

INICIATIVA QUE REFORMA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, A CARGO DE LA DIPUTADA SALMA LUÉVANO LUNA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA

La suscrita, diputada Salma Luévano Luna, integrante del Grupo Parlamentario de Morena en la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en la fracción I del numeral I del artículo 6 y los artículos 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de este honorable Congreso iniciativa con proyecto de decreto que reforma los artículos 2, 3, 7 y 10 de la Ley General de Salud, en materia de ampliación de programas para la comunidad LGBTIQ+, al tenor de la siguiente:

Exposición de Motivos

Para iniciar partamos de las reflexiones y de los resultados que arroja el Diagnóstico Nacional Sobre la Discriminación hacia las personas LGBTIQ+ en México, el Derecho a la Salud, mismo que fue realizado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Gobierno Federal, en un acompañamiento con la Fundación Arcoíris Por el respeto de la Diversidad Sexual, A.C., en un esfuerzo de emitir un documento que acerque a la comunidad al ejercicio pleno de su derecho a la salud, mismo que data de noviembre de 2018.

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 salud. 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 necesidades 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 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, son :

- 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 algún lugar en el mundo donde las personas LGBTI sean tratadas con plena igualdad ante la ley”.

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, 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...”

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”. 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 género. 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 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”. 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.

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” - 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 socialmente 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.

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.

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 dignamente. 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.

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 suficiente. 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 fundamentales. 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.

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.

Marco internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos 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”. 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.”

Además, los Principios de Yogyakarta 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 desarrollo establece, en el apartado D, el “Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva”. La medida prioritaria 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.”

La medida prioritaria 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 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 Mexicanos 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 Discriminación 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 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 específicas tiene por objetivo contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas LGBTI a través de mecanismos 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.

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 científicos 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 psicoactivas, 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. 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.

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, la Universidad Nacional Autónoma de México, y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 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 sus vivienda a una persona gay o lesbiana, 36.4% a una persona trans y 35.9% a una persona con VIH.

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, 2010; Rocha-Buelvas, 2015). 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).

No obstante, un problema que prevalece es que muchos de los datos sobre el suicidio juvenil, no toman en consideración información que permita comprender el impacto de la orientación sexual y el estigma, aunado a la discriminación 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 alimentación.

Lasso-Báez (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 prejuicios hacia las personas LGBTI, esto abona no sólo no 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).

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.

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.

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.

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 “confundida”.

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.

Sobre el acceso a la salud de la población LGBTIQ+, se vierten los datos en el propio diagnóstico y resulta imperante saber cómo existe una discriminación por diversas razones que estaremos señalando:

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 salud, 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.

Así, la aproximación interseccional 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 tienen en sus experiencias de vida tampoco son análogos.

Resulta fundamental recuperar la propuesta de la jurista Kimberley Crenshaw- 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 opresión. 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.

Algunos resultados

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

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 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 mayor frecuencia ser transgéneros, heteroflexibles, travestis y pan/polisexuales.

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%).

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, 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.

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

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 situaciones 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 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 pública, entre otras cosas, porque su inversión per cápita se encuentra muy por debajo del promedio del resto de países que son miembro de la OCDE, lo que repercute directamente en un sistema de salud público que es deficiente, precario e insuficiente para la alta demanda en el país.

Tomando en consideración la relevancia que tiene saber el acceso de las personas dada su orientación sexual y su identidad de género, 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 personas 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 cómo 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 bisexuales, 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 heterosexual 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.

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, 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, 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 personas bisexuales (65.6%) y las mujeres lesbianas (69.4%).

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 varones.

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 discriminación, el miedo a ésta, así como la calidad y el trato que reciben dentro del mismo. **Como se señaló es 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 .**

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.

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 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 rezagado, aunado a que las personas LGBTI siguen siendo un grupo más vulnerado tanto por su invisibilidad como por el estigma y prejuicio .**

Cuál es la principal razón por la que las personas LGBTI no acuden a los centros y servicios de salud. 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%).

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, 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.

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.

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.

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.

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.

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 se ve 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.

El derecho a la salud para las personas LGBTIQ+ en el contexto de México y sus hallazgos generales.

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 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 LGBTIQ+.

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 del 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 orientación 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.

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 derechos, 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** .

Por otro lado, para acercarnos a un cumplimiento efectivo, el desafío es avanzar hacia un modelo de atención en salud centrado en una perspectiva de derechos y en las necesidades singulares de cada persona. En ese camino, es clave problematizar las maneras **de hacer y pensar de quienes integran los equipos de salud** . Sus obligaciones y responsabilidades giran en torno a brindar información, y acompañar un proceso de toma de decisión, sin juzgar las formas de vivir las identidades y/o expresiones de género de las personas, sus orientaciones y prácticas sexuales.

Uno de los grandes **desafíos para los equipos de salud, y también una responsabilidad, es actuar a través de prácticas y procedimientos centrados en el reconocimiento de la libre expresión** , y los **múltiples tránsitos en los géneros** , como un **derecho de todas las personas** . Esto supone trabajar los propios prejuicios, concepciones y creencias, para que no funcionen como obstáculos en el acceso a la atención ni generen prácticas discriminatorias y/o violentas.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a consideración de este honorable Congreso la iniciativa con proyecto que reforma los artículos 2, 3, 7 y 10 de la Ley General de Salud.

Decreto por el que se reforman y adicionan diversos artículos de la Ley General de Salud

Único. Se reforman los artículos 2, 3, 7 y 10 de la Ley General de Salud. para quedar como sigue:

Artículo 2o . El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. a VIII...

IX. Garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud a las personas LGBTIQ+.

Artículo 3o. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I a XV Bis...

XV. Ter Programa de atención especializada a la salud de las personas trans, intersexuales y otras identidades.

XVI a XXVIII...

Artículo 7o. La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. a XV...

XVI. Promover e impulsar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud, implementen programas cuyo objetivo consista en brindar atención médica integral a personas LGBTIQ+.

Artículo 10. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, **así como en las comunidades LGBTIQ+**, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

Transitorio

Único. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Fuentes consultadas

- 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).
- 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/igtbi/docs/AnexoRegistro-Violencia-LGBTII.pdf> , página consultada el 14 de octubre de 2014.
- 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
- 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 dec2007. Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?doc=y&docid=48244e9f> 2, página consultada el 18 de Julio de 2018, pp. 6.

- 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 Báez, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-género. CES Psicología, 7 (2), 108-12.
- 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> <.
- 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.
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2012). Los derechos humanos en acción: Operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos. FLACSO. México, pp. 84

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, el día 13 del mes de septiembre de 2021.

Diputada Salma Luévano Luna (rúbrica)