



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿CUMPLE NUESTRO SISTEMA DE SALUD Y SUS PROFESIONALES CON EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS LGTBQI?

Miriam Alarcón Torres

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2019-20

¿CUMPLE NUESTRO SISTEMA DE SALUD Y SUS PROFESIONALES CON EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS LGTBQI?

Miriam Alarcón Torres

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2019-20

Palabras clave del trabajo:

Personas LGBTIQ, Sistema Sanitario, Personal Sanitario

Nombre Tutora del Trabajo Margalida Miró Bonet

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autora		Tutora	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Objetivos del trabajo	11
Estrategia de búsqueda bibliográfica	11
Resultados de la búsqueda bibliografía literatura	11
Discusión	12
Conclusion	23
Bibliografía	24
Anexo I	26
Anexo II	28
Anexo III	38

Resumen

- **Introducción**

El colectivo LGBTQI ha sufrido durante la historia multitud de formas de discriminación y patologización en muchos ámbitos. Esta discriminación provoca el estrés de minorías y múltiples barreras en un sistema que no las contempla, un sistema cisheteronormativo. Todo esto tiene unos efectos negativos en la salud de las personas del colectivo, y especialmente en su salud mental. Dentro del sistema sanitario encontramos barreras en todas las dimensiones del derecho a la salud.

- **Objetivos**

Explorar la evidencia científica sobre la atención sanitaria a personas no cisheteronormativas desde la descripción de sus experiencias y necesidades para identificar los aspectos a mejorar y poder ofrecer una atención de calidad.

- **Estrategia de búsqueda y resultados**

Se realiza una búsqueda bibliografía en PubMed y Cochrane en base a las palabras clave; personas LGBTQI, sistema sanitario y personal sanitario. Se obtiene 1059 artículos, se realiza lectura completa de 47 y se incluyen 25 artículos.

- **Discusión**

Para las personas LGBTQI estas barreras son formas de discriminación por parte del sistema sanitario; invisibilización, patologización, faltas de respeto y de habilidades para cuidar de su salud, entornos y lenguaje no inclusivos, etc. Estas situaciones las podemos encontrar en todos los ámbitos del sistema sanitario y por parte de todos los profesionales.

Una buena formación del personal sanitario y no sanitario y un cambio en el sistema y sus valores son clave para hacer frente a las disparidades de salud del colectivo LGBTQI. Competencia cultural, sensibilización propia y social, competencias y habilidades clínicas son la base para un personal sanitario competente. Además de ofrecer un sistema menos normativo y orientado a alcanzar el máximo nivel de salud.

- **Conclusión**

El sistema sanitario tiene un papel imprescindible para acabar con las disparidades en salud del colectivo LGBTQI. La formación del personal y una deconstrucción del sistema es imprescindible para acabar con la norma y poder abrazar la diversidad. Y esto va más allá del sistema sanitario y del colectivo LGBTQI. Las normas afectan a todas las personas y el sistema sanitario no es lo único que crea disparidades, la salud no se acaba en el sistema sanitario.

Abstract in english in Anexo I.

Introducción

Disforias institucionales (...)

(...) algo que sucede fácilmente con las instituciones: imponen un formato, un marco metodológico, y este condiciona lo que miramos y lo que no, lo que tenemos en cuenta, lo que hacemos...es decir, los marcos también son políticos, y cuando vienen impuestos, en general, reproducen el sistema que los alimenta.
(...)

En relación a las “instituciones”, nos referíamos a las organizaciones que tienen la capacidad y el objetivo de normalizar los comportamientos en sociedad y hacerse cargo de la disidencia.(1)

¿Se basan los valores de una sociedad en sus leyes o son las leyes las que dejan ver las grietas de una parte de la sociedad? ¿O nos muestran el camino que aún queda por recorrer? Echando la vista atrás vemos los errores que hemos cometido y a la vez vemos que, en algunos casos hemos aprendido, rectificado y avanzado. ¿Cuáles serán los próximos cambios? ¿qué podemos aprender del ahora?

Las políticas y leyes se usan para construir una sociedad más inclusiva, no violenta y que respete la diversidad humana, pero a la vez la necesidad de estas leyes nos dice que esto no es así, que no se respeta la diversidad (2).

Histórica y actualmente la comunidad LGBTIQ (glosario para este y otros términos en el Anexo III) se enfrenta a barreras sociales y legales hacia su dignidad y libertad (3). Hace poco más de 40 años en España se suprime por Real Decreto Ley la homosexualidad de la lista de la Ley de Peligrosidad Social aprobada en 1970 y que sustituía a la Ley de Vagos y Maleantes del año 1933 por la cual se incluía a las personas homosexuales como sujetos peligrosos. Estos sujetos peligrosos eran internados en centros de reeducación-rehabilitación social, con aplicación de todo tipo de prácticas aversivas. Las mujeres eran enviadas a casas de monjas o centros psiquiátricos, ya que no estaban reflejadas en la Ley de Vagos y Maleantes. No es hasta 1995 cuando esta ley es derogada completamente y ese mismo año se incluye por primera vez en el código penal la homofobia como delito, de esto hace 25 años, los JJOO de Barcelona 92 ya se habían celebrado (4).

Unos años antes, en 1983 se despenaliza la cirugía transexual, hasta entonces considerada delito y que podía suponer prisión para el cirujano. El 12 de septiembre de 1989, la

Resolución del Parlamento Europeo sobre discriminación de personas transexuales regula el derecho de transexuales a la reasignación de género y la prohibición de la discriminación. El vacío legal del estado español dificulta la solución de los problemas de personas presas transexuales y de otros conflictos cotidianos. En 1995 el Real Decreto 63/1995 sobre prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud excluye explícitamente la cirugía de “reasignación de sexo” salvo “intersexuales patológicos”. En 1999 Andalucía es la primera CCAA que la incluye (4). A día de hoy aún no existe una ley estatal LGBTIQ y es uno de los reclamos actuales del colectivo. Tampoco podemos olvidar que aún quedan países donde la disidencia sexual y/o de género está penada con cárcel o incluso con pena de muerte.

El mundo de la salud también refleja esta discriminación. En cuanto a la homosexualidad, en 1952 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) la incluye dentro del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), en la categoría de trastornos de la personalidad sociópata y comunica la condición de enfermas y peligrosas a personas lesbianas, gais y bisexuales. En 1973 es descalificada como trastorno mental y pasa a ser una “perturbación de la orientación sexual”. Este cambio de nombre no deslegitima las llamadas prácticas de conversión sexual, entre las que encontramos electroshocks, lobotomías frontales o la castración química. Finalmente, en el año 1987 el diagnóstico de homosexualidad fue eliminado por completo del DSM. La OMS lo hace tres años después (5).

En relación a la transexualidad, en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la OMS en mayo de 2019 las categorías relacionadas con las personas trans fueron eliminadas del capítulo de Trastornos mentales y del Comportamiento. Siguen presente en el CIE la incongruencia de género y la incongruencia de género en la infancia.

En el DSM la transexualidad fue incluida en 1980 como un trastorno en la identidad de género. En la última publicación del DSM en 2013 se cambia la categoría diagnóstica y se renombra a disforia de género. El propósito de este cambio de nombre es transmitir la idea de que las personas trans no sufren una enfermedad mental. Para la comunidad LGBT y aliadas esto sigue reforzando la idea que sufren una enfermedad mental (5) y esto a la vez refuerza el estigma y discriminación que sufren. En palabras de la filósofa Judith Butler, “ser diagnosticado de trastorno de la identidad de género es establecer, de

alguna manera, que estas enfermo, defectuoso, fuera de servicio, de lo normal, y de sufrir una estigmatización como consecuencia del diagnóstico”. Desde estudios trans se critica el poder de la medicina para establecer qué es normal y qué no y a partir de esto crear jerarquizaciones de la diversidad. Esta patologización refuerza el prejuicio y estigma que sufren estas personas por el hecho de ser trans, y que afecta directamente a su salud (6). Con la eliminación de la homosexualidad del DSM se pudieron ver importantes cambios sociales. El mundo sanitario fue gradualmente abandonando el debate sobre la homosexualidad y con esto el ámbito político, instituciones gubernamentales, educación, medios de comunicación, etc. se fueron quedando sin argumentos científicos para la discriminación (5). El estigma social, los prejuicios y la discriminación tienen efectos en la salud, en la salud física y especialmente en la salud mental. Esto se ha descrito bajo el término estrés de minorías, que se define como el exceso de estrés y/o estrés crónico sufrido a causa de la estigmatización hacia un grupo de individuos o “categoría social” (7). Algunas causas pueden ser el estigma interiorizado, los eventos de discriminación y el miedo a estos que pueden llevar al rechazo (8). No podemos olvidar que lo que crea este estrés y las disparidades en la salud es la discriminación, no la identidad o “categoría social”. De esto nos habla la interseccionalidad, teoría atribuida a la jurista y activista afroamericana Kimberlé Williams Crenshaw que se empezó a elaborar entre los años 60 y 70 en el movimiento feminista multirracial. Esta nos dice que una persona puede verse oprimida, dominada y discriminada por más de una identidad a la vez y que estas a su vez se refuerzan mutuamente (9). Además de ser una construcción social y no una realidad, creamos las categorías y las jerarquizamos.

Esta estigmatización histórica tiene consecuencias en el presente y así lo reflejan las disparidades de salud basadas en la orientación sexual (OS) y la identidad de género (IG). En 2015 la ONU reconoció que la discriminación de las personas LGBT es una amenaza directa para la salud y el bienestar (8). Como escape para manejar o soportar el estrés provocado por la discriminación (el antes mencionado estrés de minorías) las personas LGBT a veces recurren a conductas de afrontamiento poco saludables. Se ha evidenciado que las personas LGBT presentan tasas más altas en consumo de alcohol y drogas y tasas más altas de depresión, ansiedad e ideas e intentos suicidas (8) (5). También encontramos diferencias dentro de la comunidad. Se ha evidenciado que las disparidades en salud mental y la falta de vivienda, pobreza y subempleo son mayores en las personas trans que

en las cis (10,11), y que encontramos una mayor prevalencia de VIH (también el infradiagnosticado) y trabajo sexual en mujeres trans (12).

Además, podemos encontrar la discriminación y el estigma en todas las etapas y entornos de la persona, afectando a todas sus dimensiones y sumándole la complejidad de sus interrelaciones. Encontramos por ejemplo tasas más altas de violencia (8,12) y acoso escolar y laboral o problemas psicosociales como el rechazo familiar y el aislamiento (5). También se ve afectado el derecho a la salud. Este incluye cuatro elementos interrelacionados; la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. La disponibilidad se refiere a que haya suficientes centros de salud, bienes y servicios, y que estos estén disponibles para todo el mundo se refiere a la accesibilidad. La aceptabilidad nos dice que estos deben ser cultural y éticamente apropiados y estar diseñados para mejorar la salud de las personas. Por último, la calidad es que estos medios sean científicamente apropiados, que se podría traducir en una práctica basada en la evidencia (6). ¿Cumple nuestro sistema de salud y sus profesionales con el derecho a la salud de las personas LGTBQI? ¿Tenemos los conocimientos suficientes para ello? ¿Existe suficiente evidencia? ¿Es nuestro sistema sanitario parte de la solución o parte del problema? Sabemos por ejemplo que muchas personas LGTBQI no revelan su OS y/o IG por miedo a la discriminación limitando así la información del personal sanitario para atender sus posibles problemas de salud y factores de riesgo (8). Pero, ¿quién provoca ese miedo? ¿Esta fundado en algo o es algo subjetivo? ¿Y la revelación de la OS/IG siempre supone una atención de calidad?

La proximidad de algunas leyes da qué pensar. Da que pensar también las leyes actuales. Y da más que pensar que estas leyes sean muy necesarias. Algunos aspectos existen solo o mayoritariamente sobre el papel. Son leyes a medias, leyes sobre papel, y aspectos que ni el papel refleja. Es momento quizás de mirar atrás, mirar dónde estamos ahora y sobre todo mirar a las personas que siguen bajo el amparo (o desamparo) de estas leyes para poder imaginar y construir un futuro más respetuoso.

Objetivos del trabajo

Objetivo general. Explorar la evidencia científica sobre la atención sanitaria a personas no cisheteronormativas (comunidad LGBTQI).

Objetivos específicos.

- Describir las experiencias y necesidades de las personas LGBTQI en la atención recibida en el sistema sanitario.
- Identificar mejoras en la formación, las prácticas y el sistema para poder ofrecer una atención de calidad a las personas LGBTQI.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

A partir de los objetivos se establecen las siguientes palabras clave: personas no normativas/LGTBIQ, experiencia, necesidades y atención en el sistema sanitario. A partir de estas palabras obtenemos los siguientes tesauros: en DeCS Sexual and gender minorities y Health care sector; y en MeSH Sexual and gender minorities, Health services, Health services needs and demand y Delivery of health care. Las búsquedas se realizaron en el metabuscador PubMed y la base de datos de revisiones sistemáticas Cochrane. Todas las búsquedas se acotaron a los últimos 5 años.

Para los criterios de inclusión atendemos a los objetivos. Estudios que recojan la experiencia y valoraciones de personas LGBTIQ en el sistema sanitario, la formación del personal sanitario en temática LGBTIQ, disparidades en salud, estrategias de inclusión, legislación y políticas.

Como criterios de exclusión atendemos a la presencia o no de la persona, es decir, sus experiencias, vivencias, y lo que el personal sanitario debe saber, atender, etc. para que la persona sienta que ha recibido una atención de calidad. Por esto excluimos artículos con un enfoque exclusivamente clínico a tratamientos, cirugías, etc. A la vez nos encontramos con la dificultad de que hacer una separación total de estas dos ideas resulta algunas veces tedioso.

Resultados de la búsqueda bibliográfica literatura

Se realizaron varias búsquedas entre febrero y marzo de 2020 de las que se obtuvieron 47 artículos para lectura completa. Tras la lectura completa se descartaron 13. Los principales criterios de exclusión fueron enfoques muy clínicos. Se realizó una segunda

lectura y análisis de los 34 artículos enfocándonos en los objetivos específicos y se descartaron 9 al no aportar información distinta al resto. Con esto finalizamos la búsqueda con 25 artículos publicados entre 2015 y 2019; 15 en EEUU, 3 en España, 2 en Canadá y uno en Finlandia, Australia, Suecia, Brasil y Alemania.

En todos los artículos encontramos aspectos para desarrollar todos los objetivos.

En el Anexo II se muestran las principales características de los artículos incluidos en la revisión (Tabla 1), un resumen de estos (Tabla 2) y el diagrama de flujo (Tabla 3).

Discusión

Disforias institucionales (1).

Un conflicto que nos ha desestructurado y nos ha hecho crecer a partes iguales. Y, aunque es cierto que hay cosas que hasta que no se confrontan no se mueven, cierto es también que estaría bien no tener que pasar siempre por el conflicto para crecer juntas.

1. Las personas, experiencias y necesidades LGBTIQ en el sistema sanitario

La comunidad LGTBIQ comparte problemas y necesidades. La mayoría de problemas atienden a un factor, lo “normal”. Vivir en una cultura cisheteronormativa tiene sus consecuencias, invisibles para algunos y muy tangibles para otros. El sistema sanitario y la formación de sus profesionales también se empapa de esta cultura. Es por esto que la investigación que recoge las experiencias y necesidades de quien siente la opresión de estas normas se vuelve una herramienta fundamental en la deconstrucción de un sistema sanitario que desee ser inclusivo y respetuoso, o que simplemente cumpla el derecho a la salud de todas las personas (2).

“(…) me preguntó si tenía novio. Cuando le dije que no, simplemente dijo que, en ese caso, no hacía falta que me diese consejo sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual. En ese momento yo estaba saliendo con una chica.” (13)

La heteronormatividad por parte del personal sanitario y en el material escrito para educación sanitaria es un continuo de la bibliografía revisada. Se describen casos que tras haber dicho su OS se les ha dado consejo como si fuesen heterosexuales o pruebas que no correspondían, como la de embarazo. Esto último es percibido como ofensivo y desagradable y una muestra de no querer o poder afrontar la situación y simplemente seguir como si nada. Algunas personas optan por corregir las suposiciones heterosexuales

del personal sanitario, aunque sienten que este no es su deber como pacientes. El miedo y la preocupación por tener que revelar su OS también está presente. Refieren miedo a ser tratadas como enfermas, pervertidas o que su OS es fruto de un trauma infantil, especialmente en servicios de salud mental. Esto es síntoma de que algunos estereotipos siguen vigentes entre el personal sanitario (13,14).

Esta patologización también ocurre y se acentúa en personas trans. Aquí las preguntas también adquieren un carácter patologizador y muchas veces van más ligadas a la curiosidad del personal que a la asistencia. La curiosidad patologizadora es sentida como una falta de educación, conocimiento y experiencia del personal sanitario. A parte de la heteronormatividad, las personas trans tiene que lidiar con las cisnormatividad (11).

“Reaccionó con sorpresa cuando le dije que me identificaba como queer (...). El médico me misgendering repetidamente con su compañero mientras yo estaba presente.” (11)

“Tras escuchar varios sermones sobre no utilizar métodos anticonceptivos, en estas situaciones he optado por revelar mi OS.” (13)

Este miedo por revelar la OS a veces las lleva a no revelarla a pesar de ser conscientes de que es fundamental para recibir, en principio, una buena atención. Se crea así un obstáculo al acceso a la atención sanitaria integral (13). Revelar la OS y/o IG (dentro y fuera del sistema sanitario) se ha identificado como un factor protector y que disminuye el estrés al no tener que ocultarse. Es paradójico que en algunas situaciones el estrés provocado por la discriminación recibida es mayor que el de tener que ocultarlo (14).

“Tuve que buscar la información por mí misma porque el personal sanitario no fue capaz de ofrecerme la información que necesitaba en relación con la prevención de ETS.” (13).

“Me dijo que estoy confundido, que lo que tengo es un trastorno.” (11).

Otras veces, al revelarlo la respuesta del personal sanitario no genera confianza en lxs pacientes al mostrarse inquietos, incómodos o extremadamente tranquilos. Esto y la patologización es percibida como una actitud homofoba y/o transfoba (11), igual que las preguntas irrelevantes, entrometidas y patologizadoras sobre su OS o IG.

“En muchas ocasiones me he planteado si vale la pena revelar mi OS.” (13).

Revelar la OS o la IG tampoco es garantía de recibir una atención de calidad. Sienten que el personal sanitario no tiene suficiente conocimiento, comprensión y experiencia en el trato de la salud sexual no heterosexual (13) y en la salud de persona trans (11). Refieren por ejemplo menosprecio al pedir pruebas para ETS en el caso de mujeres LB o comentarios fuera de lugar en momentos de vulnerabilidad a personas trans. Las experiencias desagradables con el sistema sanitario pueden tener consecuencias negativas en su uso. Tanto las propias experiencias negativas, como las de personas de su confianza pueden hacer que no vuelvan a utilizar los servicios si no es urgente o la confianza en el personal sanitario se vea menguada. Algunas personas sienten que son la primera persona no heterosexual con la que trata el personal sanitario, y se ven forzadas a explicar y repetir su estilo de vida (13). Otro aspecto muy recurrente es el deseo de que el PS utilice un lenguaje respetuoso hacia la diversidad de género. Utilizar un lenguaje de género neutro, los pronombres o nombre que la persona quiere que se utilicen y lo mismo para zonas anatómicas (11).

“Al comienzo de una cita ginecológica, es adecuado que se pida el género de la pareja.”
(13)

También encontramos experiencias positivas. Personal sanitario que tiene una respuesta neutra o sin cambios tras la revelación de la OS y/o IG y que utiliza términos de género neutro y/o preguntas abiertas (11,13) y que en el caso de personas trans se les pregunta por el pronombre que prefieren o su nombre sentido en caso de que sea necesario porque no aparece aún en el sistema (11). Estos casos los nombran como “visitas neutras”. Algunas personas sienten que, excepto cuando es una visita ginecológica, no es significativo revelar su OS. Pero manifiestan que prefieren que se les pregunte antes de que el personal sanitario haga sus propias suposiciones (13).

Otro tema recurrente es el papel de educadores de los pacientes hacia el personal sanitario, especialmente en personas trans. Sienten que es una prueba más de la falta de conocimientos que tienen y que a veces les resulta una carga añadida (11).

Las personas mayores LGBTIQ mantienen las disparidades en salud además de presentar unas necesidades de salud únicas. Las personas LGBT tienen el doble de probabilidades

de vivir solas y de no tener pareja ni hijas/es/os. Las redes de cuidado y apoyo cambian significativamente. En esta población es habitual la ausencia de parientes como apoyo y cobran mayor peso la “familia elegida”, personas sin parentesco biológico o legal pero emocionalmente muy importantes. Por otra parte, en esta población es más habitual que se adopte el rol de cuidador/a/e de algún familiar o amiga/e/o en comparación con los hombres no LGBT (15).

Dentro de residencias se repiten algunas experiencias de la asistencia sanitaria. No relevar la OS y/o IG por miedo a la discriminación y la falta de sensibilización y formación del personal. A esto hay que añadirle la convivencia con el resto de residentes de los que también reciben discriminación. Con todo esto muchas/os/es mayores LGBTQI acaban por “volver al armario”. Este ambiente discriminatorio puede afectar a la persona en la comunicación con su comunidad LGBT. Algunas/es/os residentes cuentan que antes de ingresar cortan la comunicación con su comunidad por miedo a que a través de las visitas el resto de residentes se enteren de su OS o ID. Otras veces la discriminación que sufre la persona se reproduce en sus visitas. Esto puede suponer el aislamiento del exterior de las personas LGBTIQ que viven en residencias (16).

“Cuando caminaba por la sala de estar para llegar a la habitación [de mi amigo] todos los residentes me insultaban. Pensé, es como volver a estar en el patio del colegio. Me hizo darme cuenta de que lo residentes también necesitan sensibilización.” (16).

Respecto a la salud reproductiva, la cisheteronormatividad reaparece. Les participantes de este estudio se sintieron invisibles cuando el personal sanitario daba por hecho su OS y/o IG. Y se sintieron excluidos de la atención al no verse reflejados en el lenguaje, ni verbal ni en formas escritas. Por ejemplo, cuestionarios donde solo aparecía la opción de madre para la persona embarazada. Además de tener necesidades y preocupaciones distintas y añadidas a las parejas hetero y cis, tanto en aspectos reproductivos como legales (17).

También reaparecen las expectativas negativas, el miedo a la discriminación y a ser interrogados antes y durante las visitas. Algunas estrategias de afrontamiento fueron ocultar su OS y/o IG y buscar la información y/o apoyo que no habían obtenido en internet, redes sociales y amigas/es/os. En las clases de educación para padres, a parte de la cisheteronorma, cuentan que se reprodujeron estereotipos alrededor del sexo biológico (macho/hembra) y del género (18).

“(…) No soy el hombre que crees que soy; es lamentable ser reducido a eso, ya que una parte importante de mi sexualidad es deconstruir la masculinidad. (…)” (18).

También nos volvemos a encontrar con la falta de conocimientos LGTBIQ por parte del PS. Describen estos momentos como molestos y agotadores. También se vieron obligadxs a tener que educar al personal sanitario sobre temas LGTBQI, lo que les resulta irónico y frustrante. Se repiten las preguntas irrelevantes sobre, por ejemplo, su transición o relaciones anteriores. Una persona trans en una clase de educación para padres/madres tuvo que explicar:

“(…) no ató cabos, y pensó que solo la pareja podía ser trans (…) y le dije “ya sabes, la esterilización está prohibida desde 2013, por supuesto una persona trans puede quedarse embarazada.” (18).

La mayoría de las personas entrevistadas se sintieron en general satisfechas con los cuidados. Los valoran como de alta calidad, pero sin olvidar las experiencias negativas. Valoran muy positivamente los casos de PS formado y con experiencia LGTBIQ y cuando estos lo reflejan en el lenguaje, les preguntan por preferencias de pronombres, los términos que utilizan para las partes del cuerpo y hacia su persona como papa/mama (además del registro para no tener que volverlo a explicar) y material LGBTIQ en el entorno, como por ejemplo algún cartel de alguna familia LGBTIQ o el uso de lenguaje neutro en los formularios. Aprecian también cuando el PS hace esfuerzos por cambiar y mejorar su enfoque y ser un mejor apoyo (18).

“(…) es también absurdo tener que agradecer pequeños favores, incluso que no te cuestionen.” (18).

Cada transición debe ser un traje a medida.

Cualquier persona trans es válida y cualquier transición es válida siempre y cuando sea
la transición que tú quieres para ti.

Elsa Ruiz.

Dentro de la comunidad LGBTIQ existen distintas situaciones y necesidades. Las personas trans presentan mayores tasas de factores de riesgo y mayores disparidades en salud. Además, aún dependen de un diagnóstico médico para poder recibir atención especializada, es de hecho una de sus reivindicaciones, la despatologización de las identidades trans, especialmente en la infancia. Está evidenciado que la patologización de la diversidad de género es infundada, discriminatoria y sin utilidad clínica demostrable (3). Tener que convencer al PS de su identidad trans y que esta se ajuste a lo que establece la medicina que es ser trans para poder así recibir asistencia especializada es lo que conlleva la patologización, entre otras cosas (19). Esto lleva a algunas personas a comprar hormonas a través de internet y a que no reciban la atención especializada que necesitan por no ajustarse a lo que dice la medicina que es ser trans, su palabra no es suficiente para el sistema sanitario. Se ha evidenciado que el proceso de transición reduce la idea y los intentos suicidas y que mejora la calidad de vida y la salud mental (6). De hecho, una de las demandas es la atención temprana cuando la persona presenta altos niveles de disforia (19).

“La terapia de reemplazo hormonal, la gineoplastia, la cirugía de feminización facial, la mamoplastia, no son procedimientos estéticos. Son medicina. Salvan vidas. Si una persona solicita una transición médica, es porque ya está sufriendo daños, y estas son las cosas que pueden aliviarla.” (11).

Entre las personas trans existe una gran variabilidad de lo que supone un “tratamiento médico completo”. Puede haber personas que solo se hormonan, personas que pasen por quirófano y personas que no deseen nada. Es por esto que la atención individualizada es valorada como muy importante para las personas trans (19). Refieren como positivo cuando el PS les explica las posibilidades que les ofrece el sistema sanitario y les ayudan a como “navegar” por él, sin imponer ni suponer nada (11).

Los principales temores de las personas trans cuando van a recibir asistencia para su transición es el miedo a la patologización por parte del PS y la falta de consideración a las necesidades individuales en relación con los procedimientos. En el estudio destacan la provisión de un espacio seguro, PS experimentado y competente, tratamiento integral y aspectos de organización como principales aspectos por los cuales utilizan centros especializados. Debido al temor a un aumento de la exclusión social y una segregación de las personas trans, varies participantes se opusieron a PS trans específico en la atención sanitaria general (no relacionado con la transición), aun siendo conscientes de que falta formación trans en este ámbito.

Valoran la disponibilidad de servicios de cuidado a la salud mental y personas de contacto regular para retroalimentación, tanto antes como durante y después del proceso. También se posicionaron muy a favor de grupos de apoyo con personas trans que ya han pasado el proceso, para hacer frente al estrés asociado y para el intercambio de experiencias. Frente a la investigación, la mayoría se muestra favorable pero un porcentaje recalcó la importancia de que la investigación no se utilice para cimentar la patologización de las identidades trans con fines económicos (19).

Una peculiaridad de las personas trans es que su paso por los servicios de salud especializados puede ocurrir durante la adolescencia o antes, por tanto, para recibir una atención integral la familia debe formar parte del plan de cuidados (20).

Muchas de las familias carecen de información cuando se enteran de que alguien de su familia es trans y refieren que no hay suficientes recursos e información para su rol como familiar. La falta de conocimientos sobre el proceso trans añade complejidad a la situación al no poder entender e identificar por lo que está pasando su hija/o/e.

El PS pueden tener un papel positivo o negativo en función del nivel de formación del que disponga. Valoran de forma positiva el PS con formación trans, que presente una actitud abierta y que no intenten “arreglar” la IG si no que la refuercen y les den estrategias para gestionar la situación. Algunas familias manifiestan la dificultad para encontrar PS formado que no les dé información errónea o consideren ser trans una patología.

“Hice toda la investigación y me sentí preparada para enfrentar al mundo, explicarle y defender a mi hija” (20).

2. ¿Y ahora qué? ¿Qué debemos mejorar?

Después de haber dado una pincelada de lo que experimentan y reclaman las personas LGBTQI podemos hacer un repaso de cómo podemos hacer un sistema sanitario más inclusivo, respetuoso y no normativo. Un sistema y un personal sanitario (PS) (y no sanitario) que no reproduzcan la discriminación, la opresión y la violencia del entorno (9).

Ya hay evidencia que pone sobre la mesa que las personas LGBTQI presentan disparidades en salud en todos los niveles (5,6) y especialmente en salud mental y en mayor medida las personas trans (5). Otro aspecto que agrava las disparidades es la falta de investigación sobre la salud de las personas LGBTQI, tanto en la situación como en la forma en que se deben abordar dichas disparidades. Sí que encontramos estudios que nos muestran que las personas LGTBQI tienen diferentes necesidades en comparación con las personas hetero/cis, pero aún queda el cómo el sistema de salud va a abordar dichas diferencias, cómo la teoría pasa a la práctica (5).

Una demanda habitual era la de un lenguaje que refleje que el PS y el sistema reconocen e incluyen a las diversidades de OS e IG. Para ello se debe partir de la base, de comprender y conocer las palabras que atraviesan a las personas. Una conclusión común a casi toda la bibliografía revisada es la necesidad de formación del PS (y en algunos casos de todo el personal de los centros sanitarios). La falta de competencia del PS y la de investigación ha sido identificada como uno de los principales obstáculos estructurales que contribuyen directamente a las desigualdades en salud de las personas LGBTQI (5,8). Sin formación se obstaculiza la capacidad del PS para desarrollar una comprensión de las necesidades de las personas LGBTQI (21) y no hacer frente así a las disparidades psicosociales y de salud a las que se enfrentan (5). Se recomienda incluir los siguientes aspectos:

- Toma de consciencia de los sesgos, prejuicios y estigma de la sociedad y personales (5).

Los sesgos, también llamados estereotipos negativos del PS pueden contribuir a la discriminación dentro de la atención sanitaria y por tanto a las disparidades en salud al impactar negativamente en las interacciones y las decisiones sobre los cuidados (5). Existen dos tipos de sesgo. Los sesgos explícitos son las creencias y actitudes que son conscientes. Los sesgos implícitos son creencias y actitudes inconscientes y automáticas que se pueden ejercer, aunque no haya malas intenciones. Los rasgos implícitos son más comunes y más difíciles de modificar que los explícitos. Existen pocos estudios que incluyan cómo abordar los sesgos

implícitos LGBTQI y es considerado un reto importante en la educación del PS (5,22). En general los programas de formación aumentan los niveles de confianza entre los profesionales para atender la salud de las personas LGBTQI. Un aspecto de los programas que destaca sobre otros en su eficacia es la presencia de personas LGBTQI como docentes, en entrevistas o en el material con el que se trabaja (videos, entrevistas, documentales, etc) (22). Esto atiende a la teoría del contacto, que explica que el contacto intergrupar, que se define como el contacto interpersonal entre diferentes grupos, facilita el aprendizaje sobre las personas de fuera del propio grupo, reduce los prejuicios y la ansiedad intergrupar y aumenta la empatía hacia los miembros del grupo externo (21). Las propias universidades pueden ser un motor de cambio promoviendo un entorno inclusivo (21).

- Conocer principales aspectos del cuidado de la salud y de los problemas psicosociales de las personas LGBTQI (5). Proporcionar una atención culturalmente competente, esto conlleva el desarrollo y recolección de conocimientos, habilidades y comportamientos que permitan una atención de calidad para las diversas necesidades (21).

La falta de formación y competencia clínica provoca que el PS reproduzca la perspectiva cisheteronormativa y haya deficiencias en la comunicación. Todo esto provoca pruebas diagnósticas inadecuadas, fallas en la etiología, objetivos de tratamientos insuficientes o que se cree una desconexión con la perspectiva de la persona. Además, todo esto puede provocar la detección tardía y la demora en el tratamiento de algunas patologías lo que resulta en mayores tasas de complicaciones y mortalidad (5).

- Habilidades clínicas basadas en la ética profesional (5).

El PS debe tener los conocimientos para poder proporcionar una atención sensible y adaptada a las necesidades de las personas (12). Hay aspectos altamente sensibles de la atención que no pueden obviarse en la formación del PS (12). En la formación debe reflejarse la situación real de las personas LGBTQI, sus disparidades para poder hacerles frente y sus peculiaridades para que reciban una atención sensible y culturalmente competente. Las habilidades de atención deben integrarse en la conducta y perspectivas del PS. Mejorar el conocimiento cultural mejora la habilidad cultural, y viceversa. Ya que es difícil abordarlo todo de una

forma profunda, durante la formación se recomienda aportar fuentes donde poder encontrar información de calidad (23). Otro aspecto fundamental de la formación es que se haga a todos los niveles asistenciales, no quedarse solo en el PS que acompaña un proceso de transición, por ejemplo, o en el servicio de ginecología (24). La OS e IG es una parte de la persona, no toda, pero esta característica baña a toda la persona, siempre está ahí y además se encuentra en intersección con el resto de características (2).

Se señala también la importancia de tener una mirada crítica a todo el entorno de la persona, una mirada integral. El contexto cultural que la rodea, las políticas, la legislación, la violencia y obstáculos a los que se enfrentan, etc. (5,12,21). Todo lo que asegure que la persona alcanza el mayor nivel de bienestar y salud posible (10).

Una herramienta de trabajo habitual en la asistencia es el sistema de registro electrónico. En ella podemos encontrar un apoyo para mejorar la asistencia y por tanto la salud de las personas LGBTQI. Conocer la OS y/o la IG de la persona es un aspecto importante (a veces fundamental) para ofrecer una atención de calidad. La competencia cultural y la comunicación son fundamentales para recoger y registrar esta información de una manera sensible y respetuosa. Se recomienda empezar preguntando la IG y luego el sexo biológico, empezando así por lo que suele ser más relevante para la persona.

La literatura, en general, ha identificado que las persona suelen estar dispuestas a contestar preguntas sobre su OS y/o IG y conocen la importancia de ello para su atención. Es importante que la persona pueda decidir a qué PS le aparece la información y a cuál no, que sea una información restringida y la persona sea la que decida a quien y en qué momento o servicio (25). Cobra un significado importante y general a todos los profesionales del entorno sanitario, no solo PS, qué nombre y pronombres son los utilizados por la persona (24). Y todo lo que rodea una visita o procedimientos sanitario: procedimientos administrativos, formularios, folletos informativos, entorno, habitaciones, baño, decoración, etc. (12,24).

Es importante no enlazar pruebas o servicios en función del sexo o género de la persona, no crear un sistema cisnormativo. Una alternativa a esto puede ser enlazarlo a órganos, independientemente del sexo o género. Un hombre trans puede necesitar ir al ginecólogo. De aquí también la importancia de reflejar la anatomía de la persona sin que esta esté condicionada por el sexo o género, una especie de “inventario” anatómico (12),

independientemente de la IG de la persona. Esto permite al PS no pasar nada por alto; pruebas de cribado, revisiones, exploraciones, etc. y el propio sistema puede crear una alarma recordatorio de que hay que hacerlas. Junto a la alarma se puede ofrecer información importante en caso de que puedan existir peculiaridades relacionadas con la OS y/o IG de las personas y el procedimiento (25).

Se empieza a investigar el papel de los de grupos de apoyo de iguales y la colaboración entre el sistema sanitario y colectivos LGBTIQ. Se ha evidenciado que el acceso y la integración a un grupo de apoyo o colectivo LGBTIQI ayuda a reducir el estrés de minorías en jóvenes. La creación de espacios seguros, establecer reglas y expectativas conscientes, el fomento de relaciones de apoyo, la promoción de comportamientos positivos y el fomento de la autonomía y el liderazgo se han evidenciado como aspectos que ayudan a mejorar la salud mental y disminuir el consumo de sustancias (26,27). Es importante que estos espacios no se vean limitados por políticas o restricciones, que sean un espacio culturalmente competente para jóvenes LGBTIQI. Estas pueden ser organizaciones basadas en la comunidad, que se ha visto que pueden llenar un vacío en las vidas de estas personas y jugar un papel distintivo en su desarrollo social y psicológico (26). En uno de los estudios a personas LGBTIQI con pocos ingresos destacan la capacidad para crear redes y comunidades para ayudarse, apoyarse y cuidarse mutuamente a pesar de no ser de entornos cercanos y de encontrarse con situaciones difíciles en casa. Estas comunidades muchas veces llenan el vacío provocado por la falta de apoyo de la familia o del sistema de salud (9).

También destaca la aceptación familiar. Se ha evidencia que la aceptación familiar en adolescentes LGBT es predictor de una mayor autoestima, mejor salud general y mental y menor abuso de sustancias (14) y que la correcta información y educación de la familia ha sido en algunos caso fundamental para esa aceptación. Además, las familias formadas se convierten en instrumento de educación y promoción dentro de la familia más extensa o de su entorno, convirtiéndose en una importante fuente de apoyo y defensa (20).

Encontramos también como algunos problemas de salud tienen bases diferentes en personas LGBTIQI y por tanto deben tener enfoques diferentes. Por ejemplo, en las mujeres cis LB encontramos mayores tasas de sobrepeso y obesidad, pero más aceptabilidad de ello y se ha visto que le dan más importancia a la salud que al peso o la

estética (17). Se vuelven a salir de la norma. Entonces, ¿afecta este sistema cisheteronormativo también a las personas cisheteras? Los estereotipos de género, la norma ¿afectan de forma negativa o positiva a la salud? ¿Y afectan por igual a todos los géneros? A las identidades trans ya hemos visto que no. Y, ¿quién establece esta norma? ¿hay más sistemas normativos?

Investigación. Otro aspecto que aparece en casi toda la bibliografía consultada es la falta de investigación, tanto en aspectos clínicos como en medidas para afrontar las disparidades en salud. Debido al estigma e invisibilización que ha sufrido y sufre el colectivo LGBTQI se ha empezado a investigar hace relativamente poco sobre sus experiencias únicas en salud y necesidades. La mayoría de investigaciones se centra en las ETS y con carácter misógino (7). Tampoco encontramos investigación de aspectos generales donde se contemplase la OS y/o IG. Así, tanto la falta de investigación como una investigación poco inclusiva provocan disparidades en salud (17).

Conclusión

Nuestro sistema sanitario, aunque a nivel legislativo sí hayamos avanzado, en la práctica y en la formación de sus profesionales sigue perpetuando normas y estereotipos que discriminan, invisibilizan y crean disparidades en salud. El sistema sanitario debería ser un entorno seguro, de apoyo y que abrace la diversidad. Estar preparado para alcanzar el máximo nivel de salud de todas las personas, o al menos poder llegar a ser conscientes de que no lo estamos haciendo. Para todo esto una buena formación y sensibilización del personal sanitario es imprescindible. Tener las herramientas para identificar las barreras del sistema y la sensibilización y responsabilidad de hacer todo lo que esté en nuestras manos para derribarlas y construir un sistema más respetuoso. Hacer visible lo que hoy es invisible y que las personas LGBTQI sean tenidas en cuenta en cualquier ámbito del sistema sanitario. Ser ejemplo para la sociedad y ser parte del cambio y no del problema.

Como hemos podido ver, lo que crea la pérdida de salud en las personas LGBTQI no es el hecho de pertenecer a ese colectivo, sino cómo el mundo ha tratado y trata a estas personas. Un mundo (y una sanidad) que les ha dicho que son personas defectuosas, enfermas o peligrosas. Entonces ¿basta con deconstruir el sistema sanitario para que estas personas alcancen su máximo nivel de salud? Pienso que es un paso imprescindible pero no único. ¿Basta con ser inclusivos? Creo que es momento de deshacer la norma y adoptar

la diversidad como forma única. Necesitamos un cambio radical y transversal. Radical para llegar a la raíz de las cosas y no quedarnos en la superficie y transversal para llegar a todo y todas las personas; políticas, educación, investigación, medios de comunicación, cultura... haciendo posible la deconstrucción de la sociedad, las instituciones y los sistemas. Deshacer el sistema cisheteropatriarcal que atraviesa a todas las personas de alguna manera y plantearnos la performatividad del concepto sexo – género y poder así deconstruir el concepto de género actual y todos sus límites.

Bibliografía

1. Solá M, Urko E. Transfeminismos. Epistemes, fricciones y flujos. 4^a. Solá M, Urko E, editores. Navarra: Txalaparta; 2013. 335 p.
2. Rosa DF, Carvalho MV de F, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa A da S. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):299-306.
3. Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernández AM, Sosa-Alvarez MI, Llabrés-Solé R, et al. Gender identity: The human right of depathologization. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(6):1-10.
4. Acereda M, Amaro Á, Aran A, Aragón L, Arias J, Bargeiras C, et al. El orgullo es nuestro. Madrid: Diagonal; 2012. 203 p.
5. Bidell MP, Stepleman LM. An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to the Special Issue. *J Homosex.* 2017;64(10):1305-29.
6. Sørli A. The right to trans-specific healthcare in Norway: Understanding the health needs of transgender people. *Med Law Rev.* 2019;27(2):295-317.
7. Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards L V. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(1):71-80.
8. Yingling CT, Cotler K, Hughes TL. Building nurses' capacity to address health inequities: incorporating lesbian, gay, bisexual and transgender health content in a family nurse practitioner programme. *J Clin Nurs.* 2017;26(17-18):2807-17.
9. Ross LE, Gibson MF, Daley A, Steele LS, Williams CC. In spite of the system: A qualitatively-driven mixed methods analysis of the mental health services experiences of LGBTQ people living in poverty in Ontario, Canada. *PLoS One.* 2018;13(8):1-23.

10. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Eisenberg ME. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*. 2018;141(3).
11. Baldwin A, Dodge B, Schick VR, Light B, Scharrs PW, Herbenick D, et al. Transgender and genderqueer individuals' experiences with health care providers: What's working, what's not, and where do we go from here? *J Health Care Poor Underserved*. 2018;29(4):1300-18.
12. Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, Schwab PP, Uner OE, Wen S, et al. Primary Care in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019;48(2):377-90.
13. Soinio JI, Paavilainen E, Kylmä JPO. Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, 'husband', say, 'spouse'". *J Clin Nurs*. 2020;29(1-2):94-106.
14. Schulman JK, Erickson-Schroth L. Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women. *Med Clin North Am*. 2019;103(4):723-33.
15. Cannon SM, Shukla V, Vanderbilt AA. Addressing the healthcare needs of older lesbian, gay, bisexual, and transgender patients in medical school curricula: A call to action. *Med Educ Online*. 2017;22(1).
16. Sussman T, Brotman S, MacIntosh H, Chamberland L, MacDonnell J, Daley A, et al. Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective. *Can J Aging*. 2018;37(2):121-32.
17. Roberts SJ. Health Care of Sexual Minority Women. *Nurs Clin North Am*. 2018;53(2):227-39.
18. Klittmark S, Garzón M, Andersson E, Wells MB. LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(2):417-26.
19. Eyssel J, Koehler A, Dekker A, Sehner S, Nieder TO. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*. 2017;12(8):1-26.
20. Sharek D, Huntley-Moore S, McCann E. Education Needs of Families of Transgender Young People: A Narrative Review of International Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(1):59-72.
21. Acker GM. Transphobia Among Students Majoring in the Helping Professions. *J Homosex*. 2017;64(14):2011-29.

22. Morris M, Cooper RL, Ramesh A, Tabatabai M, Arcury TA, Shinn M, et al. Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: A systematic review. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):1-13.
23. De Guzman FLM, Moukoulou LNN, Scott LD, Zerwic JJ. LGBT inclusivity in health assessment textbooks. *J Prof Nurs.* 2018;34(6):483-7.
24. Aitken S. The primary health care of transgender adults. *Sex Health.* 2017;14(5):477-83.
25. Bosse JD, Leblanc RG, Jackman K, Bjarnadottir RI. Benefits of implementing and improving collection of sexual orientation and gender identity data in electronic health records. *CIN - Comput Informatics Nurs.* 2018;36(6):267-74.
26. Fish JN, Moody RL, Grossman AH, Russell ST. LGBTQ Youth-Serving Community-Based Organizations: Who Participates and What Difference Does it Make? *J Youth Adolesc.* 2019;48(12):2418-31.
27. Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Health and well-being of cisgender, transgender and non-binary young people. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10).

Anexos

Anexo I – Abstract

- Introduction

The LGBTQI community has suffered throughout history a multitude of forms of discrimination and pathologization in many areas. This discrimination causes the stress of minorities and multiple barriers in a system that does not contemplate them, a cisheteronormative system. All this has negative effects on the health of the LGBTQI people, and especially on their mental health. Within the health system we find barriers in all dimensions of the right to health.

- Objectives

The objective is to explore the scientific evidence on health care for non-cisheteronormative people from the description of their experiences and needs to identify the aspects to be improved and to be able to offer quality care.

- Search strategy and results

A bibliographic search is carried out in PubMed and Cochrane based on the keywords; LGBTQI people, healthcare system and healthcare personnel. 1059 articles are obtained, 47 are read in full and 25 articles are included.

- Discussion

For LGBTIQ people these barriers are forms of discrimination by the health system; invisibility, pathologization, lack of respect and skills to take care of their health, non-inclusive environments and language, etc. These situations can be found in all areas of the health system and by all professionals.

A good training of health and non-health personnel and a change in the system and its values are key to face the health disparities of the LGBTIQ community. Cultural competence, personal and social awareness, competencies and clinical skills are the basis for competent health personnel. In addition to offering a less regulatory system and aimed at achieving the highest level of health.

- Conclusion

The health system has an essential role to end the health disparities of the LGBTIQ community. Staff training and a deconstruction of the system is essential to break the norm and embrace diversity. And this goes beyond the health system and the LGBTIQ community. Standards affect everyone and the healthcare system is not the only thing that creates disparities, healthcare doesn't end in the healthcare system.

Anexo II – Búsqueda bibliográfica

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión

Año publicación	Autor/a/e principal	Lugar	Tema principal	Fecha recolección de datos	Personas de estudio	Fuente de datos	Tamaño muestra	Edad
2016	Charles T. Yingling	EEUU	Ejemplo módulo LGTB en universidad	-	-	-	-	-
2019	Jenni Ija Ilona Soinio	Finlandia	Mujeres cis LB	2018	Mujeres cis LB >18años	Encuesta electrónica	22	19-55 años
2018	Sofia Klittmark	Suecia	Familias LGBTQ	2017	Familias LGBTQ con hijxs o embarazo >25sg	Entrevista semiestructurada	12	30-45 años
2018	Tamara Sussman	Canadá	Long-Term Care Houses	2016	Programas inclusivos residencia mayores	Entrevista semiestructurada	57	-
2018	Lori E. Ross	Canadá	Interseccionalidad pobreza-LGTBQ	2011-2013	Personas LGBTQ	Entrevista	696	Edad media: 38 años

2017	Jana Eyssel	Alemania	Asistencia personas trans	2015	Personas trans >16años	Cuestionario	415	Edad media: 38 años
2017	Stuart Aitken	Australia	AP personas trans	-	-	-	-	-
2018	Susan Jo Roberts	EEUU	Mujeres LBQ	-	-	-	-	-
2019	Julie K. Schulman	EEUU	Salud mental mujeres LBQT (cis y trans)	-	-	-	-	-
2017	Kesha Baptiste-Roberts	EEUU	Mujeres LB	-	-	-	-	-
2019	Jessica N. Fish	EEUU	Jóvenes LGBTQ	2011-2015	Jóvenes LGBTQ 15-21 años	Estudio 2015 Baams et al. y encuestas.	1045	15-21 años
2018	Jordon D. Bosse	EEUU	Registros electrónicos	-	-	-	-	-
2018	G. Nicole Rider	EEUU	IG jóvenes. T*no binario-Q	2016	Estudiantes 9º y 11º colegio.	Encuesta	2168	>14 años
2018	Danika Sharek	Irlanda	Atención familias personas trans	-	-	-	-	-
2018	Anniken Sørli	Noruega	Necesidades personas trans	2015	Personas trans	Entrevista	4	20-40 años

2017	Gila M. Acker	EEUU	Transfobia estudiantes r/c p. ayuda	2016	Estudiantes	Encuesta online	600	Edad media: 22 años
2017	Markus P. Bidell	EEUU	Patologización rc estigmatización	-	-	-	-	-
2019	Matthew Morris	EEUU	Sesgo implícito	-	-	-	-	-
2018	Franc Louie M. De Guzman	EEUU	Contenido LGTBIQ libros de texto	-	-	-	-	-
2019	Vanessa Ribeiro Neves	Brasil	Mirada trasnversal atención trans	-	-	-	-	-
2019	Brittany L. Whitlock	EEUU	AP personas trans	-	-	-	-	-
2019	Mª Elisa Castro- Peraza	España	Despatologización	-	-	-	-	-
2018	Aleta Baldwin	EEUU	Salud trans-no bin	2015	Personas trans >18 años	Encuestas online	119	19-62años. (media 32)
2017	Sophie M. Cannon	EEUU	Necesidades mayores LGBT	-	-	-	-	-
2018	Marta Evelia Aparicio-García	España	Bienestar jóvenes trans	2018	Jóvenes trans	Encuesta online	782	14-25 años

Tabla 2. Resumen artículos incluidos en la revisión

	Temática	Variables descritas	Principales conclusiones
(8)	Formación personal sanitario en salud LGBT.	Disparidades en salud personas LGBT. Definición módulo de formación en salud LGBT y desafíos en la incorporación.	Formación en conocimientos y habilidades del personal sanitario como herramienta imprescindible para eliminar disparidades.
(13)	Experiencias y deseos de mujeres cis de minorías sexuales en relación con la asistencia sanitaria.	Lenguaje. Heteronormatividad. Falta de formación PS. Prejuicios y suposiciones.	Algunas mujeres de minorías sexuales siguen sin recibir una atención de calidad debido a su orientación sexual.
(18)	Atención a la salud reproductiva de familias LGTB	Falta de formación PS. Heteronormatividad. Discriminación por OS o IG.	Refieren una atención satisfactoria, pero reconocen la falta de formación y espacios relacionados con comunidad LGBT.
(16)	Medidas y programas que se llevan a cabo en las residencias de mayores para crear un ambiente más inclusivo.	Formación del personal de las residencias. Hacer más inclusiva la residencia abordando el entorno, las/les/los residentes, las actividades que se realizan.	Las acciones que han obtenido mejores resultados son la formación de todo el personal de la residencia y los programas integrales que involucran todo y todas las personas que forman parte de la residencia.
(9)	Experiencias personas LGBT con el sistema de salud teniendo en cuenta el nivel de ingresos.	Nivel de ingresos y salud mental. Nivel de ingresos y acceso a la salud. Herramientas cuando no pueden acceder al sistema de salud.	Personas LGBT necesitan y valoran más la atención a la salud mental, pero tienen menos acceso y les cuesta más encontrar una atención de calidad en comparación con

		Experiencias si llegan a acceder al sistema de salud.	personas con nivel de ingresos mayores y que no pertenezcan al colectivo LGBT.
(19)	Necesidades y preocupaciones de las personas trans en relación con la asistencia sanitaria.	Miedo discriminación, patologización y no atención deseada y/o adecuada. Deseo cambios estructurales y más individualización. Más formación del personal sanitario.	Importancia de la investigación inclusiva. Importancia de las personas trans de una atención individualizada, culturalmente competente y la participación en la toma de decisiones.
(24)	Atención primaria adultxs trans.	Salud mental. Factores de riesgo. Prevención.	Indispensable la formación en salud trans y en competencias culturales del PS. Falta de investigación. Un cambio transversal en el sistema.
(17)	Cuidados salud mujeres cis LB.	Falta de acceso sistema sanitario por miedo discriminación. Sistema no inclusivo. Mayores tasas de factores de riesgo.	Aumentar formación del PS y la inclusividad del entorno, procedimientos, material, etc. del sistema sanitario.
(14)	Salud mental mujeres LBT.	Estrés de minorías. Diferencias en comparación con mujeres heteros y cis en relación con prevalencia de trastornos mentales, intentos suicidas y abuso de sustancias. Acceso a la atención.	Existen disparidades de salud tanto en la prevalencia como en el acceso a la atención dentro de este colectivo.
(7)	Disparidades mujeres cis LB.	Estrés de minorías.	Aumentar competencia cultural del PS.

		Salud mental. Salud sexual.	Mejorar acceso a la atención de la salud. Falta investigación.
(26)	Quien y como participa en los servicios para jóvenes LGBTQ	Perfil personas que participan en los colectivos. Como son y qué hacen estos colectivos. Que les aporta y que efectos tienes la participación en colectivos.	Efecto positivo grupos de iguales. Falta investigación. Especial atención en la interseccionalidad, tanto en la participación como en el efecto positivo.
(25)	Beneficios del registro electrónico de la OS y la IG.	Disparidades de salud. Problema actual. Beneficios de la recogida de la OS y la IG. Historia clínica, examen físico y prevención. Protección de datos y estrategias.	Fundamental para disminuir disparidades de salud y a mejorar la investigación. Formación del personal para solicitar y gestionar dicha información. Adaptación sistema y evaluación continua.
(10)	Salud y cuidados jóvenes trans.	Género como construcción cultural. Invisibilidad de los géneros no normativos y lo que esto comporta. Falta de formación e investigación en géneros no binarios.	Estado de salud y utilización de la atención difieren entres los jóvenes trans frente cis. PS juega un papel fundamental para detectar y abordar las disparidades. Importante PS desarrolle competencias en teoría de género.
(20)	Necesidades de las familias de jóvenes trans.	Respuesta y estrategias de las familias de jóvenes trans. Papel del PS en el proceso.	Papel imprescindible de la educación de la familia para entender, aceptar y apoyar el proceso de transición.

		Papel del SS en el proceso.	PS debe estar disponible como una fuente de información y apoyo, pero no es la única ni es la que mejores resultados da.
(6)	Necesidades y derechos personas trans.	Falta de atención específica y patologización. Necesidades de salud específicas de las personas trans. Marco legal y derechos humanos.	Menosprecio de las necesidades trans por parte de la práctica médica y los órganos administrativos. Falta de accesibilidad e individualización. Necesidad despatologización legal.
(21)	Transfobia entre estudiantes de profesiones de ayuda.	Situación de las personas trans. Teoría del contacto. Factores que influyen en la transfobia.	Contenido insuficiente en formación a la atención de personas trans. Universidades como motor de cambio. Necesidad cambios integrales y transversales. Disminuye transfobia contacto personas trans.
(5)	Competencia clínica, formación y cuidado ético para la comunidad LGBT.	Evolución cultural comunidad LGBT. Estrés de minorías y disparidades de salud. Competencia clínica y ética profesional. Impulso de la salud LGBT.	Necesidad de mejorar la formación, la investigación y la defensa de la atención a la salud LGBT para disminuir disparidades y mejorar la salud del colectivo.
(22)	Entrenamiento para reducir el sesgo LGBTQ.	Antecedentes y sesgo implícito.	Aumentar formación y conocimientos sobre necesidades de salud del colectivo LGBTQ.

		Impacto de las intervenciones sobre las actitudes.	Dar herramientas para identificar y reducir el sesgo explícito e implícito. Reducir estos sesgos es clave para reducir las disparidades.
(23)	Inclusión salud LGBT en los libros de texto.	Conciencia, conocimientos, habilidades y encuentros culturales. Cómo mejorar el contenido y representación del colectivo LGBT en el material para formación en salud.	Las habilidades de atención al paciente LGBT deben integrarse en la conducta profesional y las perspectivas personales. Los materiales de clase deben hacer visible las necesidades de salud LGBT.
(2)	Personas trans y práctica profesional.	Fragilidad del cuidado de personas trans. Salud trans, demandas específicas y generales. Políticas públicas de salud para personas trans.	Las personas trans muchas veces no reciben una atención de calidad y sufren discriminación. Una atención de calidad va más allá del respeto, es necesario que el PS se forme en las necesidades de salud de las personas trans sin olvidar el resto de dimensiones de la persona.
(12)	Atención primaria personas trans.	Atención competente y formación del PS. Registro electrónico. Consideraciones especiales en la historia clínica y el examen físico. Asuntos legales.	El PS debe ser sensible y adaptarse a las necesidades de las personas trans. Para esto es imprescindible la sensibilidad cultural y aumentar la investigación.

(3)	IG: el derecho humano a la despatologización.	<p>Evolución de los diagnósticos.</p> <p>Despatologización como derecho humano y problema legal.</p> <p>Intersexualidad.</p>	<p>Existe una conexión entre la patologización y el estigma social, la discriminación y la falta de acceso a los servicios de salud.</p> <p>La patologización de la diversidad de género es infundado, discriminatorio y sin una utilidad clínica demostrable.</p>
(11)	Experiencia trans y queer. Qué funciona y qué no.	<p>Experiencias positivas y negativas.</p> <p>Lenguaje, conocimientos y experiencia del PS, atención inclusiva, revelación de la IG y transfobia.</p>	<p>Necesidad urgente de formación del PS.</p> <p>El entorno sanitario debe ser un entorno seguro de no discriminación.</p>
(15)	Abordar necesidad salud personas mayores LGBT.	<p>Disparidades de salud.</p> <p>Preocupaciones sociales.</p> <p>Promoción de la formación.</p>	<p>Falta una formación adecuada sobre las necesidades de salud de las personas mayores LGBT.</p> <p>Existencia de problemas sociales de discriminación.</p>
(27)	Salud y bienestar de jóvenes cis y trans españolxs.	<p>Violencia y seguridad personal.</p> <p>Factores protectores.</p> <p>Indicadores de bienestar.</p>	<p>Efecto protector del apoyo social.</p> <p>Personas trans sufren más violencia y disponen de menos apoyo social. Presentan peor salud mental, más sentimientos de soledad e infelicidad y más ideas suicidas.</p>

Tabla 3. Diagrama de flujo

Búsqueda	Base de datos	Tesauros y booleanos	Artículos obtenidos de los últimos 5 años	Lectura resumen	Lectura completa	Incluidos
1 ^a	PubMed	Sexual and gender minorities AND Health care sector	24	12	12	5
2 ^a	PubMed	Sexual and gender minorities AND Health services needs and demand NOT Sexually transmitted diseases	81	20	17	11
3 ^a	PubMed	Sexual and gender minorities AND Health services AND Spain	12	2	0	0
4 ^a	PubMed	Sexual and gender minorities AND Spain	34	5	3	1 + 2 técnica bola de nieve
5 ^a	PubMed	Sexual and gender minorities AND Delivery of health care NOT Sexually transmitted diseases NOT Sex reassignment surgery NOT Neoplasm	828	30	13	6
6 ^a	Cochrane	Sexual and gender minorities	80	6	2	0

Anexo III – Glosario

- LGBTQI: Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Queer e Intersexual.
- Sexo biológico. Hace referencia a las características biológicas; genitales, hormonas y cromosomas.
- Intersexual. Presencia en una misma persona de características biológicas de macho y de hembra en proporciones variables.
- Identidad de género (IG). Percepción subjetiva que la persona tiene sobre sí misma en cuanto a su propio género, influenciado por la cultura y lo que esta espera de cada género (estereotipos de género). Puede coincidir o no con el sexo biológico que se le asignó al nacer. Mujer y hombre cis y mujer y hombre trans y agénero.
- Persona cis. Persona que se identifica con el género que le asignaron al nacer.
- Persona trans: persona que no se identifica con el género que le asignaron al nacer. Por ejemplo, una mujer trans es una mujer que al nacer se la reconoció como hombre. Dentro de persona trans algunas ramas incluyen también a las personas no binarias, de género fluido o neutro y queer.
- Queer. Persona que se identifica con una identidad de género y orientación sexual diferente a la heterosexual y cisgénero. Este término lleva detrás unas bases teóricas e ideológicas, es una forma de reivindicación y crítica del sistema cisheteronormativo, del binarismo, de la idea de sexo-género (y la relación de estos) como algo natural.
- Persona no binaria o agénero. Persona que no se identifica con lo que culturalmente es entendido como hombre o mujer.
- Expresión de género. Lo que las personas perciben de nosotrxs con referencia a la imagen y los comportamientos. A su vez, esta imagen y comportamiento, según la cultura se asocian más a la mujer o al hombre. Femenina, masculina, andrógina.

- Orientación sexual (OS). Atracción sexual, erótica, emocional o amorosa que la persona siente hacia otras personas.
Homosexual. Atracción por el mismo género.
Heterosexual. Atracción por género(s) distinto(s) al propio.
Bisexual. Atracción por el mismo género y por otro(s) género(s).
- Disforia. Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable, como la tristeza, la ansiedad, la irritabilidad o la inquietud. Es un indicador de riesgo elevado de suicidio.
- Trastorno dismórfico corporal. Trastorno de salud mental en el que la persona se percibe de forma distorsionada como físicamente defectuosa, fea o deforme. La preocupación por la apariencia, los pensamientos excesivos y comportamientos repetitivos alrededor de la o las distorsiones percibidas pueden causar gran angustia, ansiedad y problemas en el entorno social.
- Disforia de género. Malestar de la persona hacia el género que se la ha asignado al nacer y hacia todos o algún carácter sexual (primario o secundario) de su sexo biológico. No aparece en todas las personas transexuales, y si aparece no lo hace en el mismo grado y de la misma manera en todas.
Se ha reflexionado en varios ámbitos sobre la idea de disforia. La disforia es un malestar hacia alguna parte de tu cuerpo. Puede tener que ver con los caracteres sexuales o con cualquier parte del cuerpo sea carácter sexual o no. Por tanto, ¿la norma de cómo debe ser un cuerpo afecta solo a las personas trans? ¿es el cuerpo el que causa la disforia o es la norma? ¿necesitamos “arreglar” cuerpos/mentes o deshacer normas?
- CisHeteroNormaividad. Es la creencia de que toda relación sexo-afectiva es heterosexual y que todas las personas son cis. Se le otorga el carácter de natural, y por tanto predeterminado. Esto provoca que todo lo que no sea hetero y/o cis sea visto como antinatural o anormal, creando así estigmatización, marginalidad y opresión hacia las persona no hetero y trans. Esta creencia empapa todas las construcciones

sociales; ámbito político, legislación, sanidad, educación, economía, sistema de valores, etc.

- Binarismo. Construcción social que divide las personas en dos formas únicas y complementarias de sexo y género, hombre o mujer.
- Misgendering. Anglicismo cuya traducción literal significa “equivocarse de género”. Esto ocurre cuando hablamos sobre o con una persona a la que le asignamos un género de forma incorrecta. Es decir, utilizar los pronombres y/o connotaciones de género incorrectas. Por ejemplo, utilizar él para referirse a una mujer cis, trans o a una persona queer.
- Tránsito social. Momento en el cual la persona pasa a ser reconocida socialmente de acuerdo a su identidad de género. La expresión de género coincide con su identidad. Puede suponer la modificación del vestuario, nombre, pronombre utilizado, etc. Esto siempre está condicionado por la construcción de hombre/mujer que tenga el entorno.
- Passing. Tener passing en una persona trans se refiere a que esa persona no es leída como trans, es decir pasa por persona cis. El passing puede suponer mejor calidad de vida al recibir menos discriminación. Más probabilidades de encontrar trabajo, menos de acoso...El passing también se usa para otras formas de discriminación como por ejemplo en las personas migradas. Este concepto pone de manifiesto la discriminación que sufren las personas oprimidas y como, en el caso de las personas trans, esta puede condicionar su transición o expresión de género. Adaptarse a las normas para sobrevivir, dejar de ser la persona que eres.
- Androcentrismo. Considerar al hombre como medida de todas las cosas. Enfocar un estudio, un análisis o una investigación desde la perspectiva masculina únicamente y luego utilizar los resultados como válidos para todas las personas ha supuesto que ramas de la ciencia presenten lagunas.
- Patriarcado. En una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de

los hombres sobre las mujeres. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos, creando al mismo tiempo un orden simbólico a través de los mitos y la religión que lo perpetúan como única estructura posible.

- Machismo y sexismo. El machismo es un discurso de la desigualdad. Consiste en la discriminación basada en la creencia de que los hombres son superiores a las mujeres. El sexismo se define como el conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener una situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado, a la hembra. El sexismo abarca todos los ámbitos de la vida y las relaciones humanas y se vuelve una ideología que defiende la subordinación de las mujeres y todos los métodos que utiliza para que esa desigualdad entre hombres y mujeres se perpetúe.