

La investigación sobre discriminación a LGBT en la atención médica: Una revisión crítica

Research on LGBT Discrimination in Healthcare: A Critical Review

Granados- Cosme José Arturo^a

Abstract:

Discrimination is a relevant problem in Mexico that exercised against historically oppressed groups such as the LGBT population acquires centrality because it is combined with other conditions. The main spaces that this group complains about are the health services. It is necessary to know what these discriminatory acts consist of in health care. Objective: to analyze the scientific production published on the characteristics of LGBT discrimination in medical consultation. Method: A bibliographic review was carried out with a keyword search in the Google Scholar and PubMed.gov search engines by chronological stages. A sample of 13 papers was obtained that were used to characterize discriminatory acts, their causes and their impact. Results: scientific research on specific discriminatory actions is still incipient, nevertheless, they identify themselves, gestural, corporal, behavioral and verbal actions, denial of service, delay in attention, hurried consultations, poor quality of communication, violation of confidentiality, ridicule and harassment, the subsector that seems most affected is that of trans women. Conclusions: the prevalence of prejudices about gender and sexuality in medical personnel and the lack of information are related to the exercise of discriminatory practices that affect diagnosis and treatment.

Keywords:

sexual minorities, discrimination, medical services, health care, inequalities.

Resumen:

La discriminación es una problemática relevante en México, la ejercida contra grupos históricamente oprimidos como la población LGBT adquiere centralidad por combinarse con otras condiciones. De los principales espacios que este grupo denuncia mayores quejas están los servicios sanitarios. Es necesario conocer en qué consisten estos actos discriminatorios en la atención médica. Objetivo: analizar la producción científica publicada sobre las características de la discriminación a LGBT en la consulta médica. Método: Se realizó una revisión bibliográfica con una búsqueda por palabras clave en los buscadores Google Académico y PubMed.gov por etapas cronológicas, obteniendo una muestra de 13 trabajos que fueron analizados para caracterizar los actos discriminatorios, sus causas y su impacto. Resultados: aún es incipiente la investigación científica sobre las acciones discriminatorias concretas, la disponible distingue acciones gestuales, corporales, conductuales y verbales, negación del servicio, retardo en la atención, consultas apresuradas, mala calidad en la comunicación, violación de la confidencialidad, ridiculización y acoso, el subsector que parece más afectado es el de mujeres trans. Conclusiones: la prevalencia de prejuicios sobre el género y la sexualidad en el personal médico y la falta de información, están relacionados con el ejercicio de prácticas discriminatorias que afectan el diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave:

minorías sexuales, discriminación, servicios médicos.

Introducción

La Medicina Social (MS) estudia los procesos sociales que determinan el proceso de salud-enfermedad (PSE) de los colectivos humanos (López, Escudero y Carmona, 2008; Tájer, 2003; Rosen, 1985, Donnangelo y Pereira, 1976), como campo del conocimiento científico,

cuenta con dos objetos de estudio, el primero aborda las formas históricamente específicas en que las poblaciones enferman y mueren, y aunque actualmente ha ganado popularidad su denominación como la distribución diferenciada del PSE, ésta proviene desde los setentas (Laurell, 1982; Laurell, 1978); el segundo objeto es la respuesta social organizada al PSE.

^a Universidad Autónoma Metropolitana, <https://orcid.org/0000-0002-0583-1239>, Email: jcosme@correo.xoc.uam.mx

Entendemos a dicha respuesta, como el conjunto de saberes y prácticas que cada sociedad desarrolla alrededor de la salud. Este ámbito incluye las modalidades institucionalizadas mediante el ejercicio del poder público y las formas no hegemónicas que van desde los sistemas médicos tradicionales hasta prácticas domésticas y el saber materno. Los principales análisis se han realizado sobre las primeras por su vinculación con el desarrollo del capitalismo (Waitzkin y Waterman, 1984; García, 1981) y los procesos de subordinación, integración o asimilación que ha hecho la medicina científica sobre las segundas (Menéndez, 1990a).

La respuesta social comprende una vertiente que incluye los sistemas de creencias, así como los significados y prácticas con que las culturas conciben la enfermedad y al sujeto enfermo. A partir de la construcción de concepciones sobre los malestares y sus causas, cada sociedad desarrolla prácticas sobre el padecimiento mismo y el individuo, no sólo en términos explicativos sino orientados a erradicar el mal, proceso que implica una serie de percepciones, actitudes y conductas que se destinan al portador de la enfermedad, éstas pueden ir desde la compasión hasta el rechazo, desde el cuidado hasta la reclusión o el encierro como formas concretas de intervención sobre el cuerpo afectado.

Cada sociedad responde a sus PSE produciendo agentes de esos saberes a través de prácticas pedagógicas formales. En sociedades modernas la enseñanza de la medicina científica también ha sido institucionalizada como modalidad hegemónica y es reproducida y puesta en práctica mediante el ejercicio de la profesión médica. Los profesionales de la salud, particularmente médicos, son portadores no sólo de un conocimiento técnico para intervenir sobre la SE sino de los significados y prácticas propios de esa respuesta social.

El médico como agente de un sistema de referentes que le permiten cierta capacidad resolutoria de las enfermedades, también aplica, mediante acciones y conductas, la serie de valoraciones sobre el enfermo, su enfermedad, sus causas y consecuencias, que provienen de la cultura general, pero también de los principios epistemológicos de su saber con el que define lo sano o insano, lo normal o patológico (Granados, 2006a). El sistema de referentes con que cada saber comprende la SE atraviesa el ejercicio de sus agentes y así se enfoca al enfermo en el acto clínico. En el desarrollo inicial de la medicina científica (Foucault, 1979a) por ejemplo, prácticamente no existía padecimiento al que no se le atribuyera una causa en el comportamiento sexual "insano" (Foucault, 2000), ciertas enfermedades representaban un peligro para la población en su conjunto, un riesgo que hace presente en el imaginario

social, la incertidumbre sobre el futuro y sobre ese temor se resignifica al enfermo como entidad que aloja dicho mal. Las percepciones, actitudes y conductas que porta el médico como sujeto construido y agente de la medicina científica, se despliegan en el acto clínico en que concurre con el paciente, pero se trata de una relación en que pueden ocurrir desencuentros que influirán en la salud debido a las actitudes que los médicos tengan en torno a la homosexualidad (Kelly, Lawrence, Smith, Hodd y Cook, 1987; Mathews, Booth, Turner y Kessler, 1986).

Uno de los grupos humanos históricamente posicionado, por el orden impuesto del sistema sexo-género (Ferro, 1999; Rubin, 1986) vigente, en el espacio social de la marginalidad y que a través de prácticas de exclusión social, ha sido subordinado mediante la patologización (Foucault, 1979b) y medicalización (Foucault, 1999; Menéndez, 1990; Llich, 1975) de sus identidades sexogenéricas (Vendrell, 2010), es el de lesbianas, gays, isexuales y personas *trans* (transexuales, trangénero y travestis) (LGBT). La discriminación a esta población es el principal determinante social en su perfil patológico, caracterizado por mayor morbimortalidad general y de manera específica, mayores daños a la salud mental, especialmente trastornos de ansiedad, depresivos, conducta suicida (Zapata, Díaz, Barra, Maureira, Linares y Zapata, 2019; Granados y Delgado, 2006b) y homicidio por odio (Granados, 2008; Definis, 1998; Bell y Vila, 1996), fenómenos atribuibles al primer objeto de la MS. Igualmente asociado al estigma, y vinculado al segundo objeto médico social, LGBT muestran menos soporte social para enfrentar problemas de salud (Erosheva, Kim, Emler y Fredriksen-Goldsen, 2016; (Stinchcombe, Smallbone, Wilson y Kortés-Miller, 2017), redes sociales frágiles (Fredriksen-Goldsen, Kim, Shiu, Goldsen y Emler, 2015), así como dificultades para acceder a servicios de salud y seguridad social. En relación a este rubro, la literatura especializada menciona que una de las instancias en que LGBT se han sentido más discriminados son los servicios médicos (CONAPRED, 2020; CONAPRED, 2011; (Westwood, Willis, Fish, Hafford-Letchfield, Semlyen, King, et. al., 2019), pero la identificación y análisis de las experiencias concretas de discriminación en actos clínicos y su contenido, son todavía un pendiente de la investigación científica.

De ahí que el objetivo del presente trabajo sea, caracterizar y analizar la producción científica publicada, a través de la consulta de dos bases de datos especializadas, sobre la experiencia concreta de actos discriminatorios de los profesionales de la salud a LGBT usuarios de servicios de salud.

Método

Se realizó una búsqueda mediante las palabras clave: discriminación, servicios médicos, médicos, servicios de salud y LGBT, en castellano e inglés, en el buscador Google Académico y en la base de datos PubMed.gov. Se definieron periodos en función del número de resultados y lo conmensurable de su cantidad (todas las fechas, periodo reciente y periodo inmediato). El tercer criterio de selección fue la pertinencia definida por el título y resumen. El cuarto criterio fue la verificación con una lectura más extensa de los trabajos, corroborando que efectivamente, describieran percepciones, actitudes y conductas discriminatorias.

Resultados

Revisiones sistemáticas muestran que los estudios sobre minorías sexuales y servicios de salud siguen siendo escasos (Silva, 2010), más aún, hablando de situaciones concretas que describan acciones de discriminación en la atención médica. Esta revisión obtuvo una muestra de 13 trabajos cuyos resultados muestran que LGBT perciben un trato diferenciado (Silva, 2010) y que la discriminación a cargo del personal de salud es de sus principales quejas (Villanueva y Lezana, 2017).

Detallando en las situaciones discriminatorias, un estudio encontró que al 15% de los encuestados se les había pedido ocultar su orientación sexual o su identidad de género para ser atendidos (Castelán, 2016), también se ha identificado un mayor riesgo a ser discriminados en los servicios si muestran abiertamente su orientación sexual a los médicos (RR=2.08) (Mejía y Benavides, 2008). Las actitudes del personal de salud hacia LGBT se traducen en acciones y omisiones, como no realizar estudios antes de iniciar un tratamiento, los informantes percibieron incomodidad (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020), médicos distantes (Fajardo, 2017) y atención despersonalizada. Se documentan experiencias en que se percibe que la atención cambia al conocer la identidad de género o las prácticas sexuales del paciente (Fajardo, 2017).

Hay estudios que dan detalles más específicos, por desgracia el número de informantes es pequeño y la cobertura del espectro LGBT es muy limitada (dos a catorce personas *trans*) (Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020; Fajardo, 2017), éstos mencionan: gestos y comportamientos como codeos, cambios de tono de voz, miradas “juzgantes” o despectivas del personal y otros usuarios (Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020; Fajardo, 2017), poco diálogo, evitar hablar de la identidad de género o las prácticas sexuales, acelerar la consulta o interrumpirla (Arenas, 2018), actitudes que son percibidas como “ofensivas” y que producen incomodidad y tensión,

deteriorando la comunicación. Otros componentes incluyen: distanciamiento corporal (Fajardo, 2017), pedirles que se coloquen cubrebocas, evitar tocarlos o usar precauciones excesivas, no saber cómo llamarlos, lenguaje tosco, culparlos de sus padecimientos, negarles la donación de sangre o la atención (Arenas, 2018). También se reportan términos despectivos y retardo injustificado en atenderlos (Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020); malos comentarios, murmuraciones y burlas (Fajardo, 2017) del personal tanto administrativo como médico (Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020), y violación de la confidencialidad de la información que dan en la consulta (Fajardo, 2017), un acto que reitera otros reportes sobre mujeres *trans* (Granados, Hernández y Olvera, 2017) es negarse a reconocer su nombre identitario, insistiendo en usar el asignado (de hombre). Se han identificado además, médicos que ridiculizan, coaccionan o incluso, acosan a pacientes transgénero y que frecuentemente deciden retardar la terapia antiretroviral en casos de VIH (Vijay, Earnshaw, Tee, Pillai, White, Clark, et.al., 2018).

El personal de salud mantiene la noción de anormalidad sobre LGBT, reproduciendo mitos, creencias, conductas (Villanueva y Lezana, 2017), manteniendo en su ejercicio profesional el prejuicio de que los homosexuales son promiscuos (Arenas, 2018) y que los motivos de sus consultas resultan de su conducta “desviada”, se asume que la sexualidad es su motivo de consulta (Arenas, 2018), ignorando otras motivaciones o descuidando otras áreas. La atención médica está atravesada por estereotipos de género y de sexualidad que los ligan a la reproducción, invisibilizando necesidades de lesbianas por ejemplo (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020), a las que no se les ofrecen condones femeninos o información sobre ITS debido a que por prejuicios sobre sus prácticas sexuales no se considera necesario o se les considera grupo de bajo riesgo (Silva, 2010). Otras experiencias hablan de prejuicios estigmatizantes como dar por sentado que los homosexuales portan ITS o VIH (Fajardo, 2017) por el solo hecho de serlo (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020).

Otras situaciones discriminatorias son dificultades administrativas para la afiliación y mala calidad, en la que destacan largos tiempos de espera y consultas rápidas y breves (Mejía y Benavides, 2008), aunque pudieran aplicar para la población general, estos estudios documentan una relación con la identidad sexogenérica, ya que los informantes mencionan haber sido estigmatizadas por su apariencia de género, sus prácticas sexuales o por considerarlos portadores de enfermedades infectocontagiosas (Villanueva y Lezana, 2017).

La experiencia de la discriminación tiene sus matices en relación a la identidad sexogenérica, lesbianas mencionan que son asumidas como

heterosexuales (Mejía y Benavides, 2008) y su salud sexual está matizada por el enfoque reproductivo que los médicos le dan a la sexualidad (Mejía y Benavides, 2008), para gays la atención médica está atravesada por la asociación de su orientación sexual al VIH-SIDA (Mejía y Benavides, 2008), para mujeres *trans* la discriminación resulta por no comprender necesidades específicas en procesos de reasignación (Zapata, Díaz, Barra, Maureira, Linares y Zapata, 2019), además que los médicos también las asocian al VIH-SIDA (Mejía y Benavides, 2008; Fajardo, 2017), para hombres *trans* su principal problemática es la invisibilización (Mejía y Benavides, 2008).

También se ha planteado el papel de los médicos, algunos expresan que no cuentan con conocimientos ni “herramientas” para atender a LGBT y desconocer que tienen necesidades específicas (Arenas, 2018; Fajardo, 2017). La prevalencia de prejuicios queda demostrada cuando se encuentra que profesionales de la salud consideran que las personas con VIH-SIDA son culpables de su padecimiento ya que piensan que la homosexualidad es la causa de esa enfermedad, piensan que debería prohibirse que las personas con VIH-SIDA usen baños públicos o albercas (16%) o que médicos seropositivos no deberían ejercer (36%) (Villanueva y Lezana, 2017). Este mismo estudio mostró que los médicos retrasan intencionadamente atender a personas con VIH en servicios de urgencias, cirugía y odontología (Villanueva y Lezana, 2017). La sexualidad de LGBT parece perturbar al personal de salud que los lleva a mostrar actitudes negativas que desalientan el uso de servicios (Silva, 2010), también se percibe temor en los médicos cuando atienden a personas *trans* ya que evitan tocarlos (Fajardo, 2017), ese miedo se asocia con la intención de discriminarlas (Saynes, 2019), la religión y especialidad juegan un papel importante en la expectativa (Vijay, Earnshaw, Tee, Pillai, White, Clark, et.al., 2018) de médicos por discriminar a personas *trans*, los psiquiatras tuvieron menos intenciones, se aduce que el estigma, el prejuicio, el temor y los estereotipos fueron los significados más asociados (Vijay, Earnshaw, Tee, Pillai, White, Clark, et.al., 2018; Saynes, 2019).

Las experiencias narradas ocasionan que LGBT aplacen la búsqueda de atención médica por temor al rechazo (Arenas, 2018; Villanueva y Lezana, 2017; Silva, 2010), uno de cada seis LGBT evitan buscar atención médica por la discriminación anticipada (Romani, Ladera, Quiñones, Ríos, Juárez y Vilchez, 2021), coincidiendo con otros reportes que mencionan que postergan consultar al médico, retrasan seguimientos de diagnósticos y tratamientos o no brindan información suficiente para su historia clínica (Cáceres, Travers, Primiano, Luscombe y Dorsen, 2020). Lo anterior produce baja cobertura de detección oportuna de

algunas enfermedades, estudios en lesbianas y mujeres bisexuales reportan que éstas tienen dos veces más probabilidad de no haberse realizado nunca una citología para detectar cáncer cervicouterino y que el 25% de hombres homosexuales nunca se ha hecho pruebas para ITS (Pastor, 2019). Adicionalmente, LGBT desarrollan una predisposición que se expresa en una actitud defensiva (Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020) que tensa y complica la relación con los médicos. En personas *trans*, la anticipación a la discriminación y la falta de asistencia a la atención médica, genera automedicación (Zapata, Díaz, Barra, Maureira, Linares y Zapata, 2019) y prostitución con sus respectivos riesgos y daños a la salud.

La discriminación en los servicios de salud, parece ser más grave en el caso de personas *trans* que tienen una doble prevalencia de maltrato en comparación con lesbianas, gays y bisexuales (Vijay, Earnshaw, Tee, Pillai, White, Clark, et.al., 2018), mostrando trayectorias que resultan verdaderos desafíos y con frecuencia son frustrantes (Silva, 2010).

Discusión

Se cuenta ya con una trayectoria importante en la investigación sobre problemáticas relevantes para LGBT, en el campo de la salud también son numerosos los estudios y se distinguen importantes aportes. No obstante, en el quehacer investigativo es importante mantener una revisión crítica para generar conocimiento nuevo. Hay retos de distinto orden, una problemática importante es obtener muestras significativas para el caso de estudios cuantitativos o informantes dispuestos a compartir su experiencia para estudios cualitativos. Lo anterior impone retos para conseguir la representación y validez externa ya sea del tamaño de la muestra o la contundencia del dato discursivo. Con frecuencia las muestras resultan pequeñas o muy heterogéneas a su interior y para el caso de la investigación cualitativa, con frecuencia no se alcanza a captar la amplitud de la diversidad del espectro LGBT.

En los estudios revisados pueden identificarse muestras pequeñas, por ejemplo, de 80 personas LGBT en las que mayoritariamente se accede más a hombres gays (Castelán, 2016). Aunque la mayoría de los trabajos recuperan datos de primera fuente, otros estudios con enfoque cuantitativo aprovechan datos secundarios de encuestas con mayor alcance (5386 registros) (Romani, Ladera, Quiñones, Ríos, Juárez y Vilchez, 2021) y otros recogen datos originales de regular alcance (436 registros) (Saynes, 2019). Algunos estudios cuantitativos se han enfocado al estudio del personal de salud con muestras mayores (370) pero localizadas geográficamente (Villanueva y Lezana, 2017) o se

orientan a identificar intenciones de discriminación por parte de médicos hacia personas *trans* (Saynes, 2019).

Por parte de los estudios cualitativos, éstos enfrentan problemáticas similares, si bien el criterio de representatividad no depende del número de informantes sino de la calidad del dato, ocurre que la misma diversidad del espectro LGBT se ve reducida con un bajo número de entrevistas en el que al final, cada identidad resulta poco representada. Aunque algunos estudios dicen basar su muestreo en la saturación teórica, el número final de informantes es limitado (8 o 14) (Arenas, 2018; Fajardo, 2017), más aún si se pretende dar cuenta de la diversidad del espectro LGBT y terminan siendo pocos los informantes por cada identidad (dos de cada una por ejemplo) (Arenas, 2018); otros estudios se enfocan sólo a un sector, la mayoría a personas transgénero (Fajardo, 2017).

Otra limitación es que regularmente, se reclutan informantes a partir de grupos organizados (Arenas, 2018; Fajardo, 2017) o activistas, que pueden no dar cuenta plena de otras realidades ya que generalmente, se trata de personas con mayor escolaridad y capacidad reflexiva sobre sus derechos. Es el caso principalmente de hombres gays y mujeres lesbianas quienes cuentan con más grupos organizados, pero no el de mujeres *trans* en quienes los niveles de escolaridad son menores.

Los estudios cualitativos han utilizado técnicas como entrevistas semiestructuradas a números pequeños de informantes (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020; Arenas, 2018; Fajardo, 2017), pero aportan información muy relevante de experiencias más concretas que los cuantitativos. Además de las entrevistas individuales, se han implementado técnicas como grupos de discusión con LGBT y profesionales de la salud (Mejía y Benavides, 2008; Arenas, 2018), los estudios sobre percepciones del personal médico siguen siendo escasos (Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020).

Los estudios con un enfoque mixto cualicuantitativo son pocos, esta revisión solo identificó uno (Mejía y Benavides, 2008). También hay otros enfoques como las revisiones bibliográficas sistemáticas, centrándose en las trayectorias individuales de LGBT en los servicios de salud (Silva, 2010).

Respecto del tratamiento que se da a los datos, los estudios cuantitativos calcularon frecuencias simples y medidas de tendencia central (Castelán, 2016) para describir, limitando sus posibilidades explicativas ya que incluso, no se plantean relacionar fenómenos o establecer relaciones de causa-efecto. Sin embargo también hay estudios con componente cuantitativo que establecieron asociaciones con análisis bivariados en los que se calcularon medidas de asociación y dispersión estadísticas (Mejía y Benavides, 2008; Silva, 2010), otros

calcularon razones de prevalencias y regresiones para un mayor número de registros (Mejía y Benavides, 2008).

Si bien los estudios cuantitativos muestran más limitaciones para recuperar con suficiencia experiencias, percepciones o significaciones, ha habido esfuerzos en encuestas con categorías predeterminadas que reportan asociaciones estadísticas importantes, por ejemplo, la relación entre no sentirse respetados por su identidad de género y no utilizar los servicios de salud (Mejía y Benavides, 2008), encontrando que el sector más afectado son las personas *trans*.

Los análisis cualitativos por su parte, permiten una mejor aproximación a la experiencia (Díaz, 1997) de situaciones concretas de discriminación, en éstos es muy importante el tipo de análisis del discurso que se aplica (Urza, Muñoz y Peña, 2013; Duranti, 2000), algunos (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020) procesaron la información con la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990; Strauss, 1987; Glaser y Strauss, 1967), otros analizaron el discurso mediante matrices con categorías preestablecidas (Mejía y Benavides, 2008; Ariza, Tilaguy y Trujillo, 2020), otros más refieren haber utilizado el análisis de contenido (Arenas, 2018) o la codificación abierta, axial y selectiva (Fajardo, 2017). Parece haber suficiente rigurosidad en el sustento teórico que guía los análisis de las transcripciones, sin embargo, en cuanto al reclutamiento de informantes hay ciertas inconsistencias cuando se argumenta que el criterio fundamental es la saturación teórica y mediante el reclutamiento por "bola de nieve" (Biernacki y Waldorf, 1981) pero entrevistan a un número pequeño de participantes.

La búsqueda realizada nos permite valorar que prevalecen los análisis generales, ya que se habla de potenciales dificultades, obstáculos estructurales y discriminación en general, entre otros aportes, también destacan la falta de sensibilidad del personal de salud (Rowan y Beyer, 2017) o su falta de empatía. Podría entenderse que tales aseveraciones se derivan de la obtención de datos primarios, pero en muchos casos, no queda claro su fundamento, ya sea porque están basados en fuentes secundarias o porque no fue su objetivo. Si bien resultan relevantes tales análisis, definir en qué consisten los actos discriminatorios, sigue siendo un tópico poco frecuente o tratado de forma colateral, la investigación científica desde la MS puede realizar importantes aportes.

Conclusiones

La investigación sobre la composición de los actos discriminatorios hacia LGBT ha producido evidencia empírica en torno a sus causas, sus características y su impacto. Se trata de actos que

incluyen comportamientos verbales, corporales y gestuales, así como acciones de rechazo y negación de la atención. Los estudios que han tenido como fuentes de información a médicos, revelan que las causas pueden encontrarse en la persistencia de un enfoque dicotómico de la identidad género y heteronormativo (Wittig, 2006) del comportamiento sexual, es con estos esquemas de pensamiento que los médicos abordan a pacientes LGBT y despliegan sus prejuicios o prenociones en el acto clínico, ellos mismos manifiestan temor y expectativas por discriminar, que ignoran la especificidad del perfil de SE de esta población y que carecen de información sobre cómo tratarlos. El impacto resultante es mala calidad por comunicación deficiente, descuido de otras áreas de salud, desaliento para buscar atención médica por experiencias discriminatorias previas, así como seguimiento y tratamiento discontinuo de padecimientos ya diagnosticados.

La investigación sobre discriminación a LGBT en la atención médica, enfrenta retos importantes, adicionalmente al problema de la representatividad, ocurre que los estudios se han concentrado en las personas que parecen ser más afectadas, mujeres *trans*, mientras que los estudios sobre varones gays, han privilegiado su relación con el VIH-SIDA, quedando aún pendientes más estudios sobre lo que ocurre con mujeres lesbianas. Falta también, enfocar más a los médicos, su formación y los enfoques teóricos prevalecientes en los contenidos sobre sexualidad en sus planes y programas de estudio.

Finalmente, ya sea en estudios de amplio alcance poblacional o estudios de casos, es importante ampliar la mirada y desarrollar enfoques interseccionales que consideren la clase social y grupo étnico, para conocer cómo experimentan la discriminación LGBT de clases trabajadoras, en ámbitos rurales o comunidades indígenas, esto aportaría mayor conocimiento sobre efectos sinérgicos de las diversas exclusiones culturales, ya que por ejemplo, en el caso de México, la seguridad social ha sido el mayor medio de acceso a los servicios médicos pero implica tener trabajo asalariado, las personas *trans* muestran menor acceso a esta modalidad de ingreso a los servicios médicos, la baja cobertura va desde ninguna persona *trans* de la muestra (Castelán 2016) hasta el 35% (Mejía y Benavides, 2008) de muestras más grandes.

Son necesarias acciones de combate a la discriminación en los ámbitos de la educación, el trabajo y el espacio público. La penalización de la discriminación, leyes y reglamentos que garanticen el acceso a los derechos, acciones afirmativas y de discriminación positiva para disminuir la inequidad y la vulnerabilidad, así como el establecimiento de cuotas en órganos de representación, son avances que aunque se están dando,

no sin resistencias y amenazas de retroceso (Granados, 2015), enfrentan el reto de valorar su efectividad.

Referencias

- Arenas, S.H. (2018). Experiencias de atención en salud de personas LGBT y significados del personal de salud que les atiende. Tesis de Maestría en Salud Pública, Colombia: Universidad El Bosque.
- Ariza, Y.N., Tilaguy, Y.F., Trujillo, N. (2020). Discriminación en contextos de salud: una mirada a partir de las narrativas construidas por personas transgénero y profesionales en salud en Villavicencio. Tesis de Licenciatura en Psicología. Colombia: Universidad de Santo Tomás.
- Bell, M.D. y Vila, R.I. (1996). Homicide in homosexual victims: a study of 67 cases from the Broward County, Florida, Medical Examiner's office (1982-1992) with special emphasis on "overkill". *Am J Forensic Med Pathol*, 17(1): 65-9.
- Biernacki, P. y Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: sampling and techniques of chain referral sampling. *Social Methods Res*, (10): 141-163.
- Cáceres, B.A., Travers, J., Primiano, J.E., Luscombe, R.E. y Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals perspectives on LGBT issues in long-term care: a systematic review. *Gerontologist*, 60(3):e169-e183.
- Castelán, R. (2016). *Investigación para la realización de un diagnóstico. Atención a personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en México. Informe del estado de Hidalgo*. México: Fundación Arcoiris.
- CONAPRED (Consejo Nacional para prevenir la Discriminación). (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010*. México: CONAPRED.
- CONAPRED (Consejo Nacional para prevenir la Discriminación). (2020). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2020*. México: CONAPRED.
- Definis, G.M. (1998). Homosexual homicides. *J Clin Forensic Med*, 5(4): 191-4.
- Díaz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una aproximación a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7(13): 5-15.
- Donnangelo, M.C. y Pereira, L. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. Sao Paulo: Librería Dos ciudades.
- Duranti, A. (2000). *Antropología lingüística*. Madrid: Cambridge University Press.
- Erosheva, E., Kim, H.J., Emlet, Ch. y Fredriksen-Goldsen, K.I. (2016). Social networks of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Res Aging*, 38(1):98-123.
- Estay, F., Valenzuela, A. y Cartes, R. (2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 85(4): 351-357.
- Fajardo IA. (2017) Acceso a los servicios de salud desde la percepción de las personas transgénero: influencias en salud. Tesis de Maestría en Salud Pública, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito.
- Ferro, C. (1996). *Primeros pasos en la teoría sexo-género*. Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica.
- Foucault, M. (1979a). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1979b). *Microfísica del poder*. España: La Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, H.J., Shiu, C., Goldsen, J. y Emlet, C.A. (2015). Successful aging LGBT older adults: physical

- and mental health related quality of life by age group. *Gerontologist*, 55(1):154-68.
- García, J.C. (1981). La medicina estatal en América Latina/I (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(30): 73-104.
- Glaser, B. y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Granados, J.A. (2006a). Medicina y homosexualidad. Prácticas sociales en tensión. *Cuicuilco*, 13(36): 293-319.
- Granados, J.A. y Delgado, G. (2006b). Homofobia y salud. *Salud Problema*, 11(20): 35-51.
- Granados, J.A. y Delgado, G. (2008). Mortality by homicide in homosexuals. Characterization of the cases registered in México between 1995 and 2000. *Am J Forensic Med Pathol*, 29(1): 43-48.
- Granados, J.A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, 9(17): 66-78.
- Granados, J.A., Hernández, P.A. y Olvera, O.A. (2017). Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres trans. *Salud Colectiva*, 13(14): 633-646.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Kelly, J., Lawrence, J., Smith, S., Hodd, H. y Cook, D. (1987). Medical student's attitudes towards AIDS and homosexual patients. *J Med Educ*, (62): 549-556.
- Laurell, A.C. (1978). Investigación en sociología médica. *Salud Problema*, 1(2): 18-20.
- Laurell, A.C. (1982). La salud y la enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1):7-25.
- López, O., Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social* 3(4): 323-335.
- Mathews, W.C., Booth, M.W., Turner, J.D. y Kessler, L. (1986). Physicians' attitudes toward homosexuality-survey of California county medical society. *West J Med*, (144): 106-110.
- Mejía, A., y Benavides, L.F. (2008). *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.* Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Menéndez, E. (1990a). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1990b). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: CONACULTA/Alianza Editorial Mexicana.
- Pastor, M. (2019). Lucha contra la discriminación y el estigma en contextos sanitarios *Monográfico ONGs* 7(19): 7-11.
- Romani, L., Ladera, K., Quiñones, D.M., Ríos, W., Juárez, A. y Vilchez, J. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 38(2): 240-7.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo Veintiuno.
- Rowan, N.L. y Beyer, K.J. (2017). Exploring the health needs of again LGBT adults in the cape fear region of North Carolina. *J Gerontol Soc Work*, 60(6-7):569-586.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de las mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30): 95-145.
- Saynes, F. (2019). Homofobia, efectos en la salud y estrategias de afrontamiento en hombres homosexuales: estudio de caso. Tesis de Maestría en Salud Pública, México: Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.
- Silva, J.F. (2010). Asistência à saúde de minorias sexuais e de gênero: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, 73(Suppl 6): e20190192.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientist*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A.L. y Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded theory, procedures and techniques*. New Park CA: Sage.
- Tájer, D. (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s and current challenges. *Am J of Public Health*, 93(12): 2023-2027.
- Urrea, E., Muñoz, A. y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria* 10(2): 50-57.
- Vendrell, J. (2010). Cultura, ciencia y política de las identidades sexogenéricas. *Inventio* 6(11): 72-78.
- Vijay, A., Earnshaw, V., Tee, Y.Ch., Pillai, V., White, J.M., Clark, K., et.al. (2018). Factors associated with medical doctors' intentions to discriminate against transgender patients in Kuala Lumpur, Malaysia. *LGBT Health* 5(1): 61-68.
- Villanueva, L.A. y Lezana, M.A. (2017). El derecho a la salud en una sociedad diversa. *Revista CONAMED*, 22(2): 55-57.
- Westwood, S., Willis, P., Fish, J., Hafford-Letchfield, T., Semlyen, J., King, A., et.al. (2019). Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda. *J Epidemiol Community Health*, 74(5):408-411.
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento hetero y otros ensayos*. Barcelona: Editorial EGALES.
- Zapata, A., Díaz, K., Barra, L., Maureira, L., Linares, J. y Zapata, F. (2019). Atención de salud de personas transgénero para médicos no especialistas en Chile. *Rev Med Chile*, (147):65-72.