y los autores

[CONTENIDO]

I. Introducción	7
II. Conceptos clave para la comprensión del diagnóstico	11
Derecho a la salud	14
III. Marco Legal y Jurídico en relación con el derecho a la salud y las personas LGBTI	17
Marco internacional	17
Marco regional	18
Marco nacional	18
IV. Poniendo en contexto: La situación documentada hasta ahora sobre las personas LGBTI en materia de salud	21
V. Sobre la investigación: Datos en torno al acceso a la salud de la población LGBTI	29
Nota Metodológica	29
Resultados	31
A. Caracterización de las personas LGBTI que participaron en la Encuesta Nacional en torno al acceso a la salud de la población LGBTI en México.	31
B. Derecho a la salud: Barreras en torno al acceso a los centros y servicios de salud para las personas LGBTI	35
VI. El derecho a la salud para las personas LGBTI en el contexto de México: hallazgos generales y algunas reflexiones	65
VII. Devenir sujetos de derecho y trabajar por una ciudadanía sexual	71
VIII. Anexo	77
Cuestionario	77
IX. Referencias	85

I. Introducción

DESAFORTUNADAMENTE LAS PERSONAS LGBTI¹ constituyen a la fecha un blanco potencial en la recepción de múltiples violencias directas e indirectas, así como de una continua violación a sus derechos. Es por ello que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), dentro de su que hacer en atención y apoyo a víctimas de delitos o violaciones a sus derechos, y con fundamento en la fracción XXXI artículo 88 de la Ley General de Víctimas (LGV), se involucra en la elaboración de diagnósticos sobre la situación de discriminación de las personas LGBTI en México pues con este tipo de investigaciones se busca conocer cuáles son los tipos de violaciones a derechos humanos, en específico en relación al derecho a la salud, que enfrenta esta población.

Es de relevancia que instituciones se involucren en estos trabajos y colaboren en conjunto con organizaciones de la sociedad civil expertas en la materia, tal como el caso de la Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual quien, en colaboración con la CEAV, iniciaron el levantamiento de datos desde el 2015. Tal como lo han señalado diversos organismos internacionales de derechos humanos, las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales son víctimas directas e indirectas o potenciales de múltiples situaciones que comprometen el acceso y pleno ejercicio de sus derechos. Y dada la gravedad de esta situación, cabe señalar que, durante septiembre del 2015, 12 organismos de las Naciones Unidas instaron a los Estados a tomar medidas

¹ Durante la elaboración y aplicación de la encuesta se utilizaron las siglas LGBTI haciendo referencia a las personas lesbianas, gay, bisexuales y trans. Sin embargo, y aunque hay toda una discusión respecto a su inclusión o no en el acrónimo en tanto puede invisibilizar a las personas intersexuales, para fines del presente documento, se emplearán las siglas LGBTII, incluyendo a las personas intersexuales, debido a que durante la aplicación se obtuvieron datos de este grupo de personas. Cabe señalar como lo refiere la Comisión Internacional de los Derechos Humanos (CIDH) que existe una diferencia en las violencias vividas por las personas intersex, ya que la violencia contra las personas LGBTI se basa fundamentalmente en la percepción de orientaciones sexuales e identidades de género que transgreden las normas socialmente aceptadas del género, en tanto la violencia contra las personas intersex se deriva de la falta de reconocimiento y aceptación hacia personas cuyos cuerpos difieren del estándar corporal masculino y femenino. No obstante, existen puntos en común, aunado a que una persona intersex puede también ser lesbiana, gay, bisexual o trans. Por tanto, a lo largo del documento se empleará el acrónimo LGBTII, sin desconocer la presencia de otras identidades no binarias.



urgentes para erradicar estas violencias y procesos de discriminación contra personas LGBTI². Sin embargo, pese a la imperante necesidad de atender esta situación, el reto prevaleciente es la falta de información específica y especializada sobre el tema.

Durante el 2011, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalaron la discriminación evidente y sutil a la que se enfrentan las personas LGBTI, enfatizando particularmente la prevalencia de un estigma generalizado contra la homosexualidad, así como la ignorancia y desconocimiento en torno a las diversas identidades de género. Lo anterior destacando justamente el ámbito de los sistemas de salud³.

De acuerdo con este informe, si bien dos terceras partes de los Estados Miembros han logrado avances en la prestación de servicios de salud para satisfacer necesidades de las personas LGBTI, aunado a que se reconoce que son diversos los problemas de salud que afectan a este sector poblacional; tanto las necesidades como inequidades reconocidas se han centrado en gran medida en torno a la infección de VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), de tal suerte que como ahí mismo se señala, las nece-

sidades de personas trans, así como de mujeres lesbianas y bisexuales se tornan invisibles. Lo anterior incide directamente en las posibilidades reales para lo que compete a la prestación, estructura y financiamiento de los servicios de salud, y por supuesto de la salud en general de esta población.

Por otra parte, en el mismo informe se señala que la mitad de los ministerios de salud de los Estados Miembros de la OPS, reportan tener políticas y leyes vigentes contra la discriminación y que buscan justamente responder a las necesidades de las personas LGBTI. No obstante, también se indica la prevalencia de leyes en algunos países y territorios que penalizan a las personas LGBTI. Dichas leyes promueven la violencia y el abuso en contra de este sector.

En ese sentido, es fundamental reiterar que, pese a las políticas y leyes vigentes, su cumplimiento y aplicación depende muchísimo del contexto. Desafortunadamente, conforme lo reportado por este informe de la OMS y la OPS, tanto el estigma como la discriminación son de los principales obstáculos para el acceso a los servicios de salud de las personas LGBTI. De acuerdo con los datos que se señalan en dicho documento, alrededor de un 75% de personas de los ministerios de salud, hicieron referencia al estigma, y 96.4% a la discriminación como obstáculo a la salud de las personas LGBTI.

Esto es importante, ya que incide en la posibilidad de que las personas busquen atención, escondan su orientación sexual o su identidad de género frente al personal de salud con la idea de protegerse y evitar algún tipo de estigma y discriminación. Lamentablemente, también se indica que la falta de competencia por parte de las personas prestadoras de servicio dentro de los sistemas de salud constituye para casi el 92.9% de personas de las ONG que fueron

² El pronunciamiento fue firmado por la Organización Internacional del Trabajo, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos, Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, UNESCO, Fondo de Población de Naciones Unidas, Alto Comisionado de derechos humanos para los refugiados, UNICEF, la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, ONU Mujeres, Programa Mundial de Alimentos, la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento de exposición de conceptos. CD52/18. 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34220/CE160-INF-8-D-s.pdf?sequence=14&isAllowed=y>

entrevistadas, en un obstáculo para el acceso a la salud y a una atención digna.

De manera general tanto la OMS como la OPS han dejado en claro que los principales obstáculos que existen para que las personas LGBTI tengan un acceso pleno a la salud, son⁴:

- La comprensión inadecuada de los problemas de salud de las personas LGBTI
- La negación de la atención
- La atención inadecuada o inferior al promedio, bajo la cual existe un trato irrespetuoso y poco sensible a las necesidades de la población
- La restricción para incluir a personas importante en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo y toma de decisiones
- Las suposiciones inadecuadas respecto a las causas de enfermedad o los trastornos relacionadas con el comportamiento
- La negación del tratamiento

Bajo dicho tenor, es ineludible señalar que hoy por hoy, y pese a que desde 1973 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría eliminó la homosexualidad de su lista de enfermedades y trastornos mentales, y que en 1990, la Asamblea General de la Organización Mundial para la Salud (OMS) también suprimió la homosexualidad de la lista de enfermedades, prevalece un escenario simbólico, cultural y en muchos contextos que se materializa en prácticas y acciones, que patologizan tanto las identidades como las orientaciones sexuales que no corresponden a los cánones hegemónicos. Como señala Liliana

Velázquez Ramírez conforme el informe de Amnistía Internacional -Crímenes de odio, conspiración del silencio, tortura y malos tratos basados en la orientación sexual-, “aunque el grado de institucionalización de la discriminación puede variar de país a país, no hay ningún lugar en el mundo donde las personas LGBTI sean tratadas con plena igualdad ante la ley”⁵.

Debe tomarse en consideración que el derecho a la salud de las personas LGBTI se ve comprometido no sólo por la falta de acceso a la salud y a una atención digna y de calidad, sino también por la prevalencia de los estigmas, discriminación y violencias que tienen lugar dentro de los sistemas de salud, así como por las consecuencias que lo anterior tiene tanto en la salud física, mental y emocional de dicha población.

De ahí que resulte prioritario conocer con mayor profundidad cuáles son los obstáculos a los cuáles se enfrentan las personas LGBTI en el contexto de México, para poder acceder a una salud integral, incluyente y sensible a las necesidades particulares de cada sector. Cabe recordar que bajo una cosmovisión hegemónica, todo aquello que compete al tema de la sexualidad y en particular de la diversidad sexual permanecen como temas atravesados por múltiples tabúes, por desinformación, por prejuicios y por el impacto que tiene la prevalencia de una mirada de la sexualidad heteronormada, sexista, cisnormada y que sigue concibiendo que su fin último es la reproducción. Además, también es necesario reconocer la intersección de la sexualidad y el género con otros sistemas de opresión que complejizan la experiencia de las personas,

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento de exposición de conceptos. CD52/18.30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Párr.11.

⁵ Velázquez-Ramírez, L. (2018). Los derechos de las lesbianas, gays, bisexuales y transgénero desde la perspectiva de Amnistía Internacional. Informe Anual 2017/18. La situación de los Derechos Humanos en el mundo, p.p.17 Disponible en: <https://crm.es.amnesty.org/sites/default/files/civicrm/persist/contribute/files/Informeannual2018air201718-spanish%20web.pdf>



por ejemplo, su condición social, su etnia, su edad, entre otros factores.

Como se señaló en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud que tuvo lugar en Río de Janeiro, es indispensable considerar que *“la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, lo que es coherente con*

*el compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional...”*⁶

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento de exposición de conceptos. CD52/18.30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Párr. 7.

II. Conceptos clave para la comprensión del diagnóstico

LA DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA CONTRA PERSONAS LESBIANAS, GAY, BISEXUALES, TRANS E INTERSEXUALES (en adelante LGBTI) tienen un origen y expresión específicas y diferenciadas. Por tanto, reconocer, que existen estas formas de discriminación permite establecer acciones de prevención, protección, respeto, garantía y promoción, así como identificar la magnitud e intensidad de dicha situación con la finalidad de adoptar medidas especiales, así como dar un seguimiento a los avances en la garantía de sus derechos.

A efectos del presente diagnóstico, se hará referencia a la *orientación sexual*, en lugar de *preferencia sexual*, para hablar de la capacidad de relacionarse y sentirse atraída/o sexo-afectivamente por otras personas. De acuerdo con los Principios de Yogyakarta “la *orientación sexual* es definida como “la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas”.⁷ Las expresiones de la orientación sexual son diversas y pueden o no variar en el ciclo vital de las personas. Además, la orientación sexual de una persona es independiente del sexo que le asignaron al nacer, e independiente de su identidad de género⁸. Las personas lesbianas, gays y bisexuales, ejercen dicha orientación de manera diferente a la heterosexual. Establecen relaciones sexo-erótico y afectivas entre mujeres (lesbianas), entre hombres (gays) o con ambos géneros (bisexuales).

En cuanto a la *identidad de género*, se entiende como la construcción social y personal que se relaciona con cómo cada persona se asume y expresa. Hace referencia a “la *vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios*

⁷ Principios de Yogyakarta. *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género*, 2006, pág. 6 nota al pie 1.

⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>



médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”⁹. La identidad de género no la determina las transformaciones corporales, o las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos médicos, empero, éstos pueden ser de relevancia para la construcción de una identidad, como es el caso de las personas trans.

La *expresión de género* se refiere a la manifestación externa del género de una persona, en específico y como lo señala la Comisión Internacional de Juristas (CIJ), ésta alude a “la noción de aquello que constituyen las normas masculinas o femeninas correctas (...). Las posturas, la forma de vestir, los gestos, las pautas de lenguaje, el comportamiento y las interacciones sociales, (...). Asimismo, se ha afirmado que la expresión de género es visible y puede ser una fuente de identificación, especialmente cuando a través de características como la vestimenta, los manierismos y las modificaciones corporales, se subvierten expectativas tradicionales de expresión de género.”¹⁰

Conforme lo anterior, las personas LGBTI enfrentan discriminación en función de su orientación sexual e identidad y expresión de género. Pero a su vez, pueden enfrentar *discriminación múltiple* cuando además de lo anterior, se les da un trato diferenciado e injustificado debido

a sus características físicas, etarias, culturales, sociales, étnicas o económicas, por mencionar algunas. Dentro de las características asociadas a la discriminación múltiple, que además han sido consideradas como factores de riesgo por los organismos de derechos humanos, se han señalado aspectos tales como la discapacidad, el ejercicio del periodismo, la privación de la libertad o el desarrollo de actividades como persona defensora de derechos humanos.

Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha sido muy clara expresando factores que incrementan las condiciones de riesgo y vulnerabilidad que enfrentan las personas LGBTI. Por tanto, un diagnóstico específico sobre este sector requiere considerar los siguientes aspectos señalados en el informe de la Comisión “*Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América del año 2015*”¹¹:

- Las formas de violencia contra personas LGBTI están basadas en el deseo del perpetrador de “castigar” dichas identidades, expresiones, comportamientos o cuerpos que difieren de las normas y roles de género tradicionales, o que son contrarias al sistema binario hombre/mujer.
- La violencia se dirige a las demostraciones públicas de afecto entre personas del mismo sexo y a las expresiones de “feminidad” percibidas en hombres o “masculinidad” en mujeres. Puede tomar la forma de violencia médica ejercida contra personas cuyos cuerpos difieren de los estándares social-

⁹ Grupo de Expertos. (2007). *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Marzo de 2007. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>, página consultada el 18 de Julio de 2018, pp. 6.

¹⁰ Comisión Internacional de Juristas, Orientación Sexual e Identidad de Género y Derecho Internacional de los Derechos Humanos, Guía para Profesionales No. 4, 2009, págs. 132-133. Citado en: Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36.

¹¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>

mente aceptados de cuerpos masculinos o femeninos, en intentos por “arreglar su sexo”.

- Los sistemas binarios de sexo y género han sido entendidos como modelos sociales dominantes en la cultura occidental que considera que abarcan sólo dos categorías rígidas, a saber, lo masculino/hombre y femenino/mujer, los cuales excluyen a aquellas personas que pueden no enmarcarse en estas dos categorías (como las personas trans, otras expresiones de género o algunas personas *intersex*).
- Hay ausencia de disposiciones legales o administrativas que reconozcan todas las identidades de género y los derechos de todas las orientaciones sexuales e identidades.
- La expresión de sexualidades e identidades no normativas con frecuencia se considera en sí misma sospechosa, peligrosa para la sociedad, o amenazante contra el orden social y la moral pública.
- Predomina un sesgo cultural a favor de las relaciones heterosexuales, conforme al cual dichas relaciones son consideradas “normales, naturales e ideales” y son preferidas sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género.
- La violencia contra las personas LGBTI también ha sido caracterizada como una forma de “limpieza social”.
- Las creencias y prejuicios sociales que perpetúan la idea de que las personas heterosexuales, cisgénero y aquellas que no son intersex, son superiores a las personas LGBTI, contribuyen a una cultura de violencia estructural basada en el prejuicio hacia las orientaciones sexuales e identidades de género no normativas y cuerpos diversos.

Así, y como se refirió previamente, reconocer que existen estas formas de discriminación permite establecer acciones de prevención, protección, respeto, garantía y promoción especiales para la erradicación de la violencia contra las personas LGBTI. Igualmente, permite a las autoridades identificar la magnitud e intensidad de dicha situación sobre el ejercicio efectivo de los derechos humanos de personas LGBTI, así como adoptar medidas especiales y dar seguimiento.

En el marco de las múltiples violencias a las que son sometidas las personas LGBTI, tanto los Organismos y Relatores de Naciones Unidas, así como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos han hecho hincapié en la mayoría de los informes, a la manera en la que tanto *la orientación como la identidad de género* de las personas está expuesta a procesos de discriminación que se traducen en una violación al derecho de igualdad, y por ende a la posibilidad de ejercer otros derechos.

No obstante, vale la pena aclarar que los Derechos de las Personas LGBTI se ocupan de cuestiones de derechos humanos relacionadas con la orientación sexual, la identidad y expresión de género, pero también con la *diversidad corporal*. Por ello es necesario incluir dentro de la terminología básica del presente documento otros términos fundamentales:

La intersexualidad alude a “todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al *standard* de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente”¹². Pero también puede ser entendida como la condición bajo la cual “*las personas nacen con variaciones en las características sexuales físicas, incluyendo características genéticas,*

¹² Cabral, Mauro. Entrevista con Gabriel Benzur. Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad, 2005. Cad. Pagu, no.24 Campinas. Junio de 2005.



*hormonales o anatómicas atípicas”.¹³ Por lo que la diversidad corporal se refiere a “una amplia gama de presentaciones del cuerpo que varían del *cuerpo standard*, por ejemplo, variaciones en la anatomía sexual [...]. Intersex es un término paraguas que abarca dicha diversidad corporal.”¹⁴*

La *heteronormatividad* que se refiere “al sesgo cultural a favor de las relaciones heterosexuales, conforme al cual dichas relaciones son consideradas *normas naturales e ideales* y son preferidas sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género. La heteronormatividad se compone de reglas jurídicas, sociales y culturales que obligan a las personas a actuar conforme a patrones heterosexuales dominantes e imperantes”¹⁵

La *cisnormatividad* (siendo el prefijo “cis” el antónimo del prefijo “trans”) alude a “la expectativa de que todas las personas son cissexuales o cisgénero, que aquellas personas a las que se les asignó masculino al nacer siempre crecen para ser hombres y a aquellas a las que se les asignó femenino al nacer siempre crecen para ser mujeres”¹⁶

Con fines de una mejor comprensión y análisis de los diversos factores que inciden en un pleno ejercicio de derechos, en el presente documento, el objetivo central se orientará hacia *el derecho a la salud* y los obstáculos que se hacen

presentes para el acceso a los servicios médicos y/o a un tratamiento adecuado y oportuno que no suponga ningún tipo de afectación a la vida, la libertad y la integridad de las personas LGBTI. No obstante, cabe aclarar que como parte del diagnóstico global llevado a cabo por Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual A.C. (de ahora en adelante Fundación Arcoíris) en colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) se han focalizado *los derechos a la salud, educación, seguridad social, trabajo, seguridad personal y justicia*, ya que, en el marco de los Derechos Humanos, no es posible pensar éstos desde la separación, jerarquización o categorización. Es decir, no se puede garantizar el ejercicio de un derecho a costa de otro.¹⁷

Sin embargo, y bajo la idea de profundizar en la comprensión de los diversos factores que complejizan el pleno ejercicio de cada uno de estos derechos para las personas LGBTI, el presente documento se centrará en el derecho a la salud. A continuación, se sitúa el tema en el contexto de nuestro país.

Derecho a la salud

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente¹⁸. Entraña las libertades de controlar su salud y su cuerpo y el acceso a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

¹³ Documento preparado por activistas y defensores y defensoras de derechos humanos a nivel mundial en el marco del proceso de revisión y reforma de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés). Organización Mundial de la Salud.

¹⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. (p.31)

¹⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. (p.41)

¹⁶ Bauer, G.R., Hammond, R. Travers, R. Kaay, M., Hohenadel, K. & Boyce, M. (2009). I don't think this is theoretical; this is our lives: How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20 (5), p.p. 348-61.

¹⁷ Serrano, S. y Vázquez, D. (2012). *Los derechos humanos en acción: Operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*. FLACSO. México, pp.84.

¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente¹⁹. Por tanto, para lograr el grado máximo de salud es necesaria la garantía de otros factores sociales que propicien la salud tales como la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentación nutritiva. Así, el derecho a la salud se encuentra relacionado con otros derechos como el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. En ese sentido, la discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales²⁰.

Por otra parte, este mismo organismo, ha señalado que no se comprenden de manera adecuada los problemas de cada uno de los grupos LGBTI, si: a) se les niega la atención o la reciben de manera inadecuada, b) se les restringe la posibilidad de incluir personas importantes en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo o toma de decisiones, y c) se les obliga a tomar tratamientos para “corregir o eliminar” su condición LGBTI²¹.

Como lo refiere la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hay elementos institucionales que

son indispensables para poder garantizar el derecho a la salud. Así, con base en dicho informe se alude a:

- a) La disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención a la salud que cuenten con las condiciones sanitarias adecuadas, el personal médico y profesional capacitado, así como los recursos en términos de medicamentos para la adecuada atención.
- b) La accesibilidad a dichos establecimientos, bienes y servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación, que geográficamente estén al alcance de toda la población, que el pago de dichos servicios esté también al alcance de las personas usuarias y que se garantice el acceso a la información de las cuestiones relacionadas con la salud.
- c) La calidad y aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud que entre otras cosas requiere un personal capacitado, medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado, así como un servicio de calidad.
- d) Y la aceptabilidad en términos de que tanto en los establecimientos como bienes y servicios debe existir un trato respetuoso, ético y culturalmente apropiado, que sea respetuoso de las diferencias y necesidades multiculturales y específicas a las diversas poblaciones, así como sensibles a los requisitos de género y del ciclo vital, garantizando la confidencial y teniendo como fin último contribuir a la salud de las personas.²²

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud y derechos humanos*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

²⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud y derechos humanos*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

²¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. Documento de exposición de conceptos. CD52/18. 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

²² Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2010). Informe Relator Especial Anand Grover sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/14/20.27. [Fundación Arcoiris (2015) Investigación sobre la atención de personas LGBTI. Informe Final. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV)]



De manera fundamental, en los principios 17 y 18 de Yogyakarta, vinculados a la salud y protección contra abusos médicos, se señala justamente que los Estados deben garantizar que no exista discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, y que existan las medidas legislativas y administrativas para asegurar lo anterior.

En ese sentido, la posibilidad de lograr un pleno ejercicio de los derechos de las personas LGBTI demanda además del conocimiento profundo de sus necesidades, un marco de legalidad que posibilite el ejercicio pleno de dichos derechos.

III. Marco Legal y Jurídico en relación con el derecho a la salud y las personas LGBTI

Marco internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos²³ establece en su artículo 7 que *“Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.”*

Asimismo, en su artículo 25 reconoce que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.”*

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece, desde 1948, que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*²⁴. Y define la sexualidad como *“un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psíquicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”*²⁵

²³ Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

²⁴ Preámbulo de la Constitución de la Organización mundial para la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

²⁵ Organización Mundial de la Salud (2006) Defining Sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health. Génova: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://goo.gl/ZrU46t>



Además, los Principios de Yogyakarta²⁶ reconocen que *“la orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso”*. E impulsan a los Estados a desarrollar políticas públicas que incluyan el respeto a todas las orientaciones sexuales e identidades de género, y los insta a aprobar leyes que reconozcan la discriminación basada en orientación sexual e identidad de género, así como a eliminar cualquier ley que criminalice a esta población.

En relación con la salud, el principio 17 - “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” - establece que *“todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.”*

Marco regional

El Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo²⁷ establece, en el apartado D, el “Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva”. La medida prioritaria 34 impulsa la promoción de *“políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia.”*

²⁶ Principios de Yogyakarta. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>

²⁷ Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1OBYvADFhGbc-NKwvYcgohMC3yMFLk3QKh/view>

La medida prioritaria 36 insta a *“desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación”*

En tanto, la medida prioritaria 37 promueve *“garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBTI, personas mayores y personas con discapacidad”*.

Marco nacional

En el contexto específico de México, la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos²⁸ establece en su artículo 1º, que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en dicha constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte. Así mismo, prohíbe la discriminación por diversas cuestiones, entre ellas, por género, preferencia sexual o cualquier otra. En su artículo 4º reconoce el derecho a la protección de la salud, el cual está reglamentado en la Ley General de Salud.

Aunado a ello, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación²⁹ reconoce que la discriminación puede ser en función del sexo, género y las preferencias sexuales, y la define como *toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos*

²⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 10 de junio de 2011. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

²⁹ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Diario Oficial de la Federación, 11 de junio de 2003. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf



y libertades. Asimismo, reconoce la homofobia y misoginia como formas de discriminación.

En su artículo 9 establece que se considera como discriminación “*negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico*”.

Por otra parte, el Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas³⁰ tiene por objetivo contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas LGBTI a través de meca-

nismos que garanticen la atención médica sin discriminación, del establecimiento de criterios de atención específicos de mujeres lesbianas y bisexuales, hombres gay y bisexuales y personas trans e intersex, de la conformación de guías de referencia para la atención de cada una de estas poblaciones, y del fomento de la cultura de respeto a los derechos humanos de las personas LGBTI.

Sin embargo, pese a la disposición de todos estos mecanismos y plataformas legales, cabe señalar que aún prevalece una enorme tarea para poder erradicar las prácticas, discursos y acciones discriminatorias por motivos de orientación sexual e identidad de género contra las personas LGBTI, pues como se señalará a continuación, el panorama tanto internacional como en el país da cuenta no sólo de los obstáculos y barreras que prevalecen, sino también de las múltiples violencias y violaciones de sus derechos a las que es expuesta la población LGBTI.

³⁰ Secretaría de Salud (2017). Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/protocolo-para-el-acceso-sin-discriminacion-a-la-prestacion-de-servicios-de-atencion-medica-de-las-personas>



IV. Poniendo en contexto: La situación documentada hasta ahora sobre las personas LGBTI en materia de salud

A pesar de que siguen siendo escasos y limitados los datos tanto sobre la morbilidad y mortalidad, así como el acceso a los servicios de salud por parte de las personas LGBTI, existen algunas investigaciones y datos arrojados por encuestas internacionales y nacionales que pueden ayudar a poner en contexto, cuál es la situación vigente respecto a los obstáculos y dificultades que dicho sector poblacional enfrenta en el proceso de ejercer su derecho a la salud.

Como se señala a continuación, los obstáculos y barreras a las cuales se enfrentan las personas LGBTI en materia de salud, pueden adoptar formas muy diversas y complejas, que van desde los procesos de discriminación y exclusión, hasta las formas más sutiles que incluso llegan a ser normalizadas.

En primera instancia, y a manera de introducción a este apartado, la OMS ha reconocido la carga mundial que representa para el campo de la salud pública el proceso de discriminación en contra de cualquier grupo marginado, pues por sí mismo constituye un factor potencial tanto de la pobreza como de la mala salud, así como una carga para la sociedad en su totalidad. Por otra parte, la OMS y la OPS hacen referencia a datos científicos³¹ que ponen en evidencia el que las personas LGBTI sufren las peores disparidades y resultados en términos de salud, en contraste con las personas heterosexuales en todo el mundo.

A saber, dentro de los hallazgos más significativos está el identificar que las personas LGBTI enfrentan mayores tasas de depresión, ansiedad, consumo de tabaco, de sustancias psicoacti-

³¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento de exposición de conceptos*. CD52/18. 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Párr. 14.



vas, suicidio e ideas suicidas como resultado del estrés crónico, el aislamiento social y la desconexión de servicios de salud y apoyo.

Por otra parte, se señala que las mujeres lesbianas y bisexuales hacen uso en menor medida de los servicios de salud con carácter preventivo que las mujeres heterosexuales, que los hombres homosexuales tienen mayor riesgo de contraer infección por VIH y otras ITS. Y que las personas LGBTI de mayor edad se enfrentan con más obstáculos para acceder a los servicios de salud tanto por el aislamiento como por la falta de servicios sociales y proveedores competentes.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en tres estados de México, se entrevistaron a 373 profesionales de la salud (131 hombres y 239 mujeres), quienes trabajaban en IMSS, ISSTE y SSA. El objetivo del estudio fue explorar las características del estigma y la discriminación contra las personas que viven VIH y SIDA. Dentro de los hallazgos más interesantes, destaca el que *el estigma por parte del personal de salud* se vincula con una reacción negativa hacia la homosexualidad, la idea de “promiscuidad” e incluso, en algunos casos, con la pobreza. Aunado a ello, una cuarta parte de las personas entrevistadas daban por sentado que la homosexualidad era la causa del SIDA en México. Además, refirieron que era conveniente aislar a los pacientes con VIH para proteger a otras personas y de manera significativa, al equipo médico. Casi una quinta parte aludió a que debía prohibirse el uso de servicios públicos (por ejemplo, albercas y baños), 60% opinó que debería prohibirse a las mujeres con VIH tener bebés, etc. Y había un trato diferencial en función de si el personal de salud consideraba que las personas eran víctimas o culpables, por ejemplo, en las primeras se encontraban mujeres “amas de casa”, niños o niñas infectadas por vía perinatal

o bien, personas infectadas por vía sanguínea. En tanto las personas asumidas como culpables, eran usuarios de drogas intravenosas, personas que realizaban trabajo sexual y hombres que tenían sexo con otros hombres (HSH).

Por otra parte, no sólo está el tema del estigma y la falta de calidad o la presencia de violencia en la atención ejercida por el personal de salud, sino también *la invisibilidad de las personas LGBTI* en varios sentidos. Por una parte, no están representadas en cargos de autoridad vinculados con los sistemas de salud, lo que imposibilita su acceso a la toma de decisiones en cuestiones que les afectan directamente. Seguidamente, están las limitaciones en las coberturas de los seguros de salud, situación que a su vez da cuenta no sólo de que no es prioridad la salud de las personas LGBTI, sino que muchas de estas personas no tienen las condiciones laborales mínimas e indispensables que les permitan acceder a un recurso como son los seguros de salud (se estima que 90% de las mujeres trans en las Región de las Américas se dedican al trabajo sexual). Y finalmente, también se hace referencia en el mismo informe, a la problemática de que pese al esfuerzo de algunos países por *incluir datos desglosados* que permitan identificar la situación de personas LGBTI, en general, tanto en los registros de hospitales como en los censos nacionales, prevalece una ausencia de dicha inclusión.

En el contexto de nuestro país, durante el 2010, los datos arrojados por la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS, 2010), evidenció que para 52% de las personas LGBTI, la discriminación era el principal problema que enfrentaban, aspecto que, además -según dicho reporte- incrementa este porcentaje cuando se cruza el nivel socioeconómico de las personas, siendo aún mayor la discriminación

conforme menos recursos económicos se tienen. Particularmente en materia de salud. Cabe destacar que la Encuesta hizo evidente el impacto que tiene el ser mujeres y lesbianas, pues fue este grupo quien refirió una mayor intolerancia en los servicios de salud en comparación con los varones.³² Asimismo, otro aspecto que se hace evidente es el peso de la “cisnormatividad”, pues de acuerdo con los datos de CONAPRED, las personas transgéneros y transexuales son las que también enfrentan una exclusión sistemática del sistema de salud y seguridad social.³³

Por otra parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en el periodo del 2009 al 2013, señaló que la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, presentaron el mayor número de reclamaciones.³⁴ En tanto, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), registró durante el 2014, que la orientación sexual era una de las 5 principales causas de discriminación, y justamente uno de los datos que llama la atención es que, dentro del marco de reclamaciones y quejas por discriminación, éstas eran dirigidas a las personas que fungen como servidores públicos.

³² Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2010). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accssoo2.pdf>. Página consultada el 14 de octubre de 2015.

³³ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2014). Programa Nacional para la igualdad y no discriminación 2014 – 2018. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343069&fecha=30/04/2014&print=true. Página consultada el 14 de octubre de 2015, pp. 8.

³⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Relatoría de los Derechos de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. (2014). Una Mirada a la violencia contra personas LGBTI. Un Registro que documenta actos de violencia entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de marzo de 2014. Anexo Comunicado de prensa 153/14. Washington 17 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/Anexo-Registro-Violencia-LGBTI.pdf>, página consultada el 14 de octubre de 2014.

Para 2017, a través de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2017) realizada bajo la colaboración del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), un dato relevante en torno a la apertura a la diversidad, lo que se hizo evidente fue la presencia de predisposiciones que pueden llevar a prácticas de discriminación, dentro de lo cual destacó que entre las personas de 18 años y más, alrededor de un 32.3% de la población no estaría dispuesto a rentar su vivienda a una persona gay o lesbiana, 36.4% a una persona trans y 35.9% a una persona con VIH.

Así, aunque sin duda en México se han hecho muchos esfuerzos para buscar que las personas LGBTI tengan una mejor calidad de vida y puedan ser sujetos de derecho en toda la extensión de la palabra, es evidente bajo los datos proporcionados hasta ahora, que prevalecen múltiples barreras para lograr dicho objetivo, y hoy por hoy, las personas LGBTI se enfrentan a un serio proceso de discriminación e injusticia en el campo de la salud, mismo que como refiere la Comisión de Bioética, contraviene uno de los principios éticos fundamentales de la medicina en tanto la salud es un derecho.³⁵

El *prejuicio sexual* es una amenaza contundente para el bienestar físico y mental de las personas LGBTI. De acuerdo con la literatura, existen investigaciones que revelan el impacto de estos procesos de discriminación y violencia en dicha

³⁵ La Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y operativa, responsable de definir las políticas nacionales que plantea esta disciplina. <https://www.gob.mx/salud/conbioetica>



población. Como refiere Rocha-Buelvas (2015)³⁶ tanto el estigma social, como el sexismo y la homofobia han detonado violencias de género, violencias sexuales y violencias autoinfligidas, incidiendo en la salud física, mental y social, así como en su integridad, libertad e igualdad. En la medida en la que se afectan sus derechos sexuales y reproductivos, las personas LGBTI presentan problemas de autoestima, desesperanza, riesgo de ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, altos índices de depresión, así como tendencia a la ideación suicida y el suicidio. En particular algo importante que refiere Rocha-Buelvas (2015) es comprender que la violencia autoinfligida es resultado no de la discriminación sino de *la exclusión* que viven las personas LGBTI de la cotidianidad pública y privada. Por lo que estas violencias se colocan como una problemática de salud pública.

Aunado a lo anterior, en el caso de la población joven LGBTI, la literatura refiere que es una población con mayor riesgo frente al suicidio, el abuso de sustancias y la depresión (ver Barreto, Sandoval & Cortés, 2010³⁷; Rocha-Buelvas, 2015³⁸). Al respecto, vale la pena reiterar que la población joven LGB (lesbiana, gay y bisexual) tiene entre 1.5 y 3 veces más ideación suicida que otros jóvenes no-LGB (o heterosexuales).³⁹ No obstante, un problema que prevalece es que muchos de los datos sobre el suicidio juvenil, no toman en consideración información que permita com-

prender el impacto de la orientación sexual y el estigma, aunado a *la endodiscriminación y la homofobia institucionalizada*, procesos que coadyuvan no sólo al desconocimiento de las necesidades de salud de las personas LGBTI, sino también a la probabilidad de vivir mayor discriminación en los sistemas de salud (Rocha-Buelvas, 2015).

Es fundamental reconocer que además de los factores de riesgo ya mencionados, también existe una *gran diversificación hacia las necesidades y retos dentro de la población LGBTI*. Como se refirió anteriormente, existe información que da cuenta de los diferentes problemas de salud que presentan las mujeres lesbianas y bisexuales en contraste con los varones, así como las diferencias que presentan las personas transgéneros y transexuales en contraste con las personas LGB cisgeneros. En el contexto de países de Latinoamérica, lo que hasta el momento se sabe, de manera muy limitada, es que las mujeres lesbianas y bisexuales enfrentan mayor prevalencia de problemas de salud ligados a la osteoporosis, sobrepeso y obesidad, así como cáncer de mama y cérvix, en tanto, en los hombres homosexuales y bisexuales se ha señalado que existen mayores tasas de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como otras infecciones de transmisión sexual, cáncer anal, de próstata, testículos y colón, aunado a que se también se refieren problemas vinculados con la imagen corporal y la alimentación⁴⁰.

Por otra parte, en lo que compete a personas trans, se encuentra que muchos de los problemas de salud están directamente ligados al

³⁶ Rocha-Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537-544.

³⁷ Barreto, I., Sandoval, M., & Cortés, O. F. (2010). Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 6(1).

³⁸ Rocha-Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537-544.

³⁹ <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

⁴⁰ Mejía A., Benavides L. "Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero de Bogotá DC". Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/políticasLGBTI/Observatorio/Barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBT_2008.pdf.

proceso de modificación corporal, pero también y de manera muy importante a los efectos que devienen de la discriminación y violencias ejercidas contra dicho sector, además de los suicidios.⁴¹ En Colombia, por ejemplo, de acuerdo con datos proporcionados por la Alcaldía Mayor de Bogotá, el 54% de las personas transgénero han percibido que su derecho a la salud ha sido vulnerado y al 43.84% se les ha negado la atención médica cuando la requerían (ver Lasso-Baez, 2014⁴²).

Lasso-Baez (2014), también hace referencia a otro estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011) en el cual se señala que las mujeres trans refieren diversos tipos de violencia en los servicios de salud, particularmente, discriminación por parte del personal de salud, que abarca desde la manera de nombrarles hasta negarles la atención. Además, algo muy importante que refiere el autor, es recordar que muchas mujeres trans llegan a “hacerse el cuerpo” desde un lugar periférico y al margen del mismo sistema de salud.

Así, conforme las personas trans desafían el orden social imperante, se enfrentan a situaciones de violencia, marginación, vulneración de derechos y estigma social. Como refiere Lasso-Báez (2014) es inexistente o conflictiva la relación que existe entre las personas trans y los servicios de salud, traduciéndose en riesgo, vulnerabilidad y violencias.

Además, también deben considerarse los efectos que tiene *la estigmatización*, pues en la medida en que el personal de salud tiene prejui-

cios hacia las personas LGBTI, esto abona no sólo a que no puedan acceder a los servicios de salud, sino incluso al hecho de que se alejen de las instituciones médicas y dejen de lado la consulta de otros problemas de salud, lo que recae en un proceso de *autoexclusión* (ver Ministerio de Salud y Protección Social & UNFPA, 2011)⁴³.

En la investigación propiamente realizada por Lasso-Báez (2014) a través de entrevistas con personas trans en Colombia, se alude a otros elementos que resultan fundamentales para comprender la relación problemática entre lo trans y los sistemas de salud, ya que por una parte aparece la preocupación del personal de salud de meterse en líos de carácter legal, si no se “tiene” la suficiente “certeza” sobre la “condición de transexualidad”. Y, por otra parte, también se señala la falta de competencias por parte de las y los profesionales respecto al tema, el desconocimiento y el prejuicio respecto a la transexualidad, así como la falta de reconocimiento hacia la identidad de la persona.

En ese sentido, el asunto del *desconocimiento y el prejuicio con respecto a la transexualidad* es un factor que prevalece en los espacios de salud y contribuye a la violencia vivida por personas trans. Cabe recordar que las personas trans que asisten a los sistemas de salud, no van necesariamente por un asunto que compete a su transición, sino porque como cualquier persona, enfrentan otros problemas de salud, sean enfermedades o accidentes⁴⁴.

En el caso de otras personas LGBTI, la investigación realizada por Alfredo Mejía y Luisa

⁴¹ Rocha-Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537-544.

⁴² Báez, R. A. L. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *CES Psicología*, 7(2), 108-125.

⁴³ Báez, R. A. L. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *CES Psicología*, 7(2), 108-125.

⁴⁴ Lasso Baez, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-género. *CES Psicología*, 7 (2), 108-125.



Fernanda Benavides⁴⁵ en el contexto de Bogotá, Colombia, permite dar cuenta de otras barreras específicas para las mujeres lesbianas y bisexuales. Para las mujeres lesbianas y bisexuales señalan la dificultad para reconocer su identidad por parte de las y los profesionales de la salud, lo cual incide en los altos índices de discriminación y violencia. De acuerdo con su investigación, se detectó que muchas veces las mujeres lesbianas y bisexuales no asisten a los servicios de salud o los servicios que reciben no son de calidad por el tema de *revelar o no su orientación sexual y/o su identidad de género*. En el caso particular de las mujeres lesbianas, Mejía y Benavides (2016) refieren la gran barrera que supone el que sean asumidas como “heterosexuales”, justamente tanto por la cosmovisión de *la salud sexual y reproductiva heterosexista*, así como por el estigma y la discriminación que les afecta mayormente.

Otro aspecto muy importante para este grupo según su investigación fue el tema de la edad, ya que las mujeres más jóvenes consideran que es innecesario asistir al servicio de salud por considerar que no se enferman, pero también por el desconocimiento en torno a infecciones vinculadas con su salud sexual⁴⁶. Además, también se encuentra que la edad impacta en el tema de afiliación, pues entre más jóvenes, más mujeres lesbianas se encuentran afiliadas al sistema de salud, pero paradójicamente asisten menos,

porque no tienen la certeza de la confidencialidad, y muchas veces, ellas no han revelado a sus familias, su orientación sexual.

Para los hombres gay, las barreras que sobresalen tienen que ver con el desconocimiento de derechos, la estigmatización asociada a la infección por VIH y la discriminación vinculada con el “comportamiento homosexual”. Aunado a lo anterior, también se señala la falta de confianza y el temor de vivir discriminación por parte de las y los profesionales de la salud.⁴⁷ Además, al igual que en las chicas lesbianas, aparece el tema de la autoexclusión, que en el caso de ellos se da cuando son acompañados al sistema de salud por sus familiares y tienen temor de que el médico o médica, revele su orientación.

Por otra parte, también se hace referencia a factores que tienen que ver con los problemas administrativos, por ejemplo, las dificultades que pueden enfrentar para afiliarse al sistema de salud, si el personal cuenta o no con la capacitación, si están sensibilizados, la calidad de los servicios que se ofrecen, el tiempo que tienen que esperar para ser atendidas. Los autores refieren que revelar la orientación abre la posibilidad a la discriminación, y que se notan diferencias en el número de personas afiliadas al sistema de salud; detectando más personas bisexuales afiliadas (alrededor del 90.5%) que personas transexuales (65.5%). También indican la diferencia contrastante que hay en la asistencia a consulta médica, por lo menos en el marco de los últimos seis meses, siendo que son más personas bisexuales (85.4%) que transexuales femeninas (50%) quienes recurren a consulta.

⁴⁵ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

⁴⁶ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

⁴⁷ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

Es interesante señalar que en el caso de las personas transgénero, algo crítico de acuerdo con esta investigación, tiene que ver con el nivel socioeconómico, ya que conforme menos recursos económicos se tienen, más barreras personales y sociales afrontan, entre las cuales aparecen bajos niveles de educación, menos recursos económicos, menores posibilidades de trabajo que a su vez garanticen la seguridad social, junto con el desconocimiento respecto a la forma de acceder a los servicios de salud, la desesperanza, los altos niveles de discriminación a los cuales son sometidas, lo que lleva en un momento determinado, a asumir, que son las personas trans quienes tienen que cambiar (y no el sistema).

Finalmente, en el caso de las personas bisexuales, destacan la autoexclusión de los servicios de salud, por el tema de no revelar su identidad, y porque al igual que las mujeres lesbianas, a las personas bisexuales se les asumen fundamentalmente como heterosexuales, lo que en muchas formas representa un beneficio y evita cierto tipo de discriminaciones. Una particularidad a la que se enfrentan bajo el sistema dicotómico es que al suponer que sólo existen dos espacios para el ejercicio de la sexualidad (heterosexual y homosexual), las personas bisexuales, son catalogadas de “indecisas” o “confundidas”⁴⁸.

Recuperando todo lo expuesto hasta aquí, sin duda la discriminación y las violencias ejercidas en contra de las personas LGBTI en materia de salud, constituyen una forma de violación a los derechos humanos que niega oportunidades, recursos y servicios, y a su vez, tiene como consecuencia la limitación en el desarrollo del potencial humano. Además, la violencia y discriminación hacia las personas LGBTI no sólo implica una lesión al derecho a la igualdad y una amenaza para su seguridad e integridad, sino que, al restringir el acceso a los servicios de salud, constituye también una injusticia social, tanto por las consecuencias que tiene el estigma como por el descuido que supone para la salud. Cabe recordar que el problema que aquí se plantea no radica en la identidad o expresión de género de las personas, ni en su orientación sexual, sino precisamente en el contexto social, y las barreras que de este emergen para imposibilitar que las personas LGBTI sean reconocidas como sujetos de derechos.

Es por ello, que resulta fundamental poder identificar y comprender de qué manera interactúan en el marco de nuestro país, diversos factores como la orientación sexual, la identidad de género, la edad, el contexto, etc., en el acceso a la salud de personas LGBTI dentro de nuestro país.

⁴⁸ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf



V. Sobre la investigación: Datos en torno al acceso a la salud de la población LGBTI

Nota Metodológica

El presente diagnóstico fue de carácter nacional y los datos que a continuación se presentan obedecen a la necesidad de conocer e identificar cuáles son las situaciones y condiciones que enfrentan las personas LGBTI en espacios públicos y privados al acceder a sus derechos en materia de salud, poniendo particular atención a la manera en la que dada su orientación sexual y/o identidad de género, son colocadas como víctimas de procesos de discriminación, exclusión y violencia tanto directas como indirectas.

Bajo la idea de acceder a la población objetivo se trabajó con la estrategia denominada “bola de nieve”, misma que supone trabajar con personas LGBTI, que a su vez pueden sugerir a otras personas para participar en la investigación. El muestreo fue de carácter no probabilístico, entendiendo que parte del problema que incluso da cuenta de todo lo ya expuesto, es la falta de datos que permitan estimar la población total de personas LGBTI en el país, así como la distribución de esta población según sus identidades y orientaciones. Por ello no se optó por estimaciones de una población total LGBTI, y más bien se tuvo como criterio buscar hasta donde fuese posible, que participaran personas pertenecientes a los diferentes grupos según su identidad y orientación⁴⁹.

En cada Estado hubo una persona responsable de llevar a cabo el diagnóstico bajo la coordinación de Fundación Arcoíris A.C., quien elaboró la encuesta para llevar a cabo el diagnóstico, el formato para la elaboración de informes por Entidad, así como la revisión y retroalimentación de los procesos de elaboración de los informes.

Los cuestionarios (ver anexo) fueron aplicados a través de dos estrategias: 1) auto aplicados en una plataforma online, con informantes clave con quienes se tuvo previo contacto, y 2) cuestionarios aplicados por las o los investigadores que colaboraron en el proyecto dentro de cada zona. Esta segunda forma fue crucial para acceder a población que se encontraba privada de su

⁴⁹ No debe olvidarse, que otro gran obstáculo para contar con información más precisa sobre la distribución muestral de las personas LGBTI, tiene que ver con el hecho de que no todas las personas que pertenecen a este sector poblacional den cuenta de su orientación o identidad.



libertad, dedicadas al trabajo sexual o que no tenían acceso a internet.

Para el desarrollo del presente informe, es importante mencionar el posicionamiento teórico-metodológico a partir del cual se llevó a cabo la integración y análisis de los datos generados por cada Estado en el área de acceso a la salud.

Bajo el reconocimiento de los procesos de discriminación y violencia a los que son sujetas las personas LGBTI, así como la inequidad e injusticia social que deriva de ello tanto en el acceso a recursos, servicios y oportunidades, como en el ejercicio pleno de sus derechos, resulta indispensable que el abordaje de un diagnóstico de esta naturaleza, contenga *una perspectiva de género y de derechos humanos*, entre otras cosas porque es necesario tomar en consideración la relación que existe entre las diferentes identidades de género y las orientaciones sexuales en el acceso a la salud⁵⁰, visibilizando la prevalencia de un modelo hegemónico de sexualidad que es binario, dicotómico, sexista, heteronormado y cisnormado, desde el cual se reproducen relaciones de poder que por una parte marca profundas desigualdades entre los “hombres” y las “mujeres”, lo “masculino” y lo “femenino”, pero también entre lo heterosexual y lo no heterosexual, y la cisgeneridad y la transexualidad. Pero además porque es indispensable reconocer también, cómo lo anterior se complejiza en el marco de otros sistemas de opresión.

⁵⁰ Gil-Borelli, C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J. & Latasa, P. (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.

Así, la aproximación interseccional⁵¹ resulta fundamental bajo la posibilidad de reconocer la diversidad de situaciones y condiciones bajo las cuales las personas LGBTI pueden afrontar un mayor número de retos e injusticias. Lo que la interseccionalidad implica es precisamente llevar a cabo un análisis de las condiciones de desigualdad en las que se encuentran las personas, en este caso, las personas LGBTI, no sólo a partir de la dimensión de género o a partir de la dimensión de sexualidad, sino en la consideración de otros ejes de diferencia como la condición étnica-racial, la clase social, la edad, la nacionalidad, el nivel educativo, etc.

Partir de esta perspectiva de análisis, supone reconocer la complejidad que implica para las personas estar insertas en diferentes posiciones o lugares sociales que están vinculados a ejes de poder y que obedecen no sólo a factores aislados, sino que son resultado de la intersección de estructuras sociales que no impactan con la misma intensidad a todas las personas, y que, por tanto, los efectos que estas intersecciones

⁵¹ Los argumentos de la interseccionalidad han tenido su origen en los feminismos de la “tercera ola” y se ha considerado como una de las grandes aportaciones del feminismo a las ciencias sociales. El análisis feminista de la interseccionalidad se caracteriza por ser un descentramiento del sujeto del feminismo, al denunciar la perspectiva sesgada del feminismo hegemónico (o blanco) que, promoviendo la idea de una identidad común invisibilizó a las mujeres de color y que no pertenecían a la clase dominante (Cubillos-Almendra, 2015). Así la interseccionalidad se presenta como una perspectiva teórica-metodológica que estima la importancia de los análisis sobre la desigualdad, comprendida y analizada a partir del entrelazamiento que se da entre diversas categorías sociales, como raza, etnia, nacionalidad, clase, discapacidad, edad, sexualidad y género -entre los principales ejes- (Guzmán, 2015). Cabe aclarar que la interseccionalidad no refiere un proceso aditivo ni supone que dichas categorías son definitivas en sí mismas, sino que adquieren su nivel analítico en función del contexto.

tienen en sus experiencias de vida tampoco son análogos.⁵²

Resulta fundamental recuperar la propuesta de la jurista Kimberley Crenshaw⁵³ -quien acuñó el término- en torno a que la interseccionalidad opera de dos modos. Por una parte, alude a la *interseccionalidad estructural* que precisamente problematiza la imbricación de sistemas de discriminación (género, raza y clase social), mismos que tienen repercusiones específicas en la vida de las personas y grupos sociales. Así como, la *interseccionalidad política*, que permite comprender cómo las estrategias políticas al centrarse en una dimensión de desigualdad pueden contribuir a la marginación de las agendas de aquellos sujetos y/o grupos cuya situación de exclusión obedece a la imbricación de varios sistemas de opresión⁵⁴. Este segundo aspecto resultará de vital importancia hacia el cierre del presente documento, cuando se analicen los retos y posibilidades a nivel de política pública para las personas LGBTI en materia de derecho a la salud.

Finalmente, es necesario mencionar que el abordaje del presente documento es crítico-feminista. Cabe aclarar que, sin duda, el punto de partida es visibilizar que las condiciones de salud de las personas LGBTI no son aisladas, sino que están imbricadas de manera directa con la presencia de desigualdades, discriminación, violencia y violación de sus derechos desde múltiples aristas.

Resultados

A. Caracterización de las personas LGBTI que participaron en la Encuesta Nacional en torno al acceso a la salud de la población LGBTI en México.

En este primer rubro se presenta el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y otras, que participaron en la encuesta. En los datos se incluye edad, identidad de género, orientación sexual, lugar de residencia, pertenencia étnica, estado civil, número de hijos e hijas, actividad económica principal, factores de riesgo potencial, actividad de defensa y promoción de derechos.

En total participaron 3451 personas de diferentes Estados de la República Mexicana. De estas 93.2% fueron personas mexicanas y el resto se distribuyó entre diferentes nacionalidades. En la tabla 1 se muestra el número de personas que fueron entrevistadas por entidad federativa. Los Estados con el mayor número de participantes fueron Tabasco, Sinaloa, Chiapas, Hidalgo, Chihuahua, Coahuila, Colima y Nuevo León.

En términos de su identidad de género, participaron 39.3% hombres, 37.8% mujeres, 11.5% mujeres trans, 5.3% hombres trans, 1.3% de personas que se identificaron bajo otra categoría, y .9% intersex. En relación con otras categorías, algunas de las más mencionadas fueron, personas no binarias, género fluido y queer. En la gráfica 1 se muestra el número de personas que participaron según su identidad de género.

⁵² Guzmán, R. (2015). El paradigma interseccional: rutas teórico-metodológicas para el análisis de las desigualdades de género. *Traslaciones En Los Estudios Feministas*, 28. Granada, España: Perséfone Ediciones Electrónicas de la AEHM/UMA.

⁵³ Crenshaw, K. W. (2014). The structural and political dimensions of intersectional oppression. *Intersectionality: A foundations and frontiers reader*, 17-22.

⁵⁴ Cubillos-Almendra, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora revista internacional de ética y política*, (7), 119-137.

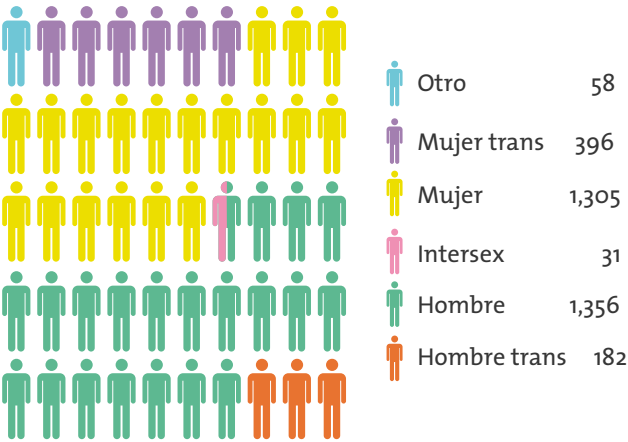


Tabla 1. Número de Personas encuestadas por entidad Federativa

Entidad Federativa	Total	Entidad Federativa	Total
Aguascalientes	39	Morelos	104
Baja California	52	Nayarit	50
Baja California Sur	30	Nuevo León	143
Campeche	34	Oaxaca	128
Chiapas	193	Puebla	43
Chihuahua	37	Querétaro	96
Coahuila	140	Quintana Roo	28
Colima	142	San Luis Potosí	29
Distrito Federal (ahora Ciudad de México)	125	Sinaloa	234
Durango	139	Sonora	44
Edo. De México	120	Tabasco	366
Guanajuato	119	Tamaulipas	128
Guerrero	104	Tlaxcala	117
Hidalgo	169	Veracruz	36
Jalisco	35	Yucatán	28
Michoacán	106	Zacatecas	116

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Gráfica 1. Número total de personas en cada una de las orientaciones sexuales reportadas

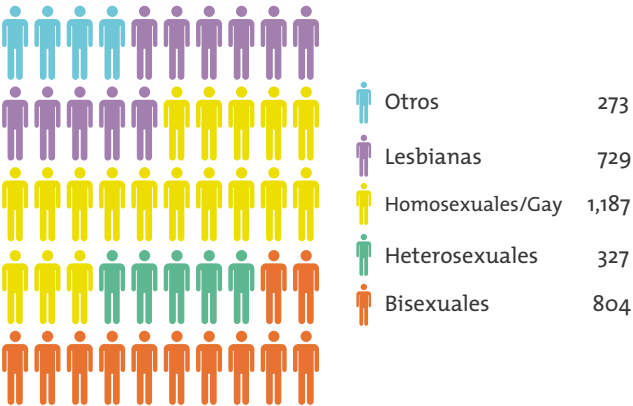


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En cuanto a su orientación sexual, 23.3% participantes se identificaron como bisexuales, 34.4% como homosexuales o gay, 21.1% como lesbianas, 9.5% como heterosexuales y 6.8% como otra orientación. En este último grupo de “otra”, las personas hicieron mención de diferentes categorías y/o expresiones, destacando con ma-

yor frecuencia ser transgéneros, heteroflexibles, travestis y pan/polisexuales. En la gráfica 2 se observa el número total de personas según la orientación sexual referida.

Gráfica 2. Número total de personas en cada una de las identidades de género reportadas



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En términos del grupo étnico con el cual se identificaron, se encontró que 62.8 % se identificaron como personas mestizas, 16.5% como



personas blancas, 6.8% como indígenas, 3.2% como mulatas, 3.8% bajo otra categoría y 1.9% como afrodescendientes. En la respuesta de otro, las opciones con mayor mención fueron: *latina, mexicana/o, humano/persona, y morena/o*.

La *edad* de las personas que participaron se distribuyó entre personas de 18 años hasta 60 o más. Participando en mayor proporción personas que se situaron en el rango de 21 a 29 años (42.7%), en el de 30 a 39 años (24.9%) y de 18 a 20 años (15.8%). En la tabla 2 se muestra la distribución total de las personas en los diferentes grupos de edad.

Tabla 2. Porcentaje de personas que corresponden a cada rango de edad

Rango de Edad	Porcentaje de personas que se situaron en dicho rango de edad
Menos de 18 años	.1%
18-20	15.8%
21-29	42.7%
30-39	24.9%
40-49	9.5%
50-59	2.8%
60 o más	.6%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Con respecto al estado civil de las personas que participaron, 66.9% de las personas se encontraban solteras, 17.6% en unión libre, 6.5% casadas, 2.6% separadas, 2% divorciadas y .7% viudas. Además, 11.3% tenían hijos.

En relación con la actividad económica principal de quienes participaron en esta encuesta, 24.7% del total eran estudiantes, 31% se encontraban empleados en diferentes instancias privadas, gubernamentales u asociaciones civiles, alrededor de un 21% se distribuyeron entre profesionistas independientes y negocio propio, en

tanto, un 5% reportó no tener una actividad remunerada. También es de interés mencionar que 4.1% de las personas se dedican al trabajo sexual. En la tabla 3 puede observarse con mayor detalle las actividades referidas por las personas que participaron en la encuesta.

Tabla 3. Porcentaje de personas en cada una de las actividades económicas.

Principal actividad económica	Porcentaje de personas
Estudiante	24.7%
Empleadas en empresas privadas	16%
Empleadas en entidades públicas	12.6%
Profesionistas independientes	10.8%
Autoempleo en negocio propio	10.6%
Docente	6%
Trabajo Sexual	4.1%
Empleadas en organizaciones sociales	3%
Hogar	2.6%
Ninguna	2.6%
Otra	2.5%
Actividad agrícola	.1%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Respecto a su ingreso quincenal en la tabla 4 se muestra que un poco más de la cuarta parte de quienes participaron no alcanzan el salario mínimo⁵⁵ mensual, en tanto, menos de una cuarta parte de quienes participaron perciben un ingreso superior, que equivale para el 11.8% de las personas LGBTI en un ingreso mensual que puede ir de los 12,000 hasta los 20,000 pesos mensuales, y para un 8% es un ingreso que supera los 40,000.

⁵⁵ Hasta 2018, en México, el salario mínimo equivale a 2687 pesos como ingreso mensual.



Tabla 4. Porcentaje de personas LGBTI que se ubican en cada rango de ingreso quincenal

	Ningún ingreso	Menos de 1000 pesos	Entre 1000 y 3000	Entre 3001 y 6000	Entre 6001 y 10000	Más de 10,000	Total
Orientación sexual							
Bisexuales	4.2%	3.5%	6.8%	4.3%	2.9%	1.5%	23.3%
Heterosexuales	1.9%	1.1%	2.5%	2%	1.1%	.8%	9.5%
Homosexuales/ Gay	3.8%	3.9%	9.4%	9%	4.8%	3.4%	34.4%
Lesbiana	2.7%	2.7%	6.8%	4.9%	2.3%	1.8%	21.1%
Otro	1%	1.2%	2.1%	2%	.7%	.5%	7.9%
Identidad de género							
Hombre	4.9%	4.4%	10.1%	9.9%	5.9%	3.9%	39.3%
Hombre trans	1.0%	.6%	1.9%	.9%	.4%	.5%	5.3%
Intersex	7.3%	.2%	.3%	.1%	.1%	.1%	.9%
Mujer	12.9%	5.3%	11.2%	8.0%	4.3%	2.7%	37.8%
Mujer trans	6.3%	1.7%	4.2%	2.9%	1.1%	.7%	11.5%
Otro	1.3%	.1%	.4%	.5%	.1%	.1%	1.6%
Total	13.7%	12.4%	28%	22.2%	11.8%	8.0%	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Por otra parte, y explorando en qué forma se distribuían estos ingresos según la identidad y orientación de las personas, se encontró que, en términos de su orientación sexual, los hombres gay u homosexuales son quienes de manera proporcional parecen percibir mejores ingresos que el resto de los grupos. Situación que no sorprende, si se toma en consideración que hoy por hoy prevalecen desigualdades que obedecen al orden de género, y establecen diferencias en el acceso y desarrollo económico entre hombres y mujeres como un primer referente de asimetría en las relaciones de poder. No obstante, al analizar los ingresos a partir de las identidades de género de quienes participaron, también se observa que son hombres y mujeres cisgénero quienes se encuentran en una mejor situación de ingreso económico en relación con el resto de las condiciones. Lo cual reitera también el

privilegio de la sexualidad binaria y cisnormada por sobre otras posibilidades.

Respecto al nivel educativo de quienes participaron, el 41.8% cuenta con un diplomado universitario, 33% con preparatoria, 11.3% tiene algún posgrado y el resto se distribuye entre secundaria, primaria o ningún estudio. Sin duda, es una población particular al contar con alrededor de 1400 personas con estudios universitarios y 400 con algún posgrado, ya que los datos sobre el nivel educativo en nuestro país revelan que solo el 1% de la población alcanza los estudios de maestría y menos de la mitad de doctorado, en tanto, la mayor parte de la población presenta rezagos en los niveles básico y medio superior.⁵⁶

⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Características educativas de la población en México. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/educacion/>.

B. Derecho a la salud: Barreras en torno al acceso a los centros y servicios de salud para las personas LGBTI

Para llevar a cabo el análisis del derecho a la salud, se tomó como punto de partida, ante la ausencia formal y sistemática de datos sobre morbilidad y mortalidad de las personas LGBTI en el contexto de nuestro país, *la valoración de las condiciones para el ejercicio de los derechos* de este sector poblacional, lo cual permite dar cuenta del cumplimiento que se está dando desde el Estado y las instituciones públicas a este rubro temático: *la salud de las personas LGBTI*.

Por una parte, se tomó en consideración la inclusión de preguntas relacionadas con las percepciones de salud y enfermedad. Y seguidamente se tomaron en consideración ejes que se consideran esenciales para la valoración de condiciones bajo las cuales se da el ejercicio de derechos humanos por parte de las autoridades. Estos ejes son *la calidad, la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad*, lo cual puede ser recuperado a partir de la percepción y auto reporte que las personas dan respecto a los servicios recibidos y las experiencias vividas. No obstante, también es posible a través de la información recolectada tener un acercamiento a la progresividad en la garantía del derecho, que establece cómo se avanza en términos de la adecuación institucional para la garantía del derecho, lo que permite bosquejar un análisis legislativo y de políticas públicas.

Si bien la información que a continuación se presenta no es exhaustiva, dado lo que se señaló al principio sobre la ausencia de datos, la falta de sistematicidad en las investigaciones que existen respecto al tema, así como la necesidad de realizar análisis que tomen en consideración el contexto y otros factores de interés, sin duda puede en mucho ilustrar las continuas situa-

ciones de discriminación y exclusión a las que se enfrentan las personas LGBTI en el proceso de acceder a su derecho a la salud, así como los avances y áreas de oportunidad para fortalecer el ejercicio de este derecho.

Lo primero que se exploró fue saber con *qué clase de servicio de salud* cuentan las personas que participaron. Como se muestra en la gráfica 3, de manera general 47.6% de las personas LGBTI cuenta con IMSS y 13.1% con ISSTE, así como otro gran porcentaje se encuentra bajo un seguro privado (27.1%). No obstante, no puede obviarse que un 27.1% de quienes respondieron la encuesta no cuentan con algún servicio de salud, lo cual es alarmante pues en primera instancia refleja la insuficiencia por parte del Estado para brindar una atención de salud digna para las personas LGBTI, considerando los ejes esenciales de disponibilidad y accesibilidad. Además, cabe recordar que, en nuestro país, tener acceso a un servicio de salud como el IMSS o ISSTE está directamente ligado a la condición laboral y también económica, así, para muchas personas LGBTI no tener un trabajo formal puede suponer no tener acceso a estos sistemas de salud, y quienes sí tienen acceso, supone lamentablemente en muchos casos tener accesos limitados y precarios ante la insuficiencia del sistema de salud en el país y las condiciones de este.

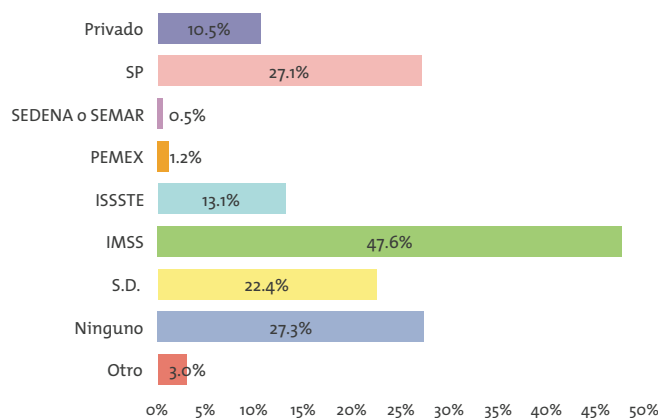
Como lo señala el último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México se encuentra en los últimos lugares en materia de salud pública⁵⁷, entre otras cosas, por que su inversión per cápita se encuentra muy por debajo del promedio del resto de países que son miembro de la OCDE, lo

⁵⁷ OECD (2018), Health spending (indicator). doi:10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 November 2018) <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>



que repercute directamente en un sistema de salud público que es deficiente, precario e insuficiente para la alta demanda en el país.

Grafica 3. Porcentaje de personas LGBTI que refieren hacer uso de alguno de los servicios de salud señalados



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Tomando en consideración la relevancia que tiene saber el acceso de las personas dada su orientación sexual y su identidad de género, en la tabla 5, se puede además analizar la distribución de personas LGBTI bajo cada uno de los diferentes tipos de servicio reportados, haciendo evidente que las personas trans, intersexuales y con otras identidades no binarias, son quienes se encuentran en mayor desventaja, pues el acceso a los servicios de salud es casi nulo para estos grupos, lo que refuerza la idea planteada desde la introducción a este documento en torno a la invisibilidad, el estigma y la exclusión hacia aquellas identidades, expresión y diversidades corpóreas que no entran en los parámetros hegemónicos.

Por su parte, en función de la orientación sexual, los datos parecen sugerir, que tanto los hombres homosexuales/gay, así como las perso-

nas bisexuales cuentan con más posibilidades de acceso a servicios de salud en contraste con los otros grupos. Tentativamente lo que esta información invita a pensar es la manera en la que tanto la heteronormatividad como la cisnormatividad, inciden en la factibilidad o no, de contar con un servicio de salud o atención médica. Lo anterior en virtud de como la misma literatura refiere, cuando las personas asisten a consulta se asume una *heterosexualidad universal*, a menos que se exprese o indique lo contrario, y en el caso particular de personas bisexuales⁵⁸, se señala por una parte la invisibilidad a la que se enfrentan e incluso la discriminación por considerar que son personas que no se han asumido como homosexuales/gays o lesbianas, que son homosexuales o lesbianas que no hacen pública su orientación sexual o que están confundidas e indecisas, pero a su vez, también cabe la posibilidad de que este grupo en particular pueda hacer uso del privilegio heterosexual⁵⁹ dependiendo de la pareja o prácticas sexuales que tengan en el momento que asisten al sistema de salud. Dicho de otra manera, a diferencia de las personas homosexuales/gay o lesbianas, si a las personas bisexuales se les asume como heterosexuales, en muchos sentidos puede representar un beneficio o incluso una protección a ciertas discriminaciones, y de alguna manera no desconoce como tal parte de la vivencia erótica y afectiva que tienen.

⁵⁸ Yañez, L.J. (2015). La población bisexual y sus derechos en la ciudad de México. Defensor, 48-53. Disponible en: http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1650/1/numero_03_2015_8.pdf

⁵⁹ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

Tabla 5. Número de personas que tiene acceso a centros y servicios de salud según su identidad y orientación sexual

	IMMS	ISSSTE	Ninguno	Otro	PEMEX	SEDENA o SEMAR	Seguro Popular	Seguro Privado	Total
Orientación Sexual									
Bisexuales	291	73	142	10	9	5	123	67	804
Heterosexuales	74	29	60	4	5	1	69	21	327
Homosexuales/ Gay	412	109	192	25	2	4	236	66	1187
Lesbiana	242	69	149	14	6	4	118	61	729
Otro	53	13	78	2	0	0	8	6	38
Identidad de Género									
Hombre	500	139	203	28	4	1	231	78	1356
Hombre trans	48	10	53	0	0	0	34	20	182
Intersex	13	0	5	0	1	1	5	1	31
Mujer	429	131	228	29	20	9	182	118	1305
Mujer trans	63	11	117	4	1	1	149	16	396
Otro	20	2	1	6	0	0	5	0	58
Total	1076	296	617	67	26	12	612	238	3451

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del "Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud".

En este mismo sentido y por el rubro temático que es de interés para este informe, también se exploró en qué medida *asisten las personas a los centros de salud o servicios médicos*. De manera general, en la gráfica 4 lo que puede notarse es que más de la mitad de las personas LGBTI asisten con una baja frecuencia a los centros de salud o servicios médico (52.9%) y un porcentaje importante no acude (14.9%). Sin duda, es necesario explorar en otro momento, cuáles son las condiciones que posibilitan o no, la frecuencia con la que se asiste a un centro o servicio de salud, sobre todo pensando en un carácter preventivo.

Al explorar cómo esto se vincula con la identidad de género y la orientación sexual, en la tabla 6 se hace evidente que dentro del alto porcentaje de personas que no asisten frecuentemente a los servicios de salud (personas que respondieron entre pocas veces o ninguna), en términos de su orientación sexual están los hombres homosexuales/gay (59.3%), las perso-

nas bisexuales (65.6%) y las mujeres lesbianas (69.4%).⁶⁰ Mientras que desde su identidad de género, son los hombres cisgénero (61%) quienes reportan asistir con menos frecuencia a los servicios de salud. Cabe recordar respecto a este último aspecto que la literatura ha señalado cómo las construcciones en torno al modelo de masculinidad hegemónica se asocian con esta suerte de descuido o falta de consideración hacia el autocuidado en los varones⁶¹. En tanto, con lo que respecta a la orientación sexual, no puede descartarse que el hecho de no asistir con frecuencia a los servicios y sistema de salud esté cobijado justamente por los procesos de discri-

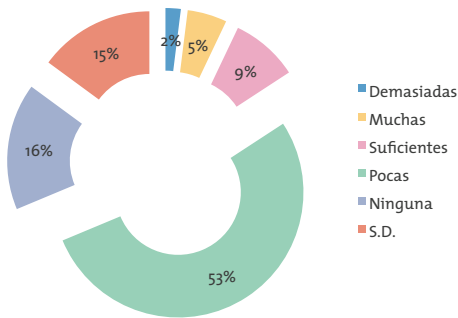
⁶⁰ Los datos pueden leerse en función del porcentaje total de personas que participaron por cada orientación sexual e identidad de género y el porcentaje que reporta que va pocas veces a los servicios o centros de salud, en los casos mencionados, estamos hablando que casi la mitad del total de cada grupo referido no va con frecuencia a los centros de salud.

⁶¹ De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, 137-152.



minación, el miedo a ésta, así como la calidad y el trato que reciben dentro del mismo. Como se señaló en la introducción, un factor crucial a considerar en esta materia, además de estas violencias, tiene que ver con la autoexclusión, pues es justamente *el resultado* y no “la causa” de que muchas personas LGBT se mantengan al margen del sistema de salud, en tanto, lejos de ser un espacio seguro y receptivo, se transforma en un espacio de violencia y discriminación.

Grafica 4. Porcentaje de personas LGBTI que reportan asistir con diferente frecuencia a los centros y servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

No obstante, y de manera general, conforme los resultados, no se deja de lado la ausencia de *una cultura de la prevención* en materia de salud, pues ninguno de los grupos asiste con mucha regularidad, con excepción del grupo de mujeres cisgénero que reporta ir desde suficientes hasta demasiadas veces (69.8%). De nueva cuenta, se puede considerar de qué manera tanto las construcciones de género, como las construcciones respecto a la sexualidad coadyuvan a un mayor control y regulación del cuerpo de las mujeres, incidiendo en un acercamiento más factible al sistema de salud.

A qué clase de centro o servicio médico asisten las personas LGBTI. Como se puede observar en la gráfica 5, un poco más de la mitad de quienes participaron, asiste a centros y servicios de salud público (61.1%) en tanto 34.9% utiliza los de carácter privado.

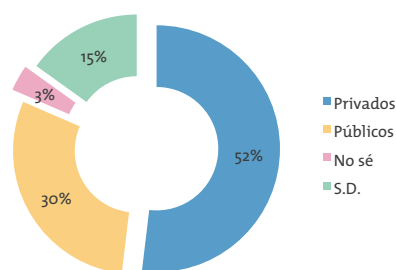
Tabla 6. Número de personas que reportaron con qué frecuencia asisten a los servicios de salud según su orientación sexual e identidad de género

	Demasiadas Veces	Muchas Veces	Suficientes Veces	Pocas Veces	Ninguna Vez	No respondió	Total
Orientación Sexual							
Bisexuales	10	34	144	450	78	88	804
Heterosexuales	4	13	47	166	35	62	327
Homosexuales/ Gay	32	81	228	611	94	141	1187
Lesbiana	16	26	115	438	68	66	729
Otro	5	20	30	153	26	39	235
Identidades de Género							
Hombre	29	79	236	730	107	175	1365
Hombre trans	6	6	31	107	15	182	17
Intersex	3	1	6	15	1	31	5
Mujer	161	18	732	129	53	212	1305
Mujer trans	34	12	212	40	27	71	396
Otro	0	9	9	27	8	58	5
Total	68	176	565	1826	301	515	3451

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.



Gráfica 5. Porcentaje de personas que reporta asistir a cada uno de los diferentes centros y servicios médicos



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Sin embargo, debido a que como se señaló anteriormente, existen factores y condiciones que impactan de forma diferencial el acceso de las personas LGBTI, se hizo un cruce entre el tipo de centro y servicio de salud al que asisten y su orientación sexual, así como su identidad de género (Ver Tabla 7). Bajo este cruce, y considerando la proporción de personas que participó dentro de cada categoría, es de notar que existe una diferencia importante entre quienes asisten al servicio privado y al público, siendo este último

el mayor recurso para los hombres homosexuales/gay (59%), las personas bisexuales (53%) y las mujeres lesbianas (52%). En tanto que, dada su identidad de género, el contraste del tipo de servicio que emplean se hace más evidente para los hombres cisgénero, ya que el 57% del total recurren a servicios públicos, mientras que en el caso de las mujeres es el 49.9% y en el caso de hombres y mujeres trans el 47% respectivamente. Sin duda, el que los hombres cisgénero tengan un mayor acceso a servicios de salud pública está directamente ligado al hecho de que sigue siendo el sector poblacional que tiene más probabilidades de acceso a trabajos formales que posibilitan este derecho de “afiliación” a un sistema de salud “gratuito”.

Sin embargo, vale la pena insistir en la importancia de considerar otra clase de factores que pueden delimitar el acceso a la salud, y en particular a los servicios públicos y privados, como la edad, la zona donde habitan, las condiciones laborales más puntuales, su pertenencia étnica, etc.

Tabla 7. Número de personas según su orientación sexual y su identidad de género que asisten a cada uno de los diferentes centros y servicios médicos.

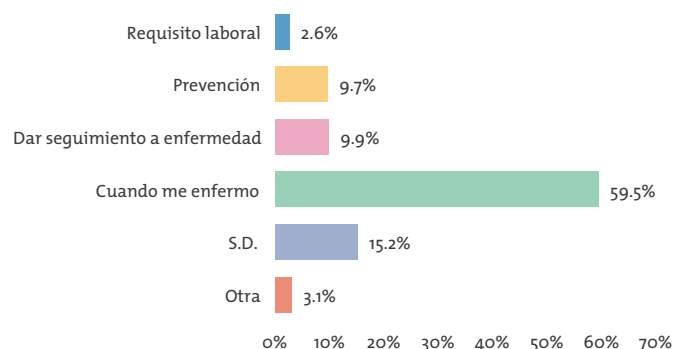
	No sé	Privados	Públicos	No respondió	Total
Orientación Sexual					
Bisexuales	30	254	433	87	804
Heterosexuales	9	117	138	63	327
Homosexuales/Gay	29	313	702	143	1187
Lesbiana	19	252	386	72	729
Otro	29	83	123	38	235
Identidad de género					
Hombre	33	367	781	175	1356
Hombre trans	12	66	87	17	182
Intersex	2	8	16	5	31
Mujer	39	449	652	165	1305
Mujer trans	36	26	107	36	227
Otro	4	25	23	6	58
Total					3451

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.



Cuál es la principal razón por la cual las personas LGBTI utilizan los servicios médicos o asisten a los centros de salud. De acuerdo con la gráfica 6, para todas las personas que participaron, al margen de su orientación, la principal razón para asistir a los servicios de salud es *cuando se enferman* (59.5%). Un 9.9% da seguimiento a alguna enfermedad y un 9.7% lo hace por prevención. Es importante destacar que un 15.2% de personas que participaron en la encuesta, no respondió a esta pregunta lo cual puede sugerir que tal vez ni siquiera cuentan con dicha posibilidad (asistir a servicios médicos o centros de salud). Situación que no sería de sorprender en un contexto como el de México, en donde pese a los avances en materia de igualdad en el campo de la salud, estos siguen siendo insuficientes y mantienen al país en un lugar muy rezagado⁶², aunado a que las personas LGBTI siguen siendo un grupo más vulnerado tanto por su invisibilidad como por el estigma y prejuicio.

Grafica 6. Porcentaje de personas que indicaron cada uno de los motivos por los cuales asisten/utilizan los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

⁶² OECD (2018), Health spending (indicator). doi:10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 November 2018) <https://data.oecd.org/health-thres/health-spending.htm>

Sin embargo, al analizar con detalle lo que responden según su orientación sexual y/o su identidad de género (ver Tabla 8), destaca que es en varones gay u homosexuales donde además de asistir cuando se enferman (20.1%), también pesa dar seguimiento a una enfermedad (4.8%). En tanto, en el caso de las lesbianas, además de ir cuando se enferman (14.5%), está el seguimiento (1.7%) y la prevención (1.7%). Por su parte, las personas bisexuales, además de acudir cuando se enferman (15.2%), acuden por prevención (2.2 %) siendo lo segundo más importante. No debe dejarse de lado que quienes aludieron a otra orientación, fundamentalmente señalaron que asisten para dar seguimiento a alguna enfermedad (4.4%). En todos los casos destaca el porcentaje que no respondió.

Como se indicó en la introducción y el desarrollo temático, existe una invisibilización de la salud en general en las personas LGBTI bajo el prejuicio de que sus “necesidades” en este rubro son muy específicas, ya que competen a infecciones de transmisión sexual o cuestiones vinculadas al tratamiento hormonal o cirugía para cambio de sexo⁶³. Lo cual puede también incidir en que la misma población LGBTI no acuda bajo otros motivos a una revisión médica de manera más reiterada. Esto en el sentido de que las fuerzas estructurales no solo permean las prácticas sociales, sino también la propia subjetividad. Y por supuesto, no puede dejarse de lado el binomio discriminación-autoexclusión.⁶⁴

⁶³ Mejía, A. y Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

⁶⁴ Este binomio refiere a que, como muestran los resultados, las personas LGBTI son discriminadas, excluidas y maltratadas por el personal de salud en los servicios de atención médica, esto contribuye a que las mismas personas LGBT decidan u opten por no ir a buscar atención médica para evitar dicha discriminación, autoexcluyéndose.

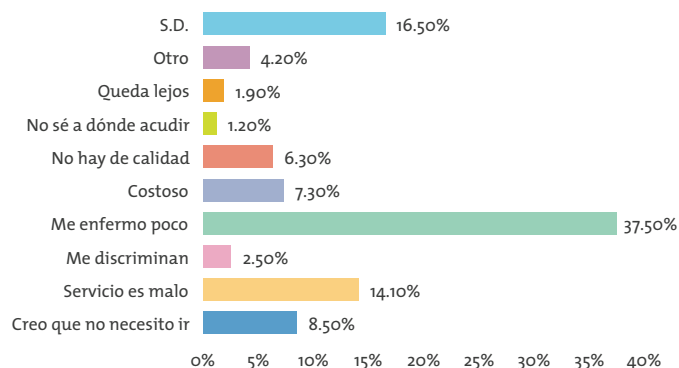
Tabla 8. Número de personas LGBT que indicaron el motivo por el cual asisten o utilizan el sistema de salud según su orientación sexual o identidad de género

	Cuando me enfermo	Por prevención	Requisito Laboral	Seguimiento	Otra	Sin responder	Total
Orientación Sexual							
Bisexuales	15.2%	2.2%	.7%	1.9%	.7%	2.5%	804
Heterosexuales	5.1%	1.0%	.2%	.8%	.5%	1.9%	327
Homosexuales/Gay	20.1%	4.1%	.7%	4.8%	.5%	4.2%	1187
Lesbiana	14.5%	1.7%	.6%	1.7%	.4%	2.0%	729
Otro	.7%	.6%	.5%	4.4%	.0%	1.1%	235
Identidades de Género							
Hombre	23.7%	3.9%	.8%	4.9%	.6%	5.1%	1356
Hombre trans	2.8%	.6%	.2%	.4%	.6%	.6%	182
Intersex	.6%	.1%	.0%	.1%	.0%	.1%	31
Mujer	25%	3.2%	.9%	3.1%	.6%	4.7%	1305
Mujer trans	6.3%	1.7%	.6%	1.1%	.5%	1.2%	227
Otro	.9%	0%	0%	.3%	.1%	.1%	58
Total							3451

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Cuál es la principal razón por la que las personas LGBTI no acuden a los centros y servicios de salud. De acuerdo con la gráfica 7, el motivo más importante por el cual no asisten o hacen uso de los servicios de salud, tiene que ver con que quienes respondieron a la encuesta, consideran que se enferman poco (37.5%). Sin embargo, no puede perderse de vista que justamente la siguiente razón alude al mal servicio que se ofrece en las instituciones (14.1%); y el hecho de que un número importante de personas no respondió a la pregunta (16.5%). Como se refirió arriba, parece que también prevalece la percepción entre las personas LGBTI de creer que no necesitan ir a los centros y servicios de salud. No obstante, no puede obviarse que existen otras razones también referidas, que no son menores, como el costo de los servicios (7.3%), la calidad de éstos (6.3%) y la discriminación que se puede vivir en dichos espacios y servicios (2.4%).

Gráfica 7. Principales motivos por los cuales las personas LGBTI no acuden a los centros y servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Al analizar con detalle cómo lo anterior se puede asociar a la identidad de género y orientación sexual, en la tabla 9 se puede ver para cada grupo las razones a las que dan mayor peso. Así, si bien coincide que todos los grupos aluden a *enfermarse poco*, en particular destaca en este rubro los hombres homosexuales y/o



gay y las personas bisexuales, pues son quienes consideran en mayor número que se enferman poco, seguido de aludir a que el servicio es malo y no consideran que necesiten ir al médico. Sin embargo, poniendo mayor atención, es importante destacar que en términos de la orientación sexual hay un mayor número de personas homosexuales (2.4%), bisexuales (2.1%) y lesbianas (1.7%) que aluden a que *los servicios son muy costosos*. Aspecto que también es referido por mujeres (3.2%) y hombres (2.7%) cisgénero. Como se ha indicado también, pese a que la salud esté planteada como un derecho al que todas las personas deberían tener acceso, en la cotidianidad y desafortunadamente, este derecho cuesta, y cuesta mucho. Si no se tienen garantizados otros aspectos como un buen trabajo y una vida

digna y segura, es sumamente complejo pensar en que las personas LGBTI puedan tener acceso a la salud en tanto derecho.

Un aspecto crucial es identificar quiénes son las personas que aluden a una discriminación como razón para no ir al servicio médico. De acuerdo con los datos, sobresalen los hombres homosexuales (5.6%) y las mujeres trans (1.3%). Sin duda, es importante considerar cómo se juegan tanto la dimensión de género como la dimensión de la sexualidad en tanto sistemas jerárquicos que dan lugar a que estos motivos puedan acentuarse para ciertas expresiones de género, corporalidades y orientaciones sexuales conforme los prejuicios, estereotipos y estigmas que se construyen social y culturalmente, y se reproducen en el sistema de salud.

Tabla 9. Porcentaje de personas LGBTI que refirieron cada uno de los siguientes motivos como razones para no asistir a los servicios de salud.

	Creo que no necesito ir al médico	El servicio es malo	Me discriminan	Me enfermo poco	Me quedan muy lejos	No hay servicios médicos de calidad	No sé a dónde puedo acudir	Son muy costosos	Otro	Sin responder	Total
Orientación Sexual											
Bisexuales	2.5%	3.2%	.4%	9.3%	.5%	1.7%	.2%	2.1%	.8%		804
Heterosexuales	.9%	1.1%	.4%	3.4%	.2%	.7%	.1%	.5%	.5%	.8%	327
Homosexuales/ Gay	2.4%	5.6%	5.6%	13.3%	.6%	2.2%	2.2%	2.4%	1.9%	5.0%	1187
Lesbiana	1.9%	2.4%	.3%	8.8%	.3%	1.2%	.2%	1.7%	.6%	2.3%	729
Otro	.8%	.6%	.9%	2.5%	.2%	.5%	2%	.6%	.4%	1.2%	235
Identidades de Género											
Hombre	3.0%	6.1%	.5%	15.2%	.7%	2.6%	.4%	2.7%	8.5%	5.9%	1356
Hombre trans	.7%	.7%	.4%	2.1%	.1%	.3%	.1%	.5%	.2%	.6%	182
Intersex	.1%	.2%	.0%	.0%	.0%	.1%	.1%	.0%	.0%	.1%	31
Mujer	3.8%	5.7%	.2%	15.1%	.6%	2.6%	.4%	3.2%	.11%	5.1%	1305
Mujer trans	.8%	1.5%	1.3%	4.1%	.3%	.7%	.2%	.7%	.5%	1.2%	227
Otro	.1%	.1%	.0%	.6%	.1%	.0%	.1%	.2%	.2%	.2%	58
Total											3451

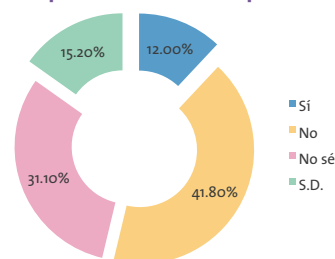
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del "Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud".

Definitivamente, la posibilidad de que las personas LGBTI tengan acceso a la salud está mediado por múltiples factores, pero algunos fundamentales tienen que ver con el tipo de trato y servicio que reciben a la luz de sus orientaciones e identidades, el costo, la falta de calidad en la atención y por supuesto la discriminación. Aspectos que en su conjunto constituyen una violación al derecho básico de acceso a la salud de todas las personas.

Existen establecimientos públicos de salud adecuados para atender a personas LGBTI. Como se puede ver en la gráfica 8, un 41.8% del total de personas que respondieron la encuesta refieren que no existen establecimientos de salud adecuados en su entorno, en tanto un 31.1% refirió no saber, lo cual también es un indicador ya sea de la ausencia de establecimientos especializados o bien, de la falta de conocimiento o información respecto a estos. Sin duda no todos los Estados cuentan con los mismos accesos y posibilidades, por lo que fue necesario explorar

justamente la percepción de las personas que participaron según el Estado al que pertenecen.

Gráfica 8. Porcentaje de personas que da cuenta de si existen establecimientos públicos de salud adecuados para atender a personas LGBTI.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Al explorar según el Estado en el que se encuentran, la percepción que se tiene sobre si existen establecimientos adecuados para atender a personas LGBTI (ver tabla 10) denota es bastante elevado el número de personas que para empezar desconoce si existen o no estos espacios, lo cual reitera la falta de información y visibilidad en cada uno de los Estados de la República.

Tabla 10. Número de personas que indica si existen o no establecimientos públicos para la atención de la salud de personas LGBTI según su Estado.

Entidad Federativa	No	No sé	Sí	Entidad Federativa	No	No sé	Sí
Aguascalientes	22	9	7	Morelos	37	25	34
Baja California	26	15	4	Nayarit	25	20	3
Baja California Sur	17	6	3	Nuevo León	37	61	22
Campeche	20	7	7	Oaxaca	55	42	20
Chiapas	90	45	34	Puebla	28	8	2
Chihuahua	13	10	6	Querétaro	43	28	17
Coahuila	59	60	12	Quintana Roo	12	13	3
Colima	39	59	26	San Luis Potosí	19	4	6
Distrito Federal (ahora Ciudad de México)	55	33	30	Sinaloa	97	76	22
Durango	64	32	14	Sonora	16	17	9
Edo. De México	49	46	13	Tabasco	131	117	27
Guanajuato	82	26	7	Tamaulipas	63	39	10
Guerrero	50	28	16	Tlaxcala	36	67	8
Hidalgo	72	53	12	Veracruz	25	8	1
Jalisco	18	11	5	Yucatán	13	8	6
Michoacán	64	24	12	Zacatecas	45	56	10

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

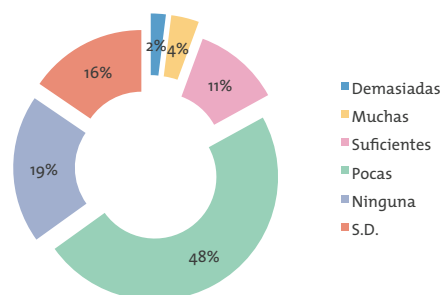


En términos del número de personas que refiere que no existen centros de salud públicos especializados para la atención de personas LGBTI en todos los estados contrasta proporcionalmente entre el número de personas que dijeron que no, respecto con quienes dijeron que sí. Dentro de los Estados que más número de personas dijeron que no se encuentran establecimientos públicos para la atención a personas LGBTI, sobresalen Tabasco, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Durango y Tamaulipas, por referir algunos.

No es de sorprender que en general en ninguna entidad existan conforme lo reportado, centros que sean conocidos, de fácil acceso y sobre todo dirigidos puntualmente a la población LGBTI. Como ya he señalado antes, pese a los avances en materia de derechos, sigue siendo una realidad el desconocimiento y la falta de políticas y acciones que fortalezcan y garanticen el acceso igualitario a la salud para las personas LGBTI. Sin duda, algo crucial tiene que ver no sólo con que existan los lugares, sino también con la capacitación y formación de quien atienden estos espacios y quienes brinda el servicio.

Con qué frecuencia el personal médico o de enfermería está capacitado para atender personas LGBTI. Casi la mitad de las personas que participaron (48.1%) consideran que el personal médico y de enfermería está poco capacitado para brindar atención, mientras que un 19.1% considera que en ninguna ocasión el personal ha estado capacitado para atenderles. De nueva cuenta, un porcentaje importante (15.5%) no respondió a la pregunta, lo cual sugiere dentro de otras posibilidades, que, al no tener acceso a los centros y servicios de salud, las personas LGBTI ni siquiera puedan opinar al respecto.

Gráfica 9. Porcentaje de personas que reconocen que el personal médico y/o de enfermería está capacitado para atender a personas LGBTI



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En este rubro es fundamental analizar cómo esta percepción puede cambiar en función de la identidad de género y/o la orientación sexual de las personas que participaron, conforme su experiencia y las necesidades específicas que enfrentan. Así, en la tabla 11, lo primero que se observa es que en términos de la orientación sexual de quienes respondieron, son fundamentalmente los hombres homosexuales (17.1%), las personas bisexuales (12.0%) y las lesbianas (10.2%) quienes refieren que fueron más las ocasiones en las cuales el personal no estaba capacitado. En tanto, respecto a sus identidades de género, lo que sobresale es la cantidad de hombres y mujeres cisgénero (19.1% para ambos) que refieren también esta falta de capacitación. Cabe recordar que en estos datos no sólo cruza la dimensión de género, sino también la de la sexualidad. Así, no estamos hablando únicamente de hombres y mujeres heterosexuales, sino de hombres y mujeres con diversas orientaciones sexuales, y quienes justamente refieren esta falta de capacitación en el personal de salud.

Aunado a ello, un dato que no debe perderse de vista es que en el grupo de mujeres cisgénero encontramos el porcentaje más alto que reporta personas que si han estado capacitadas frecuentemente (4.9%), de la misma forma en

la que se encuentra el porcentaje más alto reportando personas que ninguna vez estuvieron capacitadas (8.8%). Lo que esto revela o sugiere, es la *arbitrariedad y falta de sistematicidad* con la cual las mujeres lesbianas, bisexuales y no heterosexuales pueden enfrentar visibilidad e invisibilidad en el sistema de salud. Como la misma literatura sugiere, las mujeres LBT se enfrentan en principio a la asunción de su heterosexualidad, a la lógica de que su salud sexual se centra fundamentalmente en el aspecto reproductivo, y que sus prácticas sexuales no suponen ningún

tipo de riesgo⁶⁵. Esto último conecta precisamente con cuál es la preparación y la información que dispone el personal de salud sobre las personas LGBTI, en particular y como se señaló en la introducción, información que reconozca las diversas problemáticas a las que se pueden enfrentar las personas según su orientación y/o identidad, más allá de los prejuicios y el estigma.

⁶⁵ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

Tabla 11. Porcentaje de personas que de acuerdo con su orientación sexual y/o su identidad de género refieren la frecuencia con la cual el personal médico y/o de enfermería se encuentra capacitado en temas LGBTI

	Demasiadas veces	Muchas veces	Suficientes veces	Pocas veces	Ninguna vez	No respondió	Total
Orientación Sexual							
Bisexuales	0.5%	0.5%	2.8%	12.0%	4.9%	2.5%	804
Heterosexuales	0.3%	0.3%	0.6%	4.7%	2.0%	1.9%	327
Homosexuales/Gay	0.6%	0.6%	4.8%	17.1%	5.4%	4.4%	1187
Lesbiana	0.4%	0.6%	2.5%	10.2%	5.2%	2.2%	729
Otro	0.1%	0.2%	0.6%	3.1%	1.9%	1.1%	235
Identidad de Género							
Hombre	0.8%	2.0%	5.9%	19.1%	6.1%	5.4%	1356
Hombre trans	0.5%	0.0%	0.4%	3.0%	1.3%	0.5%	182
Intersex	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%	0.2%	0.1%	31
Mujer	4.9%	0.9%	3.4%	19.1%	8.8%	4.9%	1305
Mujer trans	1.0%	0.6%	1.3%	5.6%	2.6%	1.0%	227
Otro	0.1%	0.0%	0.2%	0.8%	0.4%	0.1%	58
Total							3451

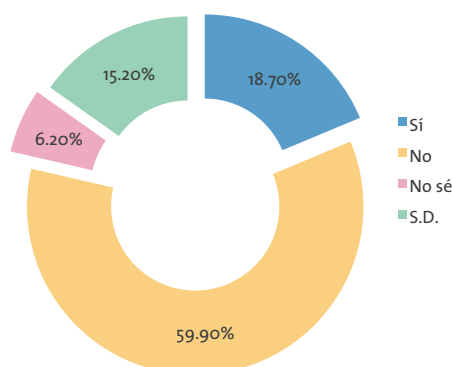
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En los servicios de salud o cuando va al médico le han dado información sobre enfermedades asociadas con ser personas LGBTI. Más de la mitad de quienes respondieron la encuesta (59.9%, equivalente a 2067 participantes) refiere que no le han proporcionado información especializada y/o específica al tema LGBTI, lo que sugiere

y coincide con la percepción que también se tiene de que el personal de salud no está capacitado ni cuenta con información específica sobre cuestiones de salud vinculadas a personas LGBTI. Y también se debe decir, no sólo se viola el derecho a la salud, sino también el derecho a la información.



Gráfica 10. Porcentaje de personas que refieren si han recibido información sobre enfermedades asociadas con ser personas LGBTI



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Bajo la idea de comprender esta falta de información en relación con el tema LGBTI, se buscó el cruce entre la orientación sexual y la identidad de género de quienes respondieron y su respuesta sobre si recibieron información en relación con enfermedades vinculadas al hecho de ser persona LGBTI.

Como se puede ver en la tabla 12, en términos de la orientación sexual de quienes respondieron, y en función de la proporción hacia dentro de cada grupo, destaca que son los hombres homosexuales (18.8%), mujeres lesbianas (15.1%) y personas bisexuales (15%) a quienes en mayor proporción refieren que no se les dio información sobre enfermedades asociadas con ser persona LGBTI. No obstante, también son los hombres homosexuales los que reportan sí haber recibido información (9.9%). Sin duda, sería de interés *valorar qué clase de información recibieron*, ya que algo que estos datos pueden sugerir es que dicha información sea como la literatura indica, una información sesgada y cargada de prejuicios en la medida en la que se asocia con temas como el VIH e infecciones de

transmisión sexual información imbricada en prejuicios y mitos.⁶⁶

Mientras tanto, y como también se indicó en el apartado teórico, la sexualidad de las mujeres lesbianas no sólo es invisibilizada sino desconocida y devaluada, pues además de tener que afrontar el que se asuma por parte del personal de salud, *una heterosexualidad universal*, también se da por hecho, que no corren riesgos, porque de “hecho”, bajo una mirada falocéntrica y androcéntrica, *“ellas no tienen una vida sexual”*. En tanto que, las personas bisexuales, al poder hacer uso del privilegio heterosexual, es factible que no sea necesario develar en muchos casos su orientación y, por tanto, la heterosexualidad asumida por parte del personal médico conlleve a asumir que no tienen que dar información específica. Esto no excluye por supuesto, el desconocimiento y la falta de información por parte del personal de salud respecto a la sexualidad de las personas LGBTI.

En relación con sus identidades de género, el patrón que se observa es que son sobre todo los hombres cisgénero quienes reportan en mayor número, *sí haber recibido información* vinculada con enfermedades asociadas a ser personas LGBT (9.7%), seguidas de las mujeres cisgénero (4.2%) y las mujeres trans (3.7%). Sin embargo, y como se señaló arriba, también es en estos grupos donde aparecen los porcentajes más altos de no haber recibido información. En particular, son en principio las mujeres quienes reportan en mayor medida la ausencia de esta información (26.3%), seguidas de los hombres cisgénero (22%) y las mujeres trans (6.0%).

⁶⁶ Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf

Tabla 12. Porcentaje de personas LGBTI que indicaron si recibieron información sobre enfermedades asociadas con ser personas LGBT

	No	No sé	Sí	No respondió	Total
Orientación sexual					
Bisexuales	15.0%	2.3%	3.4%	2.6%	804
Heterosexuales	5.9%	0.8%	1.0%	1.8%	327
Homosexuales/ Gay	18.8%	1.4%	9.9%	4.2%	1187
Lesbiana	15.1%	1.2%	2.9%	2.0%	729
Otro	1.1%	0.4%	1.4%	1.1%	235
Identidad de género					
Hombre	22%	2.3%	9.7%	5.3%	1356
Hombre trans	3.9%	0.3%	0.6%	0.5%	182
Intersex	0.5%	0.1%	0.2%	0.1%	31
Mujer	26.3%	2.6%	4.2%	4.7%	1305
Mujer trans	6.0%	0.8%	3.7%	1.0%	227
Otro	1.2%	0.1%	0.3%	0.1%	58
Total					3451

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

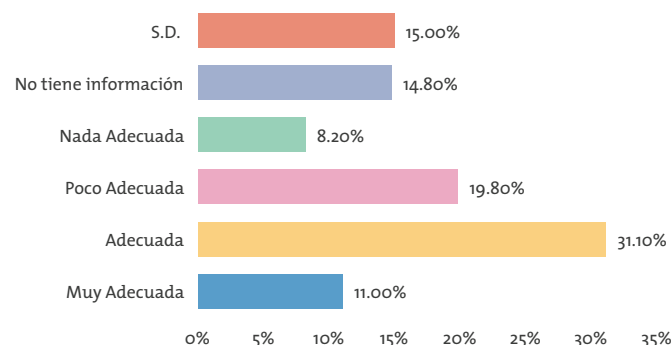
De nueva cuenta, los datos sugieren más que conocimiento especializado por parte del personal médico, la presencia de información cobijada por prejuicios y sesgos que llevan a desconocer aspectos ligados con la sexualidad de las mujeres. Aunado a la presencia de información “sesgada” en relación con los hombres y con las corporalidades que son leídas como masculinas desde la cisnormatividad, pues se da por sentado que no es necesario señalar o informar lo “obvio” o bien, también puede sugerir por supuesto, la falta de preparación por parte del personal de salud.

En cualquiera de los casos, son situaciones que lamentablemente contribuyen a la violación del derecho a la salud de las personas LGBTI, ya sea por la falta de información o bien por la presencia de prejuicios y estigmas que operan en el proceso de atención. Así, la siguiente pre-

gunta justamente versó sobre la percepción de quienes respondieron la encuesta en torno a si les parece que el personal médico cuenta con la información oportuna y adecuada a sus orientaciones e identidades.

La información con la que cuenta sobre enfermedades y padecimientos de salud relacionados con su orientación sexual e identidad de género. En este rubro se exploró si la información con la que cuentan las personas encuestadas les parecía adecuado o no. En la gráfica 11 se puede observar que la percepción predominante se ubica entre información adecuada (31.1%) e información poco adecuada. Sin obviar, que un 14.8% de las personas respondieron que no tenían información. Situación que no mejora el panorama.

Gráfica 11. Proporción de personas LGBTI que indicaron que el personal médico cuenta con información adecuada vinculada a su orientación sexual o identidad de género



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Al analizar cómo es que percibieron la información relacionada con su orientación sexual y su identidad de género, de acuerdo con los cruces de estas condiciones, lo que se observa en la tabla 13 es que aunque refieren que cuenta con información adecuada sobre padecimientos de salud vinculados a la orientación sexual y/o la



identidad de género, sobre todo esto es señalado por hombres cisgénero (14.0%), homosexuales/gay (12.3%), mujeres cisgénero (11.2%) y personas bisexuales (7.8%), eso no excluye el que también se haga referencia, de manera importante, a que la información con la que cuentan es poco adecuada o incluso nula. Así, se observa que son las mujeres cisgénero (7.9%), los hombres cisgénero (7.7%) y los homosexuales y/o gay (7.4%) quienes en mayor medida refieren también lo poco adecuada de la información. Y en particular las personas bisexuales (4.7%) y los hombres cisgénero (4.5%) son quienes refieren la nula información.

Sin duda, y en coincidencia con lo expuesto hasta ahora, estos datos sugieren la prevalencia de una información -cuando así existe-, que lo que más se visibiliza en el tema LGBTI, es información vinculada a los hombres cisgénero y homosexuales. En tanto, y al margen del total de personas que participaron por cada grupo, los porcentajes de personas lesbianas, trans e intersexuales parece encontrarse con un mayor desconocimiento en general. Esto desafortunadamente no es nuevo, pues como ha sido señalado tanto por feministas como por activistas, estas poblaciones siguen siendo las más discriminadas. Por ejemplo, en el caso de las lesbianas, su invisibilización en el país se hace evidente en aspectos como la falta de información sistemática sobre este sector y su participación en diferentes espacios dentro de la sociedad, en la ausencia de políticas públicas especializadas y específicas para lesbianas, en el desconocimiento de sus necesidades y problemáticas, en el equiparar sus necesidades específicas con las de los

hombres gay, e inclusive en el hecho de que en materia de salud sexual y reproductiva, se prioricen acciones para mujeres heterosexuales.⁶⁷

Y la situación para las personas trans e intersexuales tampoco dista de esta realidad. Cabe recordar como se indicó en la introducción, que en el caso de las personas trans e intersexuales, los y las profesionales de la salud reproducen múltiples estereotipos e imaginarios sobre lo masculino y lo femenino desde la cisnormatividad y la lógica binaria del sexo-género, lo que conlleva en muchos casos no sólo a patologizar sus experiencias, sino también a que no sean reconocidos como sujetos de derecho y a que exista tanto desconocimiento como negativa a responder a las necesidades y problemáticas de este sector o bien en la reproducción de múltiples violencias.⁶⁸

No debe descartarse que tanto la ausencia de información adecuada como especializada no sólo esté ligada a la falta de preparación del personal de salud, sino también y como he señalado repetidamente a la presencia de múltiples estereotipos y prejuicios, que coadyuva además en el proceso de autoexclusión de las personas LGBTI, sobre todo de aquellos grupos más invisibilizados, por temor a vivir algún maltrato, discriminación o violencia.

⁶⁷ Valencia T ledano, J., & Romero Hernández, R. (2017). Las lesbianas en México continúan invisibilizadas en las políticas públicas. *El Cotidiano*, 202, 85-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32550024008.pdf>

⁶⁸ Báez, R. A. L. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *CES Psicología*, 7(2), 108-125.

Tabla 13. Porcentaje de personas que de acuerdo con su orientación sexual y su identidad de género refieren si la información con la que cuentan respecto a su salud es adecuada o no

	Muy Adecuada	Adecuada	Poco Adecuada	Nada Adecuada	No cuenta con información	No respondió	Total
Orientación Sexual							
Bisexuales	1.9%	7.8%	4.3%	2.1%	4.7%	2.5%	804
Heterosexuales	0.8%	2.7%	1.8%	0.9%	1.4%	1.9%	327
Homosexuales/Gay	5.1%	12.3%	7.4%	2.1%	3.4%	4.1%	1187
Lesbiana	2.0%	6.4%	4.8%	2.0%	3.8%	2.1%	729
Otro	1.1%	1.8%	1.3%	0.8%	1.3%	1.1%	235
Identidad de Género							
Hombre	5.5%	14.0%	7.7%	2.5%	4.5%	5.0%	1356
Hombre trans	0.3%	1.3%	1.4%	0.8%	1.0%	0.5%	182
Intersex	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	31
Mujer	3.2%	11.2%	7.9%	3.4%	3.4%	4.8%	1305
Mujer trans	1.7%	3.9%	2.3%	1.4%	1.4%	1.0%	227
Otro	0.3%	0.4%	0.4%	0.1%	0.1%	0.2%	58
	Total						3451

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

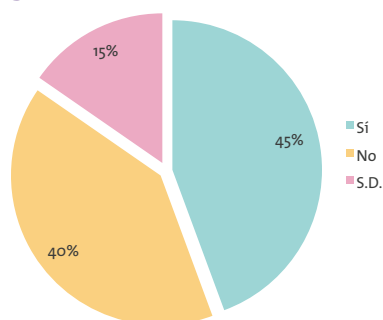
Ha manifestado su orientación sexual y/o identidad de género en los servicios de salud. Como ya se ha indicado, un asunto muy significativo en el tema de la salud de las personas LGBTI tiene que ver con la posibilidad de manifestar su orientación sexual y/o identidad de género, y las consecuencias que esto puede tener. Así, de acuerdo a lo que reportaron quienes participaron en la encuesta (ver gráfica 12), el 44.4% refirieron sí haber manifestado su orientación sexual y/o identidad de género en los servicios de salud, lo cual resulta un dato interesante, que puede sugerir por una parte, una mayor apertura en el sistema y servicios de salud para generar esta posibilidad, pero no descarta, el que también pueda ser resultado de algún tipo de coerción, por ejemplo, encuestas o preguntas que “obligan” a la persona a develar su orientación y/o identidad. Cabe la posibilidad de sugerir que hay un mayor conocimiento de las personas LGBTI

sobre su derecho a un trato no discriminatorio por parte del personal de salud y la relevancia que puede tener para una mejor valoración médica el indicar aspectos de su vida que pueden ser de importancia, incluida su vida sexual y erótica.

Sin embargo, lo anterior se coloca en tela de juicio, si se considera que el porcentaje de personas que no devela su orientación y/o identidad es bastante cercano al anterior, es decir, 40.3% de las personas LGBTI no develan esta información durante la atención médica. Lo cual sugiere que aún prevalecen factores que condicionan esta opción, como puede ser el temor a un mal trato o discriminación, a la negación del servicio e incluso a la posibilidad de que no se trate con privacidad la información proporcionada al personal médico, situación que como se indicó en el apartado IV, puede ser una amenaza cuando la persona LGBTI no ha develado su orientación sexual y/o identidad de género en otros espacios y con otras personas.



Gráfica 12. Porcentaje de personas que ha manifestado su orientación sexual y/o identidad de género en los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Bajo la idea de analizar cómo es que el poder revelar esta información se vincula con su orientación sexual y/o identidad de género particular, en la tabla 14 se puede observar quienes sí manifestaron su orientación o identidad al acudir a los servicios de salud. Comparando el porcentaje de quienes respondieron que sí han manifestado su orientación sexual, se encuentra en primer lugar los hombres homosexuales/gay (17.7%), las mujeres lesbianas (10.3%) y finalmente las personas bisexuales (7.0%). Sin embargo, es muy importante señalar que también es este último grupo, quien no manifiesta su orientación (13.8%). Como indiqué antes, las personas bisexuales tienen la posibilidad de hacer uso del privilegio heterosexual y no siempre se ven en la necesidad de dar a conocer su orientación. En segundo lugar, se encontrarían los hombres homosexuales (12.4%), quienes pueden no manifestar su orientación como una manera de protección, de la misma forma que las mujeres lesbianas.

En tanto, conforme sus identidades de género, llama la atención el ligero patrón de contraste que se da entre los hombres y las mujeres cisgénero, ya que en los primeros es mayor el porcentaje de quienes sí manifiestan esta infor-

mación (17.3%) en comparación con los que no (16.7%), mientras que en las mujeres es bastante más alto el porcentaje de quienes no proporcionan esta información (18.9%) en contraste con las mujeres que sí lo hacen (14.1%). Esto sin duda puede sugerir la forma desigual en la que se juegan los efectos del género, en términos de las consecuencias inmediatas en la atención médica para mujeres y para hombres al dar cuenta de su orientación sexual. Cabe recordar que, de acuerdo con los datos proporcionados por la CIDH, las mujeres lesbianas y bisexuales siguen siendo las principales receptoras de violencias como las terapias correctivas, así como abusos y violencias sexuales en tanto se asume como una forma de castigo a su “indisciplina”⁶⁹.

Además, también es de destacar el efecto de la cisnormatividad y la dimensión de género pues, en el caso de las mujeres trans son quienes en mayor porcentaje sí manifiestan su orientación en el proceso de atención médica, en contraste con hombres trans, personas intersexuales y otras personas no conformes con el género. Como la literatura sugiere, en el sistema de salud se edifica la búsqueda de cuerpos normados y binarios que respondan a un prototipo, por lo que en particular las mujeres trans se enfrentan a un mayor exposición y discriminación en la medida en la que su cuerpo puede ser leído como masculino. También hay que señalar que, en los datos referidos por CIDH, se indica que son las mujeres trans uno de los grupos más vulnerados en términos de las violencias y actos de discriminación por prejuicios⁷⁰.

⁶⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>

⁷⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>

Tabla 14. Porcentaje de personas LGBTI que indicaron si han manifestado su orientación sexual y/o identidad de género en los servicios de salud

	No	Sí	No respondió	Total
Orientación Sexual				
Bisexuales	13.8%	7.0%	2.5%	804
Heterosexuales	2.9%	4.6%	1.9%	327
Homosexuales/ Gay	12.4%	17.7%	4.3%	1187
Lesbiana	8.8%	10.3%	2.1%	729
Otro	1.1%	2.1%	1.1%	235
Identidad de Género				
Hombre	16.7%	17.3%	5.3%	1356
Hombre trans	1.4%	3.3%	0.5%	182
Intersex	0.4%	0.4%	0.1%	31
Mujer	18.9%	14.1%	4.8%	1305
Mujer trans	1.8%	8.6%	1.0%	227
Otro	0.1%	0.9%	0.1%	58
Total				3451

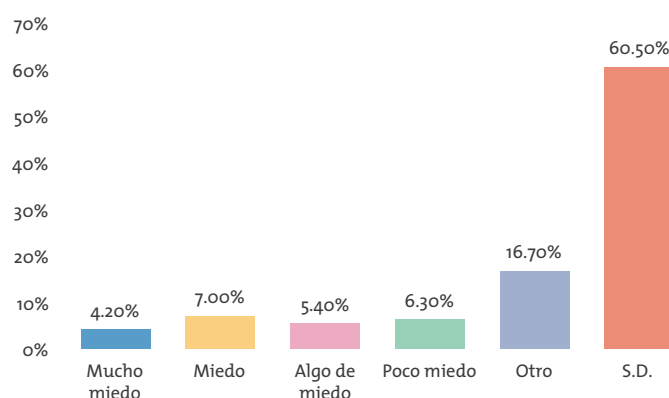
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Una siguiente pregunta giró en torno a *cuál había sido la principal razón para que no dijeran su orientación sexual en los servicios de salud y/o atención médica*. En particular el énfasis fue respecto a si las personas LGBTI habían experimentado miedo, a lo cual casi un 17% de participantes señaló haber experimentado entre mucho y algo de miedo, 16.7% aludieron a otra razón y el resto (60.5%) no respondió a esta pregunta (ver gráfica 13).

Con la finalidad de valorar si el miedo está vinculado con el hecho de tener una condición particular a partir de la orientación sexual o identidad de género, se llevó a cabo el análisis del cruce de estos factores. Como se observa en la tabla 15, el porcentaje más importante para cada grupo se acentuó en quienes no respondieron, lo cual tentativamente puede indicar como se ha señalado antes, que existan otros factores que incluso complejizan el que las personas tengan

acceso a los sistemas y servicios de salud, por lo que omiten esta respuesta.

Gráfica 13. Porcentaje de personas LGBTI que indicaron la razón por la cual no dijeron su orientación sexual en los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Por otra parte, está el porcentaje de personas que aludieron a otros motivos (15.9%), donde cabe destacar que algunas de las respuestas más frecuentes que dieron fue: *a) no hablar de la vida privada, b) miedo a la discriminación y rechazo, c) Considerar que no es necesario o relevante en materia de salud, d) No hacer pública la orientación sexual para la pareja, familia o conocidos, e) por experimentar pena/vergüenza y f) por cuidar reputación o trabajo*. Algo de interés entre las respuestas, aunque no fueran muy frecuentes, fue con respecto a quienes hicieron referencia a ser deportados a sus países, invisibilizadas por sus familias o sufrir racismo. Lo que sin duda reitera que en el proceso de comprender cómo y de qué depende el acceso a la salud por parte de las personas LGBTI, es necesario considerar además del género y la sexualidad, otros ejes de opresión.

Finalmente, y pese a los porcentajes bajos, lo que puede señalarse es que quienes mayor miedo experimentan en diferentes intensidades son las personas bisexuales en contraste con los



hombres homosexuales y las mujeres lesbianas (ver tabla 15). Creo que esto puede analizarse a la luz de lo que supone la bisexualidad, si bien, es una de las orientaciones menos visibles y reconocidas, reitero que también hay un privilegio heterosexual que juega un lugar importante para muchas personas y desde el cual pueden acceder a posibilidades y espacios, que otras personas LGTI, no. Como la literatura sugiere, que frente a las personas bisexuales, lo que se privilegia es la heterosexualidad, y existe una descalificación y rechazo tanto de las personas heterosexuales como de las personas homosexuales/gay y lesbianas a las bisexuales, pues se asume que son indecisas u homosexuales o lesbianas que no hacen pública su orientación sexual, desconociendo la coexistencia de ambos deseos⁷¹.

Cabe decir, que no es gratuito el miedo que puede ser experimentado o las precauciones que se toman respecto a develar o no la orientación y/o la identidad de género, pues como también se ha indicado, México es uno de los países en los cuales no sólo existe un serio proceso de discriminación y rechazo, sino también

violencias letales contra las personas LGBTI⁷². En ese sentido, otra pregunta crucial fue conocer si a las personas que respondieron la encuesta, alguna vez les ha sido negada la posibilidad de afiliarse al sistema de salud o a hacer uso de los servicios de salud por ser LGBTI.

Le negaron la posibilidad de afiliarse al sistema de salud o usar los servicios de salud por ser LGBT. De acuerdo con la gráfica 14, lo que se observa es que si bien, a un 49% no le ha sido negado este acceso, un 3% de las personas encuestadas sí se han enfrentado a la violación de este derecho, y llama la atención que de nueva cuenta un buen número de personas no haya respondido a esta pregunta (22%). Siempre cabe la posibilidad de pensar qué otros factores podrían dificultar esta afiliación (por ejemplo, edad, etnia, situación laboral, etc.). Y sólo para aclarar, las personas que respondieron “no aplica”, quiere decir que no han intentado hasta el momento afiliarse a algún sistema de salud.

⁷¹ Yáñez, L. J. (2015). La población bisexual y sus derechos en la Ciudad de México. *Defensor*, 48-53.

⁷² Informe sobre Violencia contra las Lesbianas, los Gays y las Personas Trans, Bisexuales e Intersex en México. ASILEGAL (Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C.). Octubre, 2013. Disponible en: <https://redtdt.org.mx/wp-content/uploads/2014/08/informe-LGBTITI-Copy.pdf>

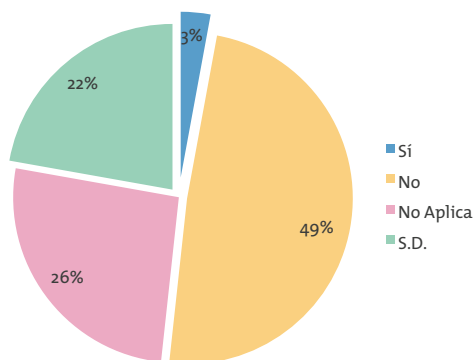
Tabla 15. Porcentaje de personas LGB que refirieron la principal razón para no decir su orientación sexual en los servicios de salud

	Sentí poco miedo	Sentí algo de miedo	Sentí miedo	Sentí mucho miedo	Otro	No respondió	Total
Orientación sexual							
Bisexuales	1.9%	1.9%	2.4%	1.8%	5.8%	9.6%	804
Heterosexuales	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	1.5%	7.0%	327
Homosexuales/Gay	2.2%	1.5%	1.1%	1.1%	5.4%	22.2%	1187
Lesbiana	1.5%	1.6%	0.8%	1.8%	3.2%	12.3%	729
Otro	0.4%	0.2%	0.3%	0.3%	0.6%	5.9%	235

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.



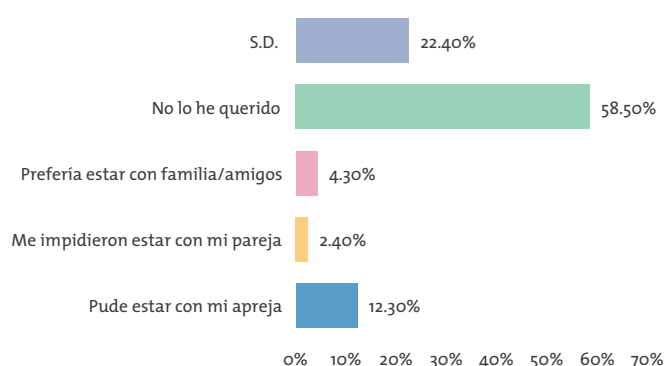
Gráfica 14. Porcentaje de personas LGBTI que indicaron si les ha sido negada o no la posibilidad de afiliarse al sistema de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En caso de requerirlo, ¿ha podido estar acompañada o acompañado por su pareja en los servicios de salud? Un aspecto importante por saber es si a las personas que contestaron la encuesta, les han permitido que su pareja les acompañe durante la atención médica. Cabe aclarar que por mucho tiempo las parejas de personas no heterosexuales eran completamente invisibilizadas, sobre todo en lo que tiene que ver con aspectos como la salud y los bienes materiales. Si bien hoy en día, existen mecanismos legales que posibilitan el reconocimiento de las parejas, eso no descarta que puedan existir otras formas de excluir o desconocer a las parejas de las personas LGBTI. Así, lo que la gráfica 15 muestra es que lamentablemente a un 2.4% de las personas que participaron, sí les han impedido que su pareja les acompañe. No obstante, la pregunta también permite observar que un porcentaje muy alto de participantes (58.5%), no han requerido que su pareja les acompañe, e interesantemente, un 4.3% refiere preferir estar con familia o amistades. Habría que analizar si esta decisión tiene que ver con un deseo voluntario de la persona que asiste al servicio de salud, o es una manera de evitar procesos de discriminación o impedimento para que la pareja esté presente.

Gráfica 15. Porcentaje de personas LGBTI que han podido estar acompañadas de su pareja en los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

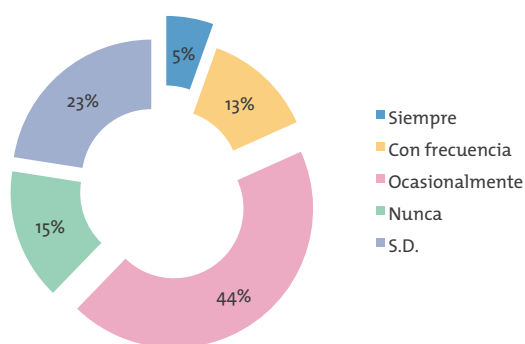
Considera que los servicios de salud se brindan con calidad a las personas LGBTI. Como he señalado antes, las personas que participaron han hecho referencia a la importancia de los servicios y la atención que reciben, por lo que es fundamental conocer si estos servicios son percibidos *con calidad*. Como se muestra en la gráfica 16, el 44% de las personas que respondieron la encuesta, indicaron que es ocasionalmente cuando los servicios de salud que les brindan son con calidad. Incluso, para el 15.2% esto no ha ocurrido nunca. En contraste, la proporción de personas que refiere que siempre han sido servicios de calidad solo corresponde al 5.5% de las personas LGBTI.

Cabe preguntarse en qué medida, esta falta de calidad está ligada al *desconocimiento, falta de información y prejuicios* que puede tener el personal de salud con respecto a la identidad de género o la orientación sexual de quienes recurren al servicio. Por ello, en la tabla 17 se puede observar quiénes refieren que siempre han recibido atención de calidad de manera específica para cada grupo. Aunque son porcentajes bajos, destacan los hombres cisgénero (2.8%), los hombres homosexuales (2.6%), las mujeres



cisgénero (1.6%) y las personas bisexuales (1.2%). Esto puede sugerir en primer lugar la mayor visibilidad que tienen los varones homosexuales en relación con otras orientaciones sexuales dentro del sistema de salud, sin dejar de lado que, en el caso de las personas bisexuales, puede pesar el privilegio heterosexual o bien, la invisibilidad de dicha orientación. Además, respecto a las identidades de género, la mayor visibilidad es para la condición cisgénero en contraste con las personas trans e intersexuales. Y definitivamente otras orientaciones sexuales y acomodos de identidades no binarios parecen estar mucho más lejos de ser pensados y reconocidos en el sistema actual de salud y atención médica.

Gráfica 16. Porcentaje de Personas LGBTI que considera que los servicios de salud que se brindan para personas LGBT son de calidad.



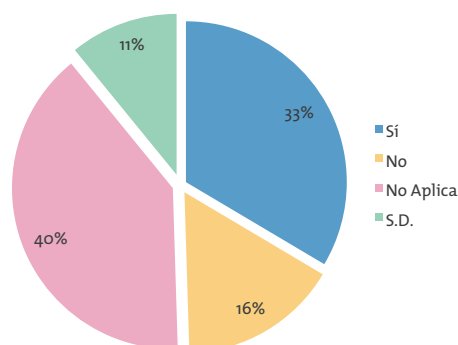
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Respecto al tema trans, en la encuesta se incluyeron dos preguntas que se incluyen en esta sección. Una de las preguntas fue si las personas que participaron en la encuesta *habían acudido a servicios de salud pública para su proceso de reasignación sexo-genérica*. De acuerdo con lo reportado, como se ve en la gráfica 17, es mínimo el porcentaje de personas que así lo ha hecho, pues solo corresponde al 4.8%, mientras que un

22.9% no ha recurrido a este servicio. De nueva cuenta, cabe aclarar que, si para las personas no aplicaba esta pregunta, se consideró dicha opción de respuesta. Así, estos datos lo que sugieren es que las personas, aún cuando pueden requerir de este tipo de servicios de salud, no tienen necesariamente el acceso a los sistemas de salud público, lo que puede asociarse con el tema de que son servicios especializados y, por tanto, no disponibles en cualquier centro de salud, ni Estado de la República, pero también puede estar vinculado con el hecho de dado los prejuicios y sesgos en el sistema de salud y en la sociedad, no son consideradas intervenciones y procedimientos de carácter prioritario.

Lo anterior, evidencia que pese a lo señalado por el artículo 4to. de nuestra Constitución sobre el derecho a la salud para todas las personas, los datos en la encuesta siguen apuntalado a una desigualdad que prevalece y que en particular sigue invisibilizando y restando importancia a las necesidades de personas trans, intersexuales o que requieren un proceso de reasignación sexo-genérica.

Gráfica 17. Porcentaje de personas LGBTI que acudieron a los servicios de salud para su proceso de reasignación sexo-genérica



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Tabla 17. Porcentaje de personas que indicaron con que frecuencia han recibido atención de calidad para personas LGBTI

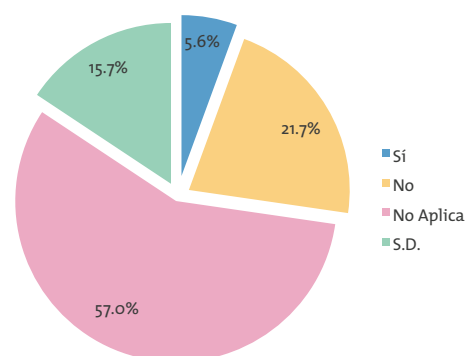
	Siempre	Con frecuencia	Ocasionalmente	Nunca	No respondió	Total
Orientación Sexual						
Bisexuales	1.2%	2.8%	11.1%	3.9%	4.4%	804
Heterosexuales	0.2%	0.8%	3.2%	1.7%	3.6%	327
Homosexuales/Gay	2.6%	5.3%	16.1%	4.3%	6.1%	1187
Lesbiana	1.1%	3.2%	9.8%	3.9%	3.2%	729
Otro	0.3%	0.8%	3.7%	1.4%	1.6%	235
Identidad de Género						
Hombre	2.8%	5.9%	17.9%	17.9%	7.9%	1356
Hombre trans	0.1%	0.4%	2.5%	2.5%	1.1%	182
Intersex	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%	31
Mujer	1.6%	4.8%	16.8%	16.8%	8.3%	1305
Mujer trans	0.8%	1.5%	5.4%	5.4%	1.3%	227
Otro	0.1%	0.1%	0.2%	1.0%	0.3%	58

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Dado que esta discusión no es menor en nuestro país, valoró necesario incluir aquí la pregunta respecto a *si les han sido negados medicamentos o procedimientos relacionados con el proceso de reasignación sexo-genérica* a las personas que participaron en esta encuesta. Conforme a los datos proporcionados, y coincidente con la información anterior, en la gráfica 18, se observa que a un 5% sí le han sido negados los medicamentos y/o procedimientos relacionados con su proceso de reasignación sexo-genérica.

Ante la relevancia que tiene la edad en la posibilidad de *tener voz* -legalmente y, dicho sea de paso, social y simbólicamente- para decidir sobre la propia identidad, resultó necesario identificar si esta negativa se ve vinculada con el rango de edad en el que se encuentran las personas e incluso en términos de su autoadscripción étnica dado el racismo que también prevalece en nuestro país.

Gráfica 18. Porcentaje de personas LGBTI a quienes les han sido negados medicamentos o procedimientos relacionados con su proceso de reasignación sexo-genérica



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En relación con la edad, en la tabla 18 presento únicamente los datos que permiten contrastar que conforme menor edad tiene las personas que participaron en la encuesta y requirieron de dichos procedimientos y/o medicamentos, mayor es el porcentaje que refiere les fue negado. Así, particularmente en el rango de 21 a 29 años,



se encuentra un 2.3% de personas a las que les ha sido negada esta atención, en tanto, las personas menores de 18 años ni siquiera aparecen.

Tabla 18. Porcentaje de personas LGBTI a quienes les fueron negados medicamentos o procedimientos vinculados con su proceso de reasignación social

Rango de edad	Sí le fue negado	No le fue negado
Menos de 18 años	0%	0%
21 a 29 años	2.3%	9.8%
30 a 39 años	1.7%	6.0%
40 a 49 años	0.9%	1.7%
50 a 59 años	0.2%	0.4%
60 años o más	0.1%	0.1%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Por otra parte, y considerando que la referencia étnica constituye también un factor que da lugar a la discriminación, se analizó cómo se vinculaba con la negación de estos procedimientos. La tabla 19 permite dar cuenta de los privilegios que se juegan en términos *del color de piel y la pertenencia étnica*. Desde lo que se puede observar, y aunque los porcentajes son pequeños, llama la atención que a 3.8% de personas mestizas se les ha negado los medicamentos o procedimientos de reasignación sexo-genérica en contraste con los otros grupos. Es importante recordar que en México existe una estrecha relación entre la condición étnica y la situación de mayor pobreza y desigualdad. Lo que tentativamente sugieren estos datos, es pensar las posibilidades de acceso y disponibilidad con la que cuentan las personas en función de la clase social a la que pertenecen, el lugar donde viven, así como los posibles procesos de exclusión y

discriminación a los que se pueden enfrentar al juntarse estos diferentes ejes de opresión.

No esta demás decir, que en la última encuesta nacional sobre discriminación (ENADIS) realizada por el Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Discriminación (CONAPRED), que se llevó a cabo en el periodo del 21 de agosto al 13 de octubre de 2017, aspectos como *la condición personal, el tono de piel, la manera de hablar, el peso, la forma de vestir, el arreglo personal, la clase social, el lugar donde vive, las creencias religiosas, el sexo y la orientación sexual*, constituyeron una razón para que 20.2% fuese discriminado durante el último año. Aunado a ello, dentro de los ámbitos de mayor discriminación, los resultados de la ENADIS arrojan justamente la condición indígena y el tener alguna discapacidad. Además, dentro de los derechos que se ven principalmente vulnerados, se encuentra el derecho a la atención médica o medicamentos.⁷³

Como parte del presente diagnóstico y en seguimiento al tema del acceso a la atención, se preguntó: *Alguna vez su médico se negó o dejó de atenderle por ser personal LGBTI*. De acuerdo con los resultados, el 65.1% de quienes respondieron a la encuesta indicaron que nunca se les ha negado la atención por ser personas LGBTI. Sin embargo, un 9% refirió que ocasionalmente ha sucedido y 2.2% que con frecuencia les es negada la atención (ver gráfica 19). Nuevamente estos datos sugieren que existen espacios y personal de salud que infringe y atenta contra un derecho básico que es el acceso a la salud para todas las personas.

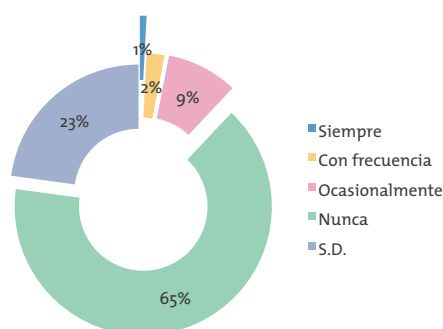
⁷³ ENADIS, 2017 (Encuesta Nacional sobre Discriminación). Comunicado de prensa núm. 346/18. 6 de Agosto de 2018. Página 1/3. Disponible en: www.beta.inegi.org.mx

Tabla 19. Porcentaje de personas que se identifican bajo diferentes grupos étnicos y que refieren si se les han negado medicamentos o procedimientos de reasignación sexo-genérica

Etnia	Porcentaje de personas que participaron	Sí le fue negado	No le fue negado	No respondió	No aplica
Afrodescendiente	1.9%	0.1%	0.7%	0.2%	0.8%
Blanca	16.5%	0.6%	3.7%	2.3%	9.8%
Indígena	6.8%	0.5%	2.6%	0.7%	3.0%
Mestiza	62.8%	3.8%	12.3%	7.6%	39.0%
Mulata	3.2%	0.2%	0.8%	0.4%	1.7%
Otra	1.8%	0.2%	0.4%	0.6%	2.1%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Gráfica 19. Porcentaje de personas LGBTI que refieren la frecuencia con la cual les ha sido negada la atención médica.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Si bien los datos anteriores sugieren que a la gran mayoría no se le niega como tal la atención, debe considerarse que existen otras formas en las cuales las personas LGBTI pueden ser discriminadas y violentadas. Uno de los temas que actualmente ha cobrado suma importancia tiene que ver con aquellos procedimientos y/o tratamientos que buscan “cambiar” o “corregir” la orientación sexual o la identidad de género de las personas (ECOSIG⁷⁴ -Esfuerzos por corregir

la orientación sexual y la identidad de género-).

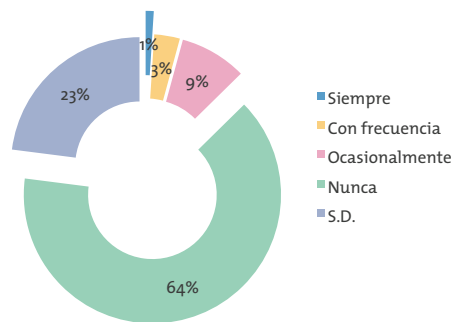
En ese sentido, resultó relevante analizar si las personas LGBTI han sido obligadas a recibir tratamiento o realizarse algún procedimiento vinculado con su condición LGBTI, tratamientos que fueron valorados como innecesarios o excesivos. En la gráfica 20 se puede observar que si bien 64.4% de quienes participaron en la presente encuesta, no han sido obligadas a ningún procedimiento o tratamiento, alrededor de 12.6% sí lo han sido de manera ocasional hasta siempre. Y sin duda, este es un dato que alerta respecto a la prevalencia de prejuicios, discriminación y violencias contra la población LGBTI en nuestro país.

mayo de 2018, instituciones como el Consejo Nacional para prevenir la discriminación (CONAPRED), el Consejo para prevenir y eliminar la Discriminación en la Ciudad de México, junto con otras instancias, se unieron para denunciar lo que se denominó como Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género (ECOSIG) ya que se consideran prácticas fraudulentas que atentan contra la dignidad, salud física, emocional y desarrollo libre de la personalidad, libre de violencia y discriminación de las personas de la diversidad sexual y de género no normativa. https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=1101&id_opcion=&op=213

⁷⁴ En conmemoración de la 43ª Asamblea Mundial de la Salud de 1990 que dio como resolución eliminar a la homosexualidad de la lista de trastornos mentales, el 17 de



Gráfica 20. Porcentaje de personas LGBTI que han sido obligadas a recibir tratamientos o realizarse procedimientos -innecesarios o excesivos- relacionados con su condición LGBT



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Considerando este panorama, otra pregunta crítica para el presente diagnóstico fue indagar si les han negado servicios de salud argumentando que no atienden a personas LGBT. Como puede observarse en la tabla 20, aunque un 67% de las personas encuestadas refiere que nunca le han negado los servicios de salud bajo dicho argumento, aparece que al 2.1% sí le han negado los servicios con frecuencia y a un 7% ocasionalmente. Estos datos podrían elevarse si consideramos que existen muchas formas de negar el servicio o la atención sin hacer evidente la causa que hay detrás, por lo que puede estar subrepresentado el porcentaje de personas que enfrentan esta situación, sobre todo si se toman como referencia los datos arrojados por la ENADIS 2017⁷⁵, que indican que la atención médica y los medicamentos son una de las áreas en donde mayor discriminación se presenta y se niega como derecho.

⁷⁵ ENADIS, 2017 (Encuesta Nacional sobre Discriminación). Comunicado de prensa núm. 346/18. 6 de Agosto de 2018. Página 1/3. Disponible en: www.beta.inegi.org.mx

Tabla 20. Porcentaje y número de personas a quienes les han negado el servicio de salud argumentando que no atienden personas LGBT

	Número de personas LGBTI a quienes les ha sido negada la atención	Porcentaje
Siempre	29	.8%
Con frecuencia	73	2.1%
Ocasionalmente	240	7.0%
Nunca	2318	67.2%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Considerando las múltiples facetas de la discriminación, otra pregunta de interés en este diagnóstico fue saber si *Durante la atención médica hicieron comentarios peyorativos o discriminatorios sobre su orientación sexual o identidad de género*. De acuerdo con los datos, el 50.3% de las personas encuestadas indicó que nunca ha vivido una situación así. Sin embargo, alrededor de un 26.7% sí se ha enfrentado a este tipo de comentarios, en mayor proporción de manera ocasional, pero al fin y al cabo sugiere que lamentablemente el espacio de la salud permanece con un espacio de discriminación para las personas LGBT. Y no deja de ser de interés el 23% de personas que no respondió a esta pregunta, pues como se ha señalado antes, una posibilidad puede ser el que ni siquiera tengan acceso a servicios de salud.

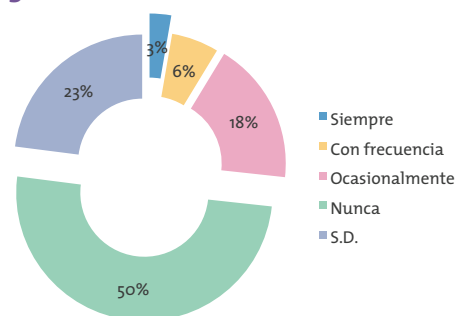
Resultó de interés explorar cuándo estos comentarios fueron a la luz de la orientación sexual o la identidad de género de quienes vivieron esta situación. En la tabla 21 se puede observar que, en términos de su orientación sexual, son los hombres homosexuales/gay (5.9%), las mujeres lesbianas (4.6%) y las personas bisexuales (4%) quienes han llegado a recibir comentarios peyorativos y discriminatorios durante su pro-



ceso de atención médica. En tanto, en términos de sus identidades de género, por una parte, se encuentran las mujeres cisgénero (6.9%) y los hombres cisgénero (5.8%), pero también destaca que las mujeres trans (3.7%) y los hombres trans (1.2%) han recibido este tipo de comentarios discriminatorios. Se menciona de esta manera, dado que se considera, que además de hacerse presente la cisnormatividad, que los datos sugieren también esta diferencia bajo la cual las mujeres (en cualquier condición) se encuentran más expuestas a comentarios denigrantes y discriminatorios. Y es de interés en ese sentido, que justamente son los hombres cisgénero, en un

porcentaje importante (23%) quienes nunca han experimentado una situación así.

Gráfica 21. Porcentaje de personas que refieren haber recibido comentarios peyorativos y/o discriminatorios sobre su orientación sexual y/o identidad de género durante la atención médica



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Tabla 21. Porcentaje de personas LGBTI que han recibido comentarios peyorativos y discriminatorios por su orientación sexual y/o identidad de género

	Siempre	Con frecuencia	Ocasionalmente	Nunca	No respondió	Total
Orientación Sexual						
Bisexuales	0.3%	1.3%	4.0%	13.3%	4.4	804
Heterosexuales	0.4%	0.8%	1.3%	3.2%	3.8	327
Homosexuales/Gay	1.1%	1.5%	5.9%	1.5%	6.2	1187
Lesbiana	0.4%	1.4%	4.6%	1.4%	3.2	729
Otro	0.5%	0.9%	1.7%	2.6%	1.7	235
Identidad de Género						
Hombre	0.7	1.7	5.8	23.2	7.9	1356
Hombre trans	0.3	0.6	1.2	0.6	1.1	182
Intersex	0.0	0.0	0.2	0.0	0.3	31
Mujer	0.4	1.9	6.9	1.9	1.9	1305
Mujer trans	1.2	1.7	3.7	1.7	1.7	227
Otro	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	58

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Finalmente, en las respuestas a esta pregunta, destacan las personas bisexuales, en donde un 13.3% reporta no haber vivido nunca esta situación, lo que sugiere como se ha señalado antes, la posibilidad de que las personas bisexuales puedan recurrir al privilegio heterosexual, lo

que por supuesto no elimina la invisibilidad y rechazo que existe de la bisexualidad.

Aunado a todo lo que hasta ahora se ha expuesto, hay otra serie de preguntas que permiten conocer la situación particular bajo la cual se viven muchas de las personas que participaron

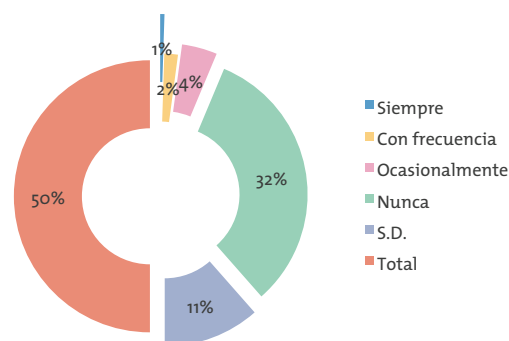


en el presente diagnóstico. Aspecto que es fundamental, para no perder de vista este abordaje crítico e interseccional que permita evidenciar cómo hay circunstancias y factores particulares que pueden hacer de una experiencia, una situación mucho más compleja, debido a la vulnerabilidad en la cual colocan a la persona.

Una de las preguntas que se eligieron dejar dentro de este último sector de análisis fue, si las personas que participaron en la encuesta *conocen a una persona LGBTI y quién es, que haya sido víctima de discriminación en los espacios de salud*. De acuerdo con los resultados (ver Gráfica 22), 35.9% de las personas que respondieron indicaron que no conocen a ninguna persona. No obstante, un 34.3% refirió que sus amigas y/o amigos sí han sido víctimas de discriminación. En segundo lugar, aparecería su pareja (3.8%) y posteriormente, las parejas con quienes viven en unión libre (1.9%). Sin duda, es importante pensar que, aunque todas las personas pueden estar expuestas y enfrentarse a estos procesos de discriminación, los resultados sugieren que hay personas en condiciones de mayor vulnerabilidad. Y, además, también permite pensar dado los resultados, que por una parte hay varias personas que son discriminadas y que de manera indirecta también incide en la vida de la persona LGBTI, como en este caso son las amistades. Pero a su vez, reitera y sugiere, además, la presencia de una discriminación directa, que pueden no sólo ir hacia la persona LGBTI que responde la encuesta, sino además hacia la persona con quien comparte su vida y tiempo, como es la pareja, lo cual me hace pensar que, bajo tales circunstancias, hay una enorme probabilidad de que las personas que participaron en este diagnóstico se

enfrenten a discriminaciones múltiples directas e indirectas -en el sentido de vivir también las discriminaciones y violencias hacia sus parejas, familiares y personas más allegadas-.

Gráfica 22. Porcentaje de personas LGBTI que refieren que algún conocido o conocida ha sido víctima de alguna discriminación en los espacios de salud por ser persona LGBT

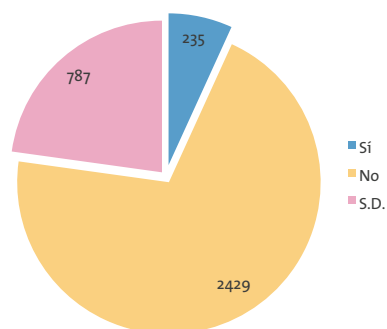


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Por otra parte, el hecho de que sea en el espacio de la atención médica y los servicios de salud reitera como lo indican los datos de la ENADIS 2007, que este es un ámbito crucial de discriminación, y que ésta vulnera en mucho a las personas LGBTI, pues es un espacio en donde no sólo se discrimina, sino que se les niega el acceso o atención. Definitivamente, constituye entonces una violación a los derechos.

La siguiente pregunta fue en torno a si *alguna de las personas anteriores está a cargo de la persona LGBTI* que respondió la presente encuesta. Con base en los resultados, sólo 6.8% de las personas indicaron que sí estaban a cargo económicamente/o bajo su cuidado, lo que equivale a 235 personas, en tanto un 70.4% indicó que no (ver gráfica 23).

Gráfica 23. Porcentaje de personas LGBTI que indicó si alguna de las personas que han vivido discriminación por ser LGBTI está a su cargo



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Se consideró dejar hasta el final tres preguntas que, aunque podrían incluirse en el apartado de caracterización, era importante colocarlas como factores que complejizan la experiencia de las personas LGBT, y que justamente es fundamental considerarlos como parte del abordaje interseccional, pues son condiciones que en la literatura se ha indicado, están directamente asociadas con una mayor vulneración hacia las personas LGBTI.

Una de esas preguntas tiene que ver con si la persona LGBTI que respondió la presente encuesta, se encuentra en alguna de las siguientes condiciones: a) es periodista, b) es una persona con discapacidad, c) es una persona defensora de los Derechos Humanos LGBT, d) es una persona privada de su libertad y e) ninguna de las anteriores. En la gráfica 24 se indica cuál es el porcentaje de personas que refirió está en cada condición. Es importante señalar que si bien un 63.1% del total de personas que participaron no se encuentran bajo ninguna de estas situaciones, un 27.4% es una persona defensora de los derechos humanos de personas LGBT.

Al respecto, vale la pena señalar que, de acuerdo con el Segundo informe sobre la situación de las defensoras y los defensores de

derechos humanos en las Américas, elaborado por la CIDH y publicado en 2011⁷⁶, las personas que se colocan bajo tal posición se enfrentan a un sinnúmero de situaciones que les vulneran. Entre ellas están las amenazas, la criminalización de sus actividades, los discursos para desprestigiarles y por supuesto, los homicidios. En el contexto de México y en particular en la Ciudad de México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), refiere que entre el 2013 y el 2016 la Ciudad de México se ubicó en los primeros lugares de las entidades del país con mayor número de casos.⁷⁷ Así, los tipos de violencia más comunes que sufren las y los defensores de los derechos humanos son las detenciones arbitrarias, amenazas y agresiones físicas. Aunado a agresiones a través de internet (redes sociales y otros medios de comunicación cibernética).⁷⁸

Bajo este panorama no es de menor importancia saber que por lo menos en esta encuesta, alrededor de un 32% del total de participantes se encuentra en una condición que junto con su pertenencia a la población LGBTI, le coloca en un mayor riesgo, incluyendo por supuesto el mayor riesgo de perder la vida.

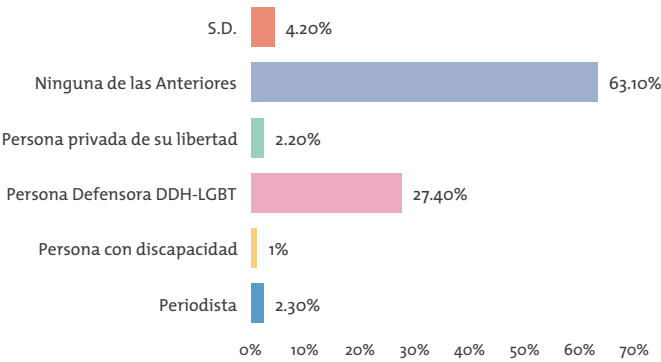
⁷⁶ Segundo informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. v.; cm. (OEA documentos oficiales; OEA/Ser.L) ISBN 978 0 8270 5742 5 <https://www.oas.org/es/cidh/defensores/docs/pdf/defensores2011.pdf>

⁷⁷ Informe que presenta la comisión de derechos humanos del distrito federal con motivo de la visita del relator para México de la comisión interamericana de derechos humanos <http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-de-derechos-humanos.pdf>

⁷⁸ Agresiones contra personas defensoras de derechos humanos en la Ciudad de México durante 2017. Texto realizado por Claudia Ordoñez Viquez, relatora por el Derecho a Defender los Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). Disponible en: https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2018/01/dfensor_01_2018.pdf



Gráfica 24. Porcentaje de personas LGBTI que refiere tener alguna de las características que les colocan en situación de mayor vulnerabilidad



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

En ese mismo sentido, y considerando el riesgo inminente que desafortunadamente hoy supone ser una persona defensora de los derechos humanos, se les preguntó a las personas LGBTI, *Si en los últimos 3 años ha realizado acciones de defensa, promoción o protección de derechos de personas LGBT.*

Tabla 22. Porcentaje y número de personas que se han dedicado a acciones de defensa, promoción y protección de derechos de personas LGBT.

Acciones de defensa, promoción y/o protección de derechos de personas LGBT	Sí	No	Total
Número de personas que se han dedicado a este tipo de acciones	1715	1586	3451
Porcentaje de personas que se han dedicado a este tipo de acciones	49.7%	46.0%	100%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

De acuerdo con los resultados arrojados (ver tabla 22), dos cosas son relevantes, en primer lugar, que la mitad de las personas LGBTI en el marco de los últimos 3 años ha llevado a cabo acciones de defensa, promoción y protección lo cual es revelador y hace pensar en personas que resisten y luchan desde distintas trincheras por un contexto y sociedad incluyente, que les

reconozca y respete. Pero a su vez, genera una alarma enorme, por las cifras referidas de la ENADIS 2017, misma que reiteran el ambiente hostil y los riesgos a los cuales se enfrentan de manera permanente. Sin duda, estos datos son una llamada de atención hacia la necesidad de contar con acciones y medidas que no sólo protejan sus derechos, sino también sus vidas.

Finalmente, con el propósito de comprender otros aspectos que les vulneran, la siguiente pregunta, se vinculó a explorar limitaciones que tienen para realizar su vida cotidiana. En particular, la pregunta fue: *En su vida diaria tiene limitaciones para realizar alguna de las actividades que se mencionan:*

Como se puede ver en la tabla 23, el 73.7% de quienes participaron en esta encuesta no tienen ninguna limitación en su vida para realizar las actividades que se les señalaron. Sin embargo, y tomando en consideración a quienes no respondieron (15%), llama la atención el 11.3% restante que sí refirió tener alguna situación que lo limita. En particular 91 personas indicaron tener dificultades para caminar y moverse, lo que sugiere la posibilidad de encontrarse no sólo limitadas en su movilidad, sino factiblemente también en su independencia. El 4.5% aludió a tener dificultades para ver, lo cual también coloca a las personas en una situación de mayor riesgo en el proceso de movilidad y desplazamiento.

Por otra parte, también sobresale que 72 personas aludieron a tener dificultades para poner atención y comprender cosas sencillas. Cabe la posibilidad de valorar si este aspecto tiene que ver con alguna situación a nivel cognitivo o está relacionado con las mismas condiciones de precariedad y pobreza que no posibilitaron a estas personas poder acceder a la escuela y tener un mejor desarrollo, incluso tomar en consideración si tienen facilidad o no para leer, por ejemplo.



Estos datos son relevantes pues como se ha señalado a lo largo del documento, constituyen factores que pueden complejizar y obstaculizar la vida de las personas, y ser causas de discriminación. De acuerdo con la ENADIS, 2017, hay que recordar que alrededor de un 58.3% de personas señalaron haber experimentado al menos una situación de discriminación en los últimos cinco años a causa de su condición de discapacidad. Aunado a ello, un 30.9% refirió en dicha encuesta haber vivido un incidente de negación de derechos por la misma razón. Y de hecho constituyen las personas con discapacidad, uno de los grupos que en gran proporción (58%) percibe que sus derechos no se respetan en este país.

Tabla 23. Porcentaje y número de personas que indicaron tener alguna limitación para realizar ciertas actividades

Limitación para realizar actividad	Número	Porcentaje
Caminar, moverse, subir o bajar	91	2.6%
Hablar, comunicarse o conversar	44	1.3%
Ninguna	2542	73.7%
Oír, aun usando aparato auditivo	18	.5%
Poner atención o aprender cosas sencillas	72	2.1%
Ver, aun usando lentes	155	4.5%
Vestirse, bañarse o comer	7	.2%
No respondieron	522	15%
Total	3451	100%

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del “Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México: Derecho a la Salud”.

Así que, sin duda, las personas LGBTI que tienen limitaciones como las referidas en la tabla 22, es muy probable que enfrenten situaciones de discriminación, violencia e incluso exclusión. Al respecto no debe olvidarse además que de acuerdo con la misma ENADIS 2017, es la intersección entre género y discapacidad una de las que da cuenta de la discriminación múltiple, pues según los datos que reportan, *las mujeres con discapacidad* refieren haber sido mayormente discriminadas en el último año debido a esa razón.

Si lo anterior no fuese ya suficiente, también vale decir que no es únicamente el derecho a la salud lo que se pone en juego, sino que, bajo el efecto de estos prejuicios, y tomando como referencia otros datos ofrecidos por la ENADIS, 2017, uno de los prejuicios que más prevalece respecto a las personas con alguna discapacidad es que “son de poca ayuda en el trabajo”, y bajo esa mirada, 30% de las personas con discapacidad refirieron enfrentarse a falta de oportunidades para encontrar empleo, así como un 31.1% aludió a problemas en el proceso de desplazarse ya que tanto las calles, como las instalaciones y transportes son inadecuados. Con este panorama, es necesario considerar que quienes participaron en el presente diagnóstico y refieren además de formar parte de la población LGBTI, el tener alguna limitación, seguramente se enfrentan no sólo a discriminaciones múltiples, sino también *a la violación de varios de sus derechos*.



VI. El derecho a la salud para las personas LGBTI en el contexto de México: hallazgos generales y algunas reflexiones

¿QUÉ DECIR ANTE TODO LO EXPUESTO EN ESTE DOCUMENTO? En primer lugar, es necesario reconocer que este diagnóstico que responde a la iniciativa de Fundación Arcoíris A.C. en colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), constituye sin duda una valiosa herramienta para poder dar cuenta de la situación y condición bajo la que se encuentran las personas LGBT en nuestro país. Si bien como se dijo desde el principio, esto no es ni pretende ser exhaustivo, la información generada es lo suficientemente sólida y clara para hacer evidente las múltiples aristas que se atraviesan y complejizan el acceso al derecho a la salud de las personas LGBT.

Al llevar a cabo el análisis de esta información, se hace presente que los hallazgos de este estudio son coincidentes en múltiples sentidos con las fuentes secundarias que se presentaron en la introducción y estado del arte, reiterando que nos encontramos ante una situación compleja que si bien no podemos asumir como universal, si señala la dimensión estructural e interseccional de las múltiples violencias y violaciones a sus derechos que enfrentan las personas LGBTI a lo largo y ancho de diferentes contextos.

A manera de resumen, en términos de la caracterización de quienes participaron en esta encuesta es importante enfatizar la diversificación de Estados que están representados, incluidos desde los más “rígidos” o “cerrados” hasta lugares como la Ciudad de México que en diversos sentidos representa o busca ser un lugar más incluyente. Y si bien creo que aún puede profundizarse en varios aspectos a partir de esta variante, se decidió conforme las preguntas priorizar sólo en algunas los contrastes que podría haber en función de que las personas LGBTI vivieran en distintos estados.

Así, una de las cosas que se hace evidente, es que los derechos y el acceso a éstos y su pleno ejercicio, definitivamente está acotado a las posibilidades y avances en materia estructural, legal y simbólica que se puede tener en cada contexto particular. Y eso sin duda resulta paradójico y problemático, pues lo que se infiere es que tu ubicación geopolítica determina en mucho tus posibilidades en materia de salud.



Otro aspecto que es muy importante señalar, es la diversificación de identidades de género y orientaciones sexuales, pues sin duda refleja el dinamismo y la creciente visibilidad de la diversidad humana. No obstante, no se puede dejar de mencionar que existen condiciones y experiencias que aún se encuentran veladas, no sólo reflejado en el menor número de personas que participaron en total por cada grupo dentro de este diagnóstico, sino porque, a lo largo de los distintos resultados, se hizo evidente que son sectores menos visibilizados en el sistema y los servicios de salud, así como las personas que llegan a enfrentar discriminaciones múltiples. Con ello se hace referencia a las personas intersexuales, las personas trans, las mujeres lesbianas y otras orientaciones sexuales e identidades de género no binarias.

Sin duda, como se ha indicado a lo largo de todo el documento, es fundamental conocer y comprender que en el marco de las experiencias de discriminación y violencia comunes, así como las necesidades y experiencias compartidas, dado los diversos ejes de opresión que atraviesan las experiencias de vida, es indispensable tener un acercamiento interseccional que permita dar cuenta de las particularidades y especificidades de cada sector poblacional, no bajo el afán de establecer como objetivo la diferencia, sino porque es crucial visibilizar que los retos y las necesidades, y por ende las posibilidades de acción requieren de estrategias diferenciadas también.

Aunado a ello y como también se hizo evidente, existen otros factores como la edad, la condición étnica, el lugar donde viven, si tienen alguna limitación o discapacidad, si son o no personas dedicadas a la defensa de los derechos

humanos, etc., que junto con las diversas identidades y orientaciones colocan en un lugar de mayor vulnerabilidad a determinados sectores de la población LGBTI.

Es inevitable dar cuenta con los hallazgos, que el acceso al sistema de salud y a una atención digna y de calidad para las personas LGBTI esta coaccionada por múltiples condiciones directas e indirectas. Es decir, *dentro de las directas*, sin lugar a duda se hace evidente la necesidad

El acceso al sistema de salud y a una atención digna y de calidad para las personas LGBTI esta coaccionada por múltiples condiciones directas e indirectas

de visitar las *condiciones estructurales y simbólicas* bajo las cuales se brinda la *atención a las personas LGBTI*, también se hace indispensable analizar la *accesibilidad y disponibilidad real de los servicios* tanto en el sentido geográfico como en el tema

simbólico y estructural, pues como se reflejó a través de los diferentes hallazgos, los servicios ofrecidos y la posibilidad de acceder a ellos, no es igual para todas las personas y todos los sectores de la población LGBTI. Y lo anterior depende no sólo del lugar donde habitan las personas y por tanto la existencia o no de centros de salud, así como la oferta de tratamientos y medicamentos especializados a las necesidades emergentes y permanentes de este sector, sino también de la existencia de profesionales de la salud que cuenten con una mayor sensibilidad hacia el tema y una capacitación especializada en torno a las diferentes necesidades y problemáticas de la población LGBTI, con la presencia y reproducción de estereotipos y prejuicios que no sólo influyen en el maltrato, la discriminación y las violencias ejercidas hacia esta población, sino también en la desinformación, en la estigmatización y revictimización de las personas LGBTI.

Por otra parte, también se hizo muy presente la manera en la que la heteronormatividad

y la cisnormatividad privilegian la atención de ciertas identidades, orientaciones y corporalidades. Sin duda una constante que problematiza la calidad y eficacia de la atención para las personas LGBTI tiene que ver con el asumir una heterosexualidad universal que no solo invisibiliza las experiencias eróticas y afectivas de personas homosexuales, gays, lesbianas, bisexuales y otras, sino que inclusive las desconoce.

Se considera algo muy importante y revelador en los datos que se analizaron, el tema de la autoexclusión. No es gratuito el que las personas LGBTI se mantengan al margen de los servicios de salud y la atención médica, ya sea porque consideran que se “enferman” poco, lo cual de antemano reitera la ausencia de una cultura preventiva y la delimitación de la salud a la “ausencia de enfermedad”, situación que como la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado, se queda corta. Sino que también tiene que ver con la presencia de los prejuicios y sesgos que no sólo se traduce en la discriminación y violencia directa hacia las personas LGBTI por parte del personal de salud, sino también en la incorporación de el temor hacia ser discriminadas y vivir estas violencias por parte de las personas LGBTI. Sin duda, este es un gran problema de salud pública, pues contribuye a la falta de información sobre las necesidades y problemáticas de dicha población, pero además hace ciegas las políticas públicas y acciones generadas en el campo de la salud, pues siguen siendo pensadas desde la heteronorma y cisnorma, o como se indicó en algunos de los hallazgos, bajo la idea equívoca de equiparar las necesidades y experiencias de salud de todos los grupos a uno sólo, el de los hombres homosexuales/gays.

También es innegable la presencia del *sistema de género binario, dicotómico y sexista*, que

al margen de las identidades y orientaciones, privilegia en términos de salud, las problemáticas ligadas a el VIH e infecciones de transmisión sexual en el caso de los hombres, y cuestiones de carácter reproductivo en el caso de las mujeres, pero obvia que las personas LGBTI tienen problemas de salud como cualquier otra persona que no están circunscritos a sus identidades de género y orientaciones sexuales. Y que además como se señaló a lo largo del documento, esta cosmovisión sobre las problemáticas de salud de hombres gays y mujeres (así a secas), reitera la presencia de estereotipos y prejuicios que no abonan en lo absoluto a una mejor atención médica y a una cultura de salud preventiva y propositiva.

También resulta muy revelador que la posibilidad de que el personal de salud esté capacitado para atender a la población LGBTI es tan falible, que se vuelve una cuestión como se mencionó, sumamente arbitraria y poco sistemática bajo la cual, algunos grupos se ven incluso mucho más invisibilizados que otros, en particular las mujeres lesbianas, personas bisexuales y otras orientaciones sexuales, así como identidades no binarias o conformes al género. Cabe recordar, además, que más de la mitad de quienes participaron en este diagnóstico refirieron no haber recibido información oportuna y especializada sobre enfermedades y problemas de salud ligados a ser LGBTI.

Y conforme lo que fue posible analizar, el asunto va más allá de una mera capacitación, pues la otra cosa que se hizo evidente es que prevalecen muchos estereotipos y prejuicios sobre la salud de personas LGBTI, que termina por abonar a la estigmatización.

Otra cuestión paradójica y abrumadora, es la proporción casi equivalente de personas LGBTI que sí revelan y las que no revelan su orienta-



ción y/o identidad de género en los servicios de salud. Como se señaló en su momento, lo que esto sugiere es que, si bien cada vez más las personas LGBTI son visibilizadas y reconocen el derecho que tienen a la salud y a una atención digna y no discriminatoria, también hay muchas personas de este sector que se siguen viviendo bajo el temor de ser violentadas y discriminadas. Y el asunto es, que dicho temo no es infundado, si de nueva cuenta, ponemos en contexto estos datos a la luz de lo que la ENADIS 2017, la OCDE en su último informe, la CIDH y otras instituciones y organismos defensores de los derechos humanos han referido en torno a nuestro país, como uno de los contextos, que pese a tener avance en materia de legalidad, se coloca como un escenario hostil y violento en el que la población LGBTI es sumamente vulnerable.

En ese sentido, aunque fueron menos las personas que no aludieron al miedo como factor para no decir su orientación y/o identidad, al visitar las otras “causas”, éstas finalmente tienen que ver con la “precaución” y/o la “necesidad” de ser cautelosas y no arriesgarse a un maltrato. Dicho sea de paso, en los mismos hallazgos se hizo evidente que es un número importante de personas el que se ha enfrentado de manera directa en el proceso de atención a la salud, a comentarios peyorativos y discriminatorios por su orientación sexual y/o identidad de género.

Por otra parte, en términos de las condiciones “indirectas” que inciden en el panorama presentado, lo que se hizo evidente es que el acceso a la salud y a servicios de calidad también está condicionado por las *posibilidades económicas, educativas, etarias, étnicas de quienes recurren a los servicios*. No todas las personas parecen

El acceso a la salud y a servicios de calidad también está condicionado por las posibilidades económicas, educativas, etarias, étnicas de quienes recurren a los servicios.

dignas de recibir la misma atención, ni tienen derecho al mismo sistema de salud.

No está de más recordar que, dentro de los resultados, apareció que una proporción importante de personas no cuenta con alguna afiliación al sistema de salud, y esto puede estar vinculado a condiciones de precariedad en otros aspectos relevantes, así como con el no tener un trabajo formal que posibilite esa afiliación.

Evidentemente, existe un contraste en el acceso a la salud y a una atención de calidad si se tienen recursos económicos o no, por ejemplo, en términos de poder acceder a una mejor atención, a medicamentos e incluso a procedimientos o tratamientos, que lamentablemente no sólo

no existen en el sistema de salud pública o son precarios, sino que además no se consideran relevantes o prioritarios, como el tratamiento hormonal, o la intervención para reasignación y cambio de sexo.

Además, como también se encontró en el presente diagnóstico, al parecer en ninguna entidad los servicios de salud especializados para las personas LGBTI resultan (si es que existen) conocidos, de fácil acceso y en sentido estricto especializados a las demandas y necesidades de este sector poblacional.

Y como ya se dijo antes, hay que recordar que en los datos de la ENADIS 2017, precisamente se hace referencia a las mayores condiciones de precariedad para la población LGBTI, cuando además de su orientación e identidades no hegemónicas, se cruzan otros aspectos como su condición étnica, el “sexo” biológico de las personas, si tienen o no alguna discapacidad, el tipo de actividad que realizan, el lugar donde viven, por referir algunas. Lamentablemente, *no todas*

las personas tienen la misma voz y el mismo derecho a la salud, por ejemplo, de acuerdo con los hallazgos del presente diagnóstico, en el tema de acceder a tratamientos y medicamentos de reasignación de sexo, ni las personas mestizas, ni los grupos etarios de menor edad se ven siempre favorecidos al respecto.

Finalmente, en relación con los resultados generales, también es sumamente confrontador saber que al menos la mitad de las personas que participaron en este diagnóstico se ha encontrado o se encuentran en una situación de mayor riesgo, ante el hecho de haber participado o participar como defensoras de los derechos humanos LGBTI. Si bien, el porcentaje de quienes se identificaron como tal era cercano al 30% del

total de personas que contestaron la encuesta, el asunto es que sí fue cerca de la mitad quien refirió haber hecho alguna actividad vinculada a la defensa en los últimos tres años. Y bajo el panorama expuesto en nuestro país en torno a la situación de violencia contra las personas defensoras de derechos⁷⁹, como se mencionó anteriormente, *resulta prioritario e indispensable contar con acciones y medidas que no sólo se encaminen a proteger sus derechos, sino también y fundamentalmente sus vidas.*

⁷⁹ Criminalización de la labor de las defensoras y los defensores de derechos humanos / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. v.; cm. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L) ISBN 978-0-8270-6529-1. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/criminalizacion2016.pdf>



VII. Devenir sujetos de derecho y trabajar por una ciudadanía sexual

TAL VEZ UNO DE LOS ASPECTOS QUE RESULTA FUNDAMENTAL INSISTIR en la posibilidad de tejer hacia un pleno acceso y ejercicio del derecho a la salud, es empezar por recordar que la *sexualidad también es un derecho*. Sin duda, es indispensable trabajar de manera profunda, colectiva y transversal en contra de la reproducción acrítica de estereotipos e imaginarios que como refiere Roberto Lasso-Baéz (2014) inciden en las prácticas médicas y clínicas.

En la medida en la cual, desde el saber médico -en tanto tecnología de producción de subjetividades que abona en perpetuar el orden social de género (Lasso-Baéz, 2014)- se busca etiquetar las experiencias de las personas como patología cuando estas exceden los parámetros de lo normativo, o no tienen cabida en la cosmovisión hegemónica respecto a la sexualidad y los cuerpos sexuados de las personas, se generan las condiciones propicias para el proceso de discriminación y violencia contra las personas LGBTI. Cabe recordar en ese sentido, que estos procesos de discriminación y violencia no sólo tienen incidencia en el acceso a oportunidades, recursos y servicios vinculados con la salud y otros derechos, sino que además se traducen en una forma de limitar el desarrollo potencial de los individuos⁸⁰

Como se expuso a través de este documento, las actitudes y prejuicios del personal de salud en el proceso de brindar atención a las personas LGBTI, puede promover que esta población evite acercarse a los centros y servicios de salud (autoexclusión), constituyendo así un grave riesgo para el bienestar de las personas LGBTI. Como refieren Luis Ortiz-Hernández y María Isabel García Torres (2005), las personas que son víctimas de violencia tienden a buscar explicaciones de por qué fueron agredidas y en ese proceso frecuentemente suelen culparse a sí mismas en términos de algo que hicieron o bien por quienes son. Esto resulta gravísimo en el tema del derecho a la salud en las personas LGBTI, pues no sólo hay que trabajar de manera directa y contundente en contra de las violencias y barreras estructurales ya referidas a través del presente documento, sino también y de manera muy importante, en los efectos que estas violencias y prejuicios tienen

⁸⁰ Ortiz-Hernández, L., & García Torres, M. I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 913-925.



en las subjetividades, prácticas y afectos de las personas victimizadas.

Como refiere Ortiz-Hernández y García-Torres (2005) cuando las personas se culpan a sí mismas de la agresión que reciben, también pueden desarrollar una percepción de mayor vulnerabilidad en relación con otras personas, y esto se asocia a situaciones como depresión, baja autoestima, ansiedad, distrés y miedo, lo que a su vez abona en la desconfianza hacia los demás.

No es posible apostar a la construcción de una ciudadanía sexual sin analizar y problematizar el efecto que la construcción histórica del género ha tenido en la vida de las personas y de la humanidad. Como refieren Zaldúa, Pawlowicz, Longo y Moschella (2010)⁸¹ las formas de opresión y subordinación social tienen efecto en los ámbitos materiales de la vida y por ello, resulta necesario pensar la ciudadanía y los géneros en relación tanto a las inequidades de género, así como al poder patriarcal, aliado con frecuencia al poder médico hegemónico. Sin duda, refieren las autoras, el cuerpo y la sexualidad son aspectos importantes para el ejercicio de la ciudadanía.

Por otra parte, poder hacer efectivos los derechos de las personas, en este caso LGBTI, demanda que existan las condiciones sociales imprescindibles para poder permitir y garantizar dichos derechos. Estas condiciones incluyen el tema del bienestar social, la libertad política, la seguridad personal, el acceso a la educación, al trabajo remunerado, la accesibilidad a los centros de salud y servicios de salud de calidad. Como se evidenció a través de este diagnóstico, en México, no existen muchas de estas condiciones, y, de hecho, en el caso de las personas LGBTI, se encuentran aún más alejadas de acceder a muchas de éstas.

En ese sentido, lograr que *las personas LGBTI puedan ser consideradas sujetas de derecho* exige identificar y abonar en la erradicación de los obstáculos institucionales, religiosos, jurídicos y simbólicos, pero también demanda identificar y fortalecer los procesos de resistencia y transgresión de las personas LGBTI en el proceso de ir en contra de las construcciones sociales que en este caso legitiman y validan o no las diversas existencias sexuales y genéricas.

Por todo lo dicho anteriormente, es muy necesario que exista una aproximación mucho más crítica, sensibilizada y propositiva de las instituciones gubernamentales y el Estado para la generación de políticas públicas en torno a la población LGBTI, así como su implicación en este tipo de investigaciones, tal como lo ha hecho la CEAV, al mostrar interés e involucrarse en este proceso de análisis y elaboración de diagnósticos. En principio, porque como se expuso también a través del documento, prevalece una mirada sesgada respecto a cuáles son las causas de malestar en las personas LGBTI, que no incluye las experiencias de muchos grupos como las mujeres lesbianas, las personas bisexuales, las personas trans e intersexuales, pero que además ignora que el campo de la salud en este sector poblacional no se reduce o acota a su sexualidad.

Evidentemente, la defensa y promoción de la salud de esta población se debe articular en conjunto con la atención primaria y con ayuda de las asociaciones LGBTI y la sociedad civil. Los ejes de trabajo pueden ser múltiples y diversos, no obstante, en la literatura se han identificado cuestiones críticas que pueden abonar a este ejercicio⁸². Así, resulta de vital importancia:

⁸¹ Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R., & Moschella, R. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA: Obstáculos y resistencias. *Anuario de investigaciones*, 17, 267-275.

⁸² Gil-Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., Beltrán, P. D., Curto, J., & Latasa, P. (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.

- Que la salud y la educación sexual rebase su acotación a cuestiones de VIH y otras ITS, sin que eso signifique dejar de lado tales problemáticas.
- Que se cuente con sistemas de información y procesos de recolección de datos sociodemográficos y sanitarios representativos de la población LGBTI.
- Que se mantenga una actitud vigilante hacia las prácticas de discriminación por orientación sexual, identidad y expresión de género, así como diversidad corporal dentro y fuera del ámbito de la salud
- Que exista una promoción de la salud en torno a la población LGBTI, poniendo atención a problemas que afecten de manera más específica a este grupo, pero a su vez, identificando problemas de salud que hasta ahora no han sido problematizados para esta población como el uso de sustancias, problemas de salud mental, violencia, etc.
- Que se lleven a cabo estudios que permitan conocer mejor la situación de los estados de salud de las personas LGBTI, con la finalidad de poder elaborar políticas públicas encaminadas a la prevención, y como dije antes, también a la promoción de la salud, una salud integral que reconozca las necesidades específicas.
- La formación, sensibilización y capacitación especializada del personal de salud, la adecuación y actualización de protocolos, procedimientos y servicios de salud, así como la actualización de procesos administrativos vinculados con las cuestiones sanitarias, con el objetivo de promover una mejor comprensión y por tanto preparación y respuesta en torno a la realidad de personas LGBTI en el campo de la salud y factores vinculados a ésta.
- Implementar proyectos de vigilancia de la salud en la población LGBTI con el objetivo ulterior de realizar políticas adecuadas que mejoren la salud, la seguridad y el bienestar de las personas pertenecientes a este sector.
- Poner atención y problematizar el impacto de los entornos heteronormativos y cisnormativos sobre las personas LGBTI en materia de salud.
- Fomentar la investigación en temas de salud LGBTI, introduciendo la perspectiva de diversidad en el ámbito científico y potenciando redes y proyectos entre universidades, administración y organizaciones no gubernamentales con la participación de la misma población LGBTI.
- Coordinación de todos los ejes de trabajo y las instituciones que tomen parte en la mejora de la salud y el bienestar de las personas LGBTI.
- Implementar políticas antidiscriminación en todas las administraciones públicas, incluyendo el ámbito sanitario y los centros educativos.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud en todas sus dimensiones.
- Evaluar las políticas de salud dirigidas a este colectivo.



Sin lugar a duda son múltiples las circunstancias y condicionantes que afectan de manera decisiva al bienestar y la salud de las personas LGBTI, por lo cual resulta indispensable tomar en consideración todos esos factores en el diseño y ejecución de las políticas públicas.

Las y los profesionales de la salud, juegan un papel fundamental, ya que en la medida en la cual no se trabaje en las actitudes estigmatizadoras y las prácticas de discriminación que gestan desde su formación académica hasta su ejercicio profesional, se estará trabajando sobre un terreno arenoso y poco seguro, en el que no alcanzaran los avances en otros terrenos para garantizar un servicio digno, respetuoso y de calidad. Es importante insistir en este rubro, en el cual sin duda es indispensable el proceso de sensibilización en perspectiva de género, diversidad y derechos humanos para desmontar los prejuicios y violencias que se sostienen en ese saber teórico-práctico dentro del ámbito de la salud. No obstante, no es suficiente sensibilizar, también se requiere preparación, actualización constante, adquisición de conocimientos específicos y puntuales, pues como se indicó también de manera previa, las necesidades, demandas y problemáticas de la población LGBTI, si bien comparten muchos aspectos, también requieren de un abordaje interseccional que permitan comprender las especificidades y situar los abordajes.

Como se refirió anteriormente, incorporar la *perspectiva de diversidad sexual y de género* desde el primer nivel de atención se vuelve prioritario, con la finalidad de garantizar que las instituciones de salud realmente puedan ser receptivas y proporcionar opciones y alternativas que contribuyan al bienestar y mejora de la

población LGBTI. Cabe reiterar como lo señala Marcela Schenck (2018)⁸³ que incorporar una *perspectiva de diversidad* en el abordaje sanitario está en consonancia con las consideraciones de los organismos internacionales sobre la noción de integralidad en salud desde una perspectiva de derechos, que entre otras cosas supone incorporar el tema de salud sexual, salud reproductiva y la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género.

Aunado a ello, también vale la pena reiterar que cuando las personas etiquetamos las diferencias humanas, sobre todo aquellas que nombramos “minoritarias”, éstas se traducen en estereotipos que dan lugar a su discriminación, para poder sostener la idea de que hay un grupo dominante y sostener entonces por parte de ese grupo, el estatus social. El asunto es que como refiere Link Phelan (2001)⁸⁴ este proceso de discriminación va más allá de lo social, lo económico y lo político.

En ese sentido vale la pena recordar como refiere Vargas (2017)⁸⁵, que la discriminación ocurre en diferentes niveles, por una parte, en el individual, en términos del encubrimiento, en el nivel interpersonal a partir de la victimización, pero también ocurre desde el nivel estructural, a partir de las leyes y políticas que obstaculizan el acceso a la salud de los grupos marginados. Por ello, es fundamental reconocer que son múltiples aristas las que se cruzan en este proceso

⁸³ Schenck, M (2018). Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico. *Revista de la Facultad de Derecho*, 45, e20184512

⁸⁴ Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

⁸⁵ Vargas, P.E. (2017). Determinantes sociales de la salud de las personas LGBT. *Pediatría Panamá*, 46(2), 145-147.

que viola el derecho de las personas LGBTI a su salud, y que, por tanto, demanda un abordaje complejo que pueda incidir en los diferentes niveles señalados.

Se considera fundamental reiterar que toda acción que pretende abordar la salud de las personas LGBTI desde una perspectiva de género,

de derechos humanos y de diversidad, exige reconocer a las personas LGBTI como sujetos de derecho, con toda la facultad para nombrarse y vivirse desde el lugar que así se enuncien, y con todo el derecho de exigir respeto, confidencialidad, no discriminación y un trato digno.



VIII. Anexo

Cuestionario

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. ¿Cuál es su categoría de edad?

- ☐ 18-20
- ☐ 21-29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-49
- ☐ 50-59
- ☐ 60 o más

2. Usted se considera:

- ☐ Lesbiana
- ☐ Homosexual o Gay
- ☐ Heterosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Otro, ¿Cuál?

3. ¿Cuál es su identidad de género?

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Mujer trans
- ☐ Hombre trans
- ☐ Intersex
- ☐ Otro, ¿Cuál?

4. Usted se reconoce como:

- ☐ Indígena
- ☐ Mestiza
- ☐ Afrodescendiente
- ☐ Blanca
- ☐ Mulata
- ☐ Otro, ¿Cuál?

5. ¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Casado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Divorciado/a



- ☐ Separado/a
- ☐ Soltero/a
- ☐ Unión libre

6. ¿Cuántos hijos o hijas tiene?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3

7. ¿Cuál es su nacionalidad?**8. En qué Estado de México vive:****9. ¿Cuál es su actividad económica principal?**

- ☐ Ninguna
- ☐ Hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Profesionista independiente
- ☐ Docente
- ☐ Empleado (a) en entidad pública
- ☐ Empleado (a) en empresa privada
- ☐ Empleado (a) en organización social
- ☐ Autoempleo en negocio propio
- ☐ Actividad agrícola
- ☐ Trabajo sexual
- ☐ Otro, ¿Cuál?

10. Usted cuenta con alguna de las siguientes características:

- ☐ Periodista
- ☐ Persona Privada de su libertad
- ☐ Persona con Discapacidad
- ☐ Persona Defensora de Derechos Humanos LGBT
- ☐ Ninguna de las anteriores

11. En los últimos 3 años ha realizado acciones de defensa, promoción o protección de derechos de personas LGBT

- ☐ Si
- ☐ No

12. ¿Cuál es su ingreso quincenal?

- ☐ Menos de 1000 pesos
- ☐ Entre 1000 y 3000
- ☐ Entre 3001 y 6000
- ☐ Entre 6001 y 10000
- ☐ Más de 10000
- ☐ Ninguno

13. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha recibido?

- ☐ Escuela primaria
- ☐ Escuela secundaria
- ☐ Preparatoria
- ☐ Diploma universitario
- ☐ Posgrado (maestría, doctorado, etc.)
- ☐ Ninguno



DERECHO A LA SALUD**14. Qué servicio de salud tiene:**

- ☐ IMSS
- ☐ ISSSTE
- ☐ SEDENA o SEMAR
- ☐ PEMEX
- ☐ Seguro popular
- ☐ Seguro privado
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro, ¿Cuál?

15. En general, ¿cuántas veces al año suele acudir a un centro de salud o servicio médico?

- ☐ Demasiadas veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Suficientes veces
- ☐ Pocas veces
- ☐ Ninguna vez

16. El centro de salud o servicios médicos a los que acude son:

- ☐ Públicos
- ☐ Privados
- ☐ No sé

17. En general, ¿cuáles la razón principal por la que utiliza servicios de salud o asiste al médico?

- ☐ Cuando me enfermo
- ☐ Prevención de enfermedades
- ☐ Requisito laboral
- ☐ Debo dar seguimiento a una enfermedad
- ☐ Otra
- ☐ Otro (especifique)

18. En general, ¿Cuál es la razón principal por la que NO utiliza los servicios de salud o asiste al médico?

- ☐ Son muy costosos
- ☐ Me discriminan
- ☐ El servicio es malo
- ☐ Me quedan muy lejos
- ☐ No hay servicios médicos de calidad
- ☐ No sé a dónde puedo acudir
- ☐ Creo que no necesito ir al médico
- ☐ Me enfermo poco
- ☐ Otro (especifique)



19. En su vida diaria tiene limitaciones para realizar estas actividades:

- ☐ Caminar, moverse, subir o bajar
- ☐ Ver, aun usando lentes
- ☐ Hablar, comunicarse o conversar
- ☐ Oír, aun usando aparato auditivo
- ☐ Vestirse bañarse o comer
- ☐ Poner atención o aprender cosas sencillas
- ☐ Ninguna

20. Existen establecimientos públicos de salud adecuados para atender a personas LGBT:

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

21. ¿Con qué frecuencia el personal médico o de enfermería está capacitado para atender personas LGBT?

- ☐ Demasiadas veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Suficientes veces
- ☐ Pocas veces
- ☐ Ninguna vez

22. En los servicios de salud o cuando va al médico le han dado información sobre enfermedades asociadas con ser persona LGBT:

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

23. La información con la que cuenta sobre enfermedades o padecimientos de salud relacionados con su orientación sexual o identidad de género es:

- ☐ Muy adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Nada adecuada
- ☐ No cuenta con información

24. ¿Acudió a servicios de salud público para su proceso de reasignación sexo genérica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No aplica (No es persona trans)

25. ¿Le han negado medicamentos o procedimientos relacionados con su proceso de reasignación sexo genérica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No aplica (no es persona trans)

26. ¿Ha manifestado su orientación sexual o identidad de género en los servicios de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

27. La razón principal para no decir su orientación sexual fue por qué:

- ☐ Sentí poco miedo
- ☐ Sentí algo de miedo
- ☐ Sentí miedo
- ☐ Sentí mucho miedo
- ☐ Otro (especifique)



28. ¿Le negaron la posibilidad de afiliarse al sistema de salud o usar los servicios de salud por ser LGBT?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No Aplica (no he intentado afiliarme a un sistema de salud)

29. En caso de requerirlo, ha podido estar acompañada o acompañado por su pareja en los servicios de salud:

- ☐ No lo he requerido
- ☐ Lo he requerido y pude estar con mi pareja
- ☐ Lo he requerido y me impidieron estar con mi pareja
- ☐ Lo he requerido pero preferí estar con otro familiar o amigo/amiga

30. ¿Considera que los servicios de salud se brindan con calidad a personas LGBT?

31. ¿Alguna vez sumédicosenegóodejódeatenerleporserpersonaLGBT?

32. ¿Le han obligado a recibir tratamiento o a realizarse procedimientos relacionados con su condición LGBT que valoró como innecesarios o excesivos?

33. ¿Durante la atención médica le recomendaron o sugirieron ocultar su orientación sexual o identidad de género?

34. ¿Le han negado servicios de salud argumentado que no atienden personas LGBT?

35. ¿Durante la atención médica hicieron comentarios peyorativos o discriminatorios sobre su orientación sexual o identidad de género?

36. alguna de las siguientes personas LGBT que conoce ha sido víctima de discriminación en los espacios de salud por ser persona LGBT:

37. alguna de las personas anteriores está a su cargo (económicamente, bajo su cuidado):

- ☐ Si
- ☐ No

IX. Referencias

- Agresiones contra personas defensoras de derechos humanos en la Ciudad de México durante 2017. Texto realizado por Claudia Ordoñez Viquez, relatora por el Derecho a Defender los Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). Disponible en: https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2018/01/dfensor_01_2018.pdf
- Barreto, I., Sandoval, M., & Cortés, O. F. (2010). Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 6(1).
- Bauer, G.R., Hammond, R. Travers, R. Kaay, M., Hohenadel, K. & Boyce, M. (2009). I don't think this is theoretical; this is our lives: How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20 (5), 348-361.
- Cabral, Mauro. Entrevista con Gabriel Benzur. Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad, 2005. *Cad. Pagu*, no.24 Campinas. Junio de 2005.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Relatoría de los Derechos de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. (2014). *Una Mirada a la violencia contra personas LGBTI*. Un Registro que documenta actos de violencia entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de marzo de 2014. Anexo Comunicado de prensa 153/14. Washington 17 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/Anexo-Registro-Violencia-LGBTI.pdf>, página consultada el 14 de octubre de 2014.



- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- Comisión Internacional de Juristas, Orientación Sexual e Identidad de Género y Derecho Internacional de los Derechos Humanos, Guía para Profesionales No. 4, 2009, págs. 132-133. Citado en: Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015) *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. OEA/Ser. L/V/II.Doc. 36.
- Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2010). *Informe Relator Especial Anand Grover sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. A/HRC/14/20.27.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2010). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accssoo2.pdf>. Página consultada el 14 de octubre de 2015.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2014). *Programa Nacional para la igualdad y no discriminación 2014 – 2018*. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343069&fecha=30/04/2014&print=true. Página consultada el 14 de octubre de 2015, pp. 8.
- Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1OBYvADFhGbcNKwvYcgohMC3yMFLk3Qkh/view>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 10 de junio de 2011. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
- Criminalización de la labor de las defensoras y los defensores de derechos humanos / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. v.; cm. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L) ISBN 978-0-8270-6529-1. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/criminalizacion2016.pdf>
- Crenshaw, K. W. (2014). The structural and political dimensions of intersectional oppression. *Intersectionality: A foundations and frontiers reader*, 17-22.
- Cubillos-Almendra, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora, Revista internacional de ética y política*, (7), 119-137.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

- De Keijzer, B. (2003). *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, 137-152.
- ENADIS, 2017 (Encuesta Nacional sobre Discriminación). Comunicado de prensa núm. 346/18. 6 de Agosto de 2018. Página 1/3. Disponible en: www.beta.inegi.org.mx
- Gil-Borelli, C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J. & Latasa, P. (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.
- Grupo de Expertos. (2007). Principios de Yogyakarta: *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Marzo de 2007. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>, página consultada el 18 de Julio de 2018, pp. 6.
- Guzmán, R. (2015). *El paradigma interseccional: rutas teórico-metodológicas para el análisis de las desigualdades de género*. Traslaciones En Los Estudios Feministas, 28. Granada, España: Perséfone Ediciones Electrónicas de la AEHM/UMA.
- Informe sobre Violencia contra las Lesbianas, los Gays y las Personas Trans, Bisexuales e Intersex en México. ASILEGAL (Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C.). Octubre, 2013. Disponible en: <https://redtdt.org.mx/wp-content/uploads/2014/08/informe-LGBTITI-Copy.pdf>
- Informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. v.; cm. (OEA documentos oficiales; OEA/Ser.L) ISBN 978 0 8270 5742 5 <https://www.oas.org/es/cidh/defensores/docs/pdf/defensores2011.pdf>
- Informe que presenta la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) con motivo de la visita del relator para México de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Disponible en: <http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-de-derechos-humanos.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Características educativas de la población en México. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/educacion/>. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Características educativas de la población en México. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/educacion/>.



- Lasso Baez, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-género. *CES Psicología*, 7 (2), 108-125.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Diario Oficial de la Federación, 11 de junio de 2003. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Mejía, A. & Benavides, L.F. (2016). *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.*, Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., Secretaria de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBTI_2008.pdf
- OECD (2018), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 November 2018) <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2006) *Defining Sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health*. Génova: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://goo.gl/ZrU46t>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. Documento de exposición de conceptos. CD52/18. 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34220/CE16o-INF-8-D-s.pdf?sequence=14&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud y derechos humanos*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- Ortiz-Hernández, L., & García Torres, M. I. (2005). *Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México*. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 913-925.
- Preámbulo de la Constitución de la Organización mundial para la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Principios de Yogyakarta. *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género*, 2006, pág. 6 nota al pie 1.

- Rocha-Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537-544. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2012). *Los derechos humanos en acción: Operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*. FLACSO. México, pp.84.
- Secretaría de Salud (2017). *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas*. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/protocolo-para-el-acceso-sin-discriminacion-a-la-prestacion-de-servicios-de-atencion-medica-de-las-personas>
- Schenck, M (2018). Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico. *Revista de la Facultad de Derecho*, 45, e20184512
- Valencia Toledano, J., & Romero Hernández, R. (2017). Las lesbianas en México continúan invisibilizadas en las políticas públicas. *El Cotidiano*, 202, 85-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32550024008.pdf>
- Vargas, P.E. (2017). Determinantes sociales de la salud de las personas LGBT. *Pediatría Panamá*, 46(2), 145-147.
- Velázquez-Ramírez, L. (2018). Los derechos de las lesbianas, gays, bisexuales y transgénero desde la perspectiva de Amnistía Internacional. Informe Anual 2017/18. *La situación de los Derechos Humanos en el mundo*, p.p.17 Disponible en: <https://crm.es.amnesty.org/sites/default/files/civicrm/persist/contribute/files/Informeannual2018air201718-spanish%20web.pdf>
- Yañez, L. J. (2015). La población bisexual y sus derechos en la ciudad de México. *Defensor*, 48-53. Disponible en: http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1650/1/numero_o3_2015_8.pdf
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R., & Moschella, R. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA: Obstáculos y resistencias. *Anuario de investigaciones*, 17, 267-275.





CEAV
COMISIÓN EJECUTIVA
DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS



“Esta publicación fue realizada gracias al servicio de asesoría para integrar informes especializados a nivel estatal y nacional sobre los contextos institucionales de victimización y discriminación basados en la orientación sexual, identidad y expresión de género de la población LGBT. Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.”