



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud
Facultad de Medicina**

**NECESIDADES Y BARRERAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA
POBLACIÓN MILITAR LGBTTIQ+ EN MÉXICO**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

PRESENTA

Marko Augusto Ruiz Anguiano

Tutor principal

Dra. Marcela Agudelo Botero
Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

Comité Tutor:

Dra. Aremis Litai Villalobos Hernández Instituto Nacional
de Salud Pública

Dr. César Infante Xibillé
Instituto Nacional de Salud Pública

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., mayo 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las necesidades y barreras relacionadas con la atención a la salud de la población militar LGBTTIQ+ en México, desde su perspectiva y la de los prestadores de servicios de salud.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo, de tipo descriptivo, basado en entrevistas semiestructuradas. Se seleccionaron dos tipos de informantes: 1) militares LGBTTIQ+ y 2) prestadores de servicios de salud (médicos generales, médicos especialistas y psicólogos) que laboran en las Fuerzas Armadas Mexicanas. En ambos casos, la selección de la muestra fue a través de la técnica de bola de nieve. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, vía Zoom. Para el análisis se utilizó el enfoque fenomenológico, con el fin de situar a los participantes en sus propios entornos y vivencias. La codificación y extracción de citas se hizo con el apoyo del software Atlas-ti®.

Resultados: Se encontró que, tanto para los entrevistados es difícil reconocer las necesidades de salud de las personas LGBTTIQ+, aunque esto lo atribuyen a barreras asociadas, principalmente, a miedos y prejuicios por abordar aspectos de género en las consultas médicas y psicológicas, a la falta de entrenamiento del personal de salud sobre temas relacionados con las personas LGBTTIQ+ así como a los propios códigos internos dentro del servicio militar que dificultan hablar explícitamente de la sexualidad en los espacios de salud. **Conclusiones:** Las barreras en la atención a personas LGBTTIQ+ en las Fuerzas Armadas Mexicanas corresponden a las encontradas en estudios previos, sin embargo se ven marcadas por la doctrina militar que existe en esas organizaciones. Además, los servicios de salud, en el ámbito militar, deben considerar la diversidad sexual de su personal, con el fin de adecuar la atención en función de las necesidades sentidas de las personas LGBTTIQ+. Se debe capacitar al personal de salud en temas que favorezcan la Atención Centrada en las Personas LGBTTIQ+ para evitar las barreras en los servicios médicos.

Palabras clave: personas LGBTTIQ+, militares, prestadores de servicios de salud, necesidades de salud, barreras de atención.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, mi nueva alma máter, que abrió en mí un nuevo capítulo de vocación médica; a mi directora de tesis, mis profesores, tutores y compañeros que me acompañaron a lo largo de este satisfactorio camino.

Y, en especial, a todas aquellas personas que participaron en este proyecto, siempre fue y será con la intención de mejorar la salud de las personas LGBTTIQ+.

Índice

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Derechos humanos y derechos en salud de las personas LGBTTIQ+	8
1.2 Las personas LGBTTIQ+ en México	11
1.3 Necesidades de salud de las personas LGBTTIQ+	14
1.4 Barreras en la atención a la salud de las personas LGBTTIQ+.....	18
1.4.1 Barreras de atención a la salud desde la perspectiva de las personas LGBTTIQ+	19
1.4.2 Barreras de atención a la salud desde la perspectiva del personal de salud.....	20
1.4.3 Barreras de atención a la salud derivadas del sistema de salud.....	21
1.5 Las personas LGBTTIQ+ en las fuerzas militares.....	23
1.6 Planteamiento del problema	24
1.6.1 Objetivo	26
1.6.2 Justificación.....	26
1.6.3 Hipótesis	26
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL	27
2.1 Conceptos clave sobre la diversidad sexual.....	27
2.2 Concepto de necesidad de salud	29
2.3 Necesidades de salud no reconocidas	30
2.4 Proceso de atención a la salud	31
2.5 Modelo de atención centrado en las personas.....	33
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	40
3.1 Contexto del estudio	40
3.2 Diseño y población de estudio.....	41
3.3 Recolección de datos	42
3.4 Análisis de la información	43
3.5 Consideraciones éticas.....	44
3.6 Conflicto de interés	44
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	45
4.1 Características de la población de estudio	45

4.2 Eje 1: El significado de ser militar LGBTTIQ+ y la estructura de poder jerárquico	46
4.3 Eje 2: Las necesidades de salud de los militares LGBTTIQ+	51
4.3.1 Prácticas y estilos de vida saludable	54
4.4 Eje 3: Barreras identificadas en el sistema de salud para la atención de las personas LGBTTIQ+	55
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	63
5.1 Conclusión.....	66
5.2 Fortalezas y limitaciones del estudio	67
REFERENCIAS	69
ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

En México, y alrededor del mundo, las personas LGBTTIQ+ continúan siendo víctimas de violencia, discriminación y objeto de violación a sus Derechos Humanos, motivo por el cual desde el 2011, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han exhortado a sus estados miembros a impulsar mejoras en sus sistemas de salud para reducir las inequidades, mejorar la condición de vida de este grupo minoritario y solventar sus necesidades sanitarias. El derecho a la salud de las personas LGBTTIQ+ se ve afectado por la falta de acceso efectivo a una atención sanitaria con calidad y calidez, de ahí que resulte relevante conocer las necesidades y barreras que enfrentan las personas LGBTTIQ+ relacionadas con la atención a la salud y, de forma muy particular, los que laboran dentro de las fuerzas armadas mexicanas, ya que es un grupo dentro de la población LGBTTIQ+ del que poco se conoce. La pregunta que guio esta tesis fue: ¿Cuáles son las necesidades y las barreras en la atención a la salud de las personas LGBTTIQ+ desde su propia perspectiva y la de los prestadores de servicios de salud?

El presente trabajo se divide en cinco capítulos, además de esta introducción y los anexos. En el primer capítulo se presenta la revisión de la literatura sobre aspectos como el concepto de la diversidad sexual, el desarrollo y alcance de los derechos humanos y los derechos a la salud de las personas LGBTTIQ+, además de las necesidades específicas de esta población y las barreras que han sido reportadas para acceder a los servicios de salud. En particular, aunque existe poca información, se hace una exploración sobre la situación de las personas LGBTTIQ+ en las fuerzas armadas. Posteriormente, en este mismo capítulo se presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, el objetivo, la justificación e hipótesis de esta tesis. En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico-conceptual donde se retoman temas relacionados con el proceso de búsqueda de atención para la resolución de problemas de salud, el rol de los prestadores de

servicios de salud y de los pacientes en la cadena de atención médica, la definición de las necesidades de salud y el modelo de atención centrado en los pacientes, como un enfoque para la atención de grupos vulnerables como lo pueden ser las personas LGBTTIQ+.

En el tercer capítulo se describe la metodología empleada en este estudio, se especifican los criterios de selección de los participantes, los procedimientos que se siguieron para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas, además del marco de análisis que se siguió; asimismo, se explican las consideraciones éticas y los conflictos de interés. En el cuarto capítulo se muestran los resultados de la investigación, considerando las experiencias, tanto de las personas LGBTTIQ+ militares como de los prestadores de servicios de salud. Siguiendo los objetivos, se contrastan las perspectivas sobre las necesidades de salud de las personas LGBTTIQ+, las necesidades de salud identificadas por los prestadores de salud y las barreras percibidas para un adecuado abordaje de dichas necesidades. Finalmente, en el quinto capítulo, se hace una discusión de los hallazgos obtenidos, alrededor de otros estudios previos, se presenta la conclusión de esta tesis y se presentan las limitaciones del estudio.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se hablará sobre el tema de los derechos humanos de las personas de la diversidad sexual, haciendo hincapié en el derecho a la salud. Posteriormente, se presentará información sobre las necesidades y barreras en salud de las personas LGBTTIQ+ a partir de estudios previos, tanto en el ámbito internacional como nacional. Por último, se hará mención sobre la situación de las personas LGBTTIQ+ en las fuerzas militares y cómo se ha estudiado en función de su salud. Finalmente, se plantea el problema de investigación, entendiendo la relevancia de estudiar las necesidades y barreras en la atención a la salud de las personas LGBTTIQ+ militares. Se formula la pregunta de investigación, el objetivo y la justificación de este estudio.

1.1 Derechos humanos y derechos en salud de las personas LGBTTIQ+

La diversidad sexual no es un trastorno mental o físico, pues, al contrario, es parte esencial de la identidad de las personas, Además, ser una persona LGBTTIQ+ no representa ningún obstáculo en sí para llevar a cabo las actividades cotidianas dentro la familia o las sociedades (Lamda Legal, 2013). La violación a los derechos de las personas LGBTTIQ+ es considerado un fenómeno complejo, de múltiples orígenes y características, presente en todos los ámbitos sociales. Los actos de violencia hacia las personas LGBTTIQ+ son conocidos como crímenes de odio, actos homofóbicos o transfóbicos. Por su parte, los homicidios de personas LGBTTIQ+ se caracterizan por perpetrarse con altos niveles de ensañamiento y crueldad (CIDH, 2015).

Diversos estudios han encontrado que las personas LGBTTIQ+ viven constantemente expuestas al acoso, burlas, hostigamiento, ciber-acoso, discriminación, criminalización, exclusión y violencia, tanto física como psicológica.

Esto en el ámbito familiar, escolar, laboral y social. Muchas veces, estos actos no son denunciados o se carece de un sistema efectivo para garantizar sus derechos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015).

En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió eliminar la homosexualidad del Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) e instó a rechazar toda legislación discriminatoria contra gays y lesbianas. Entre tanto, en 1990 la OMS retiró la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales. Posterior a esto, se han emitido diversos instrumentos normativos y legislativos, a nivel internacional (Cuadro 1) y nacionales (Cuadro 2), en donde se busca reconocer y garantizar la protección de los derechos humanos de estas personas. Respecto al derecho a la salud de las personas LGBTTIQ+, México desarrolló políticas y programas con la intención de proteger y mejorar la atención sanitaria otorgada a esta población vulnerable.

En las últimas décadas, es cada vez mayor el número de personas de la comunidad LGBTTIQ+ que piden y demandan que sus derechos en salud sean considerados y defendidos, solicitando, principalmente, que los gobiernos garanticen una vida digna para ellos, se respete la toma de sus decisiones informadas y que, en caso de que su independencia se vea restringida o limitada por su estado clínico, el sistema sanitario respete su autodeterminación, preferencias, intereses, deseos y necesidades de salud.

Cuadro 1. Instrumentos normativos relacionados con los derechos de las personas LGBTTIQ+ a nivel internacional

Acuerdos, Norma o Convenio	Derecho
Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud, 1990.	Aprobó la revisión del CIE-10 y reconoció que la homosexualidad no es un trastorno.
Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994.	Reconoció la diversidad en la composición, estructura y formas que tienen las familias, teniendo en cuenta sus necesidades y derechos y presten apoyo y protección necesarios.
Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género, 2006.	<p>Principio 17: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud estipuló la necesidad de medidas legislativas, administrativas, para el acceso a establecimientos, productos y servicio de sin importar su orientación sexual o identidad de género y que estos estén diseñados a modo de mejorar su salud y necesidades singulares; el desarrollo de programas contra la discriminación y prejuicios; defensa de la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones; acceso a tratamiento, atención y apoyo complementario con relación a modificaciones corporales por reasignación de género; el trato libre de discriminación hacia los pacientes y sus parejas y la adopción de políticas y programas de educación para el personal que presta servicios médicos a personas de la diversidad sexual.</p> <p>Principio 18: Protección contra abusos médicos, sobre adoptar acciones legislativas y administrativas necesarias para minimizar las prácticas clínicas perjudiciales con base en la orientación sexual o de identidad de género; garantizar la protección contra procedimiento o investigaciones médicas carentes de ética o no consentidas y que ningún tratamiento o consejería médica o psicológica considere la orientación sexual e identidad de género como trastornos de la salud a ser tratados, curados o suprimidos.</p>
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. ONU, 2013.	Reconoció que la discriminación y la violencia basada en la orientación sexual y la identidad de género sitúan a las personas LGBTTIQ+ en una posición de vulnerabilidad, impidiendo el acceso a la igualdad y al pleno ejercicio de la ciudadanía.
Consejo de Derechos Humanos de la ONU, 2016.	Evaluó la aplicación de instrumentos internacionales vigentes de los derechos contra la violencia y discriminación LGBTTIQ+, además de considerar las causas.
Organización Mundial de la Salud, 2018.	Eliminó de la CIE 11 la “incongruencia de género” para la transexualidad del capítulo de las enfermedades mentales, perdiendo así la categoría de trastorno psicológico.

Fuente: Elaboración propia con base en acuerdos, normas y convenios internacionales

Cuadro 2. Instrumentos normativos relacionados con los derechos de las personas LGBTTIQ+ a nivel nacional

Acuerdo, Norma o Convenio	Derecho
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917	<p>Artículo 01: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”</p> <p>Artículo 04: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”</p>
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, DOF, México 2003.	<p>Artículo 1, párrafo segundo, fracción III: Considera como discriminación: <i>“Realizar o promover la violencia física, sexual o psicológica, patrimonial o económica por la edad, género, discapacidad, apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual...”</i></p> <p>Artículo 09: Considera como acto de discriminación, el “Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico”</p>
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, Secretaría de Salud, México 2017.	Garantizó el acceso efectivo y libre de discriminación a la atención en salud para las personas LGBTTIQ+. Estableció guías de referencia para su atención y fomenta el respeto a los derechos humanos de las personas LGBTTIQ+

Fuente: Elaboración propia con base en leyes y protocolos mexicanos.

1.2 Las personas LGBTTIQ+ en México

Entender cuál es el contexto en el cual viven y se desarrollan las personas LGBTTIQ+ en México permite comprender el por qué constantemente se le denomina una población vulnerable. A continuación, se presentan algunos de los datos arrojados por algunas encuestas y estudios en esta materia, los cuales sirven como diagnóstico de la situación actual de estas personas.

A partir de la Encuesta Nacional sobre discriminación en México (ENADIS, 2010) se encontró qué:

- Del total de personas LGBTTIQ+ encuestadas, 52% identificó a la discriminación como su mayor problemática, y que la situación se agrava aún más conforme el nivel socioeconómico de las personas disminuye. Los entrevistados percibieron más intolerancia de la policía y la gente de su iglesia o congregación, en contraste con la que percibían de su familia, sus amigos y los servicios de salud. Las mujeres lesbianas afirmaron haber percibido mayor intolerancia en los servicios de salud que los hombres homosexuales.
- Un estudio realizado por Yaaj (2016), a partir de un muestreo por conveniencia , compuesto por 1079 personas jóvenes LGBTTIQ+ con un rango de edad entre los 12 y los 29 años, se observó qué: 59.8% eran hombres gays, 12.5% mujeres lesbianas, 20% se autodeterminaban como bisexuales, 6.1% pansexuales y tan solo 1.6% se consideraban así mismo como heterosexuales.
- En cuanto a la identidad de género de los participantes: 69.2% eran hombres, 23.5% mujeres, 4.4% personas trans, 1.8% disidentes y solo 1.1% con identidad queer.
- De igual forma del total de los participantes, 62% manifestó haber sido víctima de violencia en la escuela, 41% haber sido excluido o marginado del ambiente familiar, 40% haber sido excluido de un espacio o grupo religioso, 30% haber sido violentado por agentes de la policía y 25% se le impidió donar sangre.
- En el mismo sentido, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y Fundación Arcoíris sobre atención a personas LGBTTIQ+ en México (2016) realizó un estudio en el 2015, donde de 425 personas encuestadas con afiliación al IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, servicios privados, o que no contaban con afiliación alguna, se encontró que 1 de cada 10 personas no acudían a los servicios de salud por considerarlos malos. 6 de cada 10 consideraron que el personal médico o personal de enfermería pocas veces estaba capacitado para atender

personas LGBTTIQ+. y 6 de cada 10 personas señalaron que no había servicios de salud adecuados para la atención de personas LGBTTIQ+.

La mayoría de las personas encuestadas manifestó su orientación o identidad sexual al momento de atenderse en los servicios de salud, pero muchos preferían no hablar de su condición LGBTTIQ+ durante su consulta sanitaria; entre algunas de las razones que tuvieron fue: el haber recibido comentarios peyorativos sobre su condición en el pasado, habérseles negado la atención por ser detectados como integrantes de la diversidad sexual y el no haber recibido información sobre enfermedades o padecimientos relacionadas con su condición LGBTTIQ+; sobre todo, de aquellas situaciones que tienen que ver con los riesgos específicos en los tratamientos hormonales o las infecciones de transmisión sexual (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y Fundación Arcoíris, 2016)

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (2020) en su Encuesta Intersex, encuestó a 89 personas intersexuales de 24 entidades federativas en México, de las cuales seis de cada diez personas que participaron en el estudio se les asignó el sexo femenino al nacer (58.4%) y a cerca de cuatro de cada diez el sexo masculino (37.1%), mientras que 4.5% reportó no tener seguridad del sexo que le fue asignado al nacimiento. En el caso de las personas cuyo sexo asignado al nacer fue masculino, 46.7% se identificaron como hombres, mientras que 40% se identificaron como mujeres y 13.3% con otra identidad. Las personas cuyo sexo asignado al nacer fue femenino, 61.2% se identificaron como tal, 24.5% como hombres y 14.3% con otra identidad. A su vez, entre las personas que no estaban seguras del sexo asignado al nacer, ninguna se identificó como hombre, 33.3% se identificó como mujer y 66.7% con otra identidad de género. Además, en cuanto a las cirugías relacionadas con el sexo asignado al nacimiento se documentó que cuatro de cada diez personas reportaron haber tenido alguna cirugía en su vida, cinco de cada diez dijeron que no han sido sometidos a procesos quirúrgicos relacionados a su sexo asignado al nacimiento y una de diez contestó no saber (CONAPRED, 2020).

Por otro lado, en el Informe del Observatorio Nacional de Crímenes contra Personas LGBT (2020) se documentaron 209 casos de crímenes de odio entre 2014 y 2020. De estos, 112 se identificaron como homosexuales, 17 como lesbianas, 15 eran heterosexuales y 2 bisexuales, mientras que, de 63 de las víctimas no se sabe su orientación sexual. Además, este mismo informe reportó 11 desapariciones forzadas y 43 asesinatos de personas LGBTTIQ+. Las principales causas de muerte de estas personas fueron: impactos de bala (26.7%), ataques con arma blanca (24.3%), golpes (15.7%) y asfixia (12.9%).

1.3 Necesidades de salud de las personas LGBTTIQ+

De acuerdo con lo expuesto previamente, es evidente que uno de los derechos más vulnerados de las personas LGBTTIQ+ es el de la salud. De este modo, las personas LGBTTIQ+ tienen un riesgo mayor de sufrir ciertas condiciones o enfermedades, tanto mentales como físicas, así como, menos acceso a la atención médica y peores resultados de salud. De acuerdo con la OMS, las personas LGBTTIQ+ poseen una mayor disparidad y peores resultados en salud, en comparación con la población heterosexual, entre las que podemos encontrar:

- Mayores tasas de depresión, ansiedad, tabaquismo, uso y abuso del alcohol, consumo de sustancias psicotrópicas, ideación e intento suicida, niveles de estrés crónico, aislamiento social y el poco uso de servicios de salud en medicina y psicología.
- Las mujeres lesbianas y bisexuales pueden usar servicios de salud preventivos con menor frecuencia que las mujeres heterosexuales y pueden correr un riesgo mayor de sufrir obesidad y cáncer de mama.
- Los hombres homosexuales tienen un riesgo mayor de contraer la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual, incluidas las hepatitis virales.

- Las personas LGBTTIQ+ de mayor edad se enfrentan con mayores obstáculos para acceder a servicios de salud debido al aislamiento y a la falta de servicios sociales y de proveedores culturalmente competentes.
- La falta de apoyo de las familias o las comunidades lleva a que los jóvenes LGBTTIQ+ tengan una probabilidad significativamente mayor de no tener hogar, lo que da lugar a otros problemas sociales y de salud.
- Las personas transgénero tienen una alta prevalencia de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual, victimización, trastornos de salud mental y suicidio, y tiene menos probabilidades de tener un seguro de gastos médicos que las personas de heterosexuales e inclusive menos probabilidad que las lesbianas, gays, bisexuales, etc. LGBTTIQ+. También se encuentran en mayor peligro de estar desempleadas, experimentan discriminación en el lugar de trabajo y son víctimas de la violencia en la comunidad.

A nivel psicológico, varios estudios han documentado que las personas LGBTTIQ+ presentan mayores riesgos de padecer distintos trastornos mentales. En este sentido, Gilman *et al.*, 2001; King *et al.*, 2008; Hatzenbuehler *et al.* 2009 y Bostwick *et al.*, 2010 en sus distintos estudios, han documentado que las personas LGBTTIQ+ tienen mayores:

- Tasas de depresión y ansiedad, siendo 1.5 veces más que en la población heterosexual.
- Desórdenes del estado de ánimo
- Desórdenes de ansiedad
- Estrés postraumático
- Uso y abuso de alcohol
- Intentos e ideación suicida, la cual es 4 veces más que en la población heterosexual.

Meyer, en 1995, desarrolló un abordaje psicosocial del concepto de estrés de las minorías, entendiendo que las personas pertenecientes a grupos minoritarios, como las personas LGBTTIQ+ son socialmente objeto de prejuicios y se ven expuestos a estresores sociales, definidos por sus grupos de pertenencia. Para describir este tipo particular de estrés definió las siguientes características:

- 1) Es único, en tanto es aditivo al estrés vivido por las personas en general y requiere un esfuerzo adicional para hacerle frente.
- 2) Es crónico, dado que las posiciones sociales derivadas de estas categorías tienden a ser permanentes.
- 3) Tiene una base social, es decir, deriva de procesos sociales, instituciones y estructuras, más allá de los acontecimientos individuales.

Por su parte, el uso de drogas recreativas (legales o no) es común en personas de la comunidad LGBTTIQ+. En estudios realizados por King *et al.*, 2008 y McCabe *et al.*, 2013 se demostró que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen tasas más altas de tabaquismo, mayor probabilidad de ser fumadoras pasivas y mayor abuso de alcohol y drogas. Santos *et al.*, 2014 realizaron encuestas a personas transgénero, encontrando, entre otras cosas, que 30% de las personas LGBTTIQ+ refirió hábitos de tabaquismo, comparado con el 20% de la población adulta norteamericana en general. Asimismo, 58% de mujeres transgénero de San Francisco, EE.UU. bebían alcohol, mientras que el 43% consumían drogas como marihuana, metanfetaminas, crack y cocaína.

De la misma forma, Duncan *et al.* 2014, reportó a partir de una encuesta realizada a 1292 estudiantes de escuelas públicas en Boston, EE. UU. que un tercio de los alumnos auto identificados como LGBTTIQ+ dijo haber consumido marihuana en los últimos 30 días, en comparación con el 18.4% de sus contrapartes heterosexuales; además cerca del 10% de los alumnos LGBTTIQ+ dijo haber consumido drogas lícitas en los últimos 30 días, comparado con el 2% de los alumnos heterosexuales.

Por su parte, Hibbert *et al.* 2020 reportó, en el Reino Unido, que 40% de los hombres gays habían usado una o más sustancias: cannabis, anfetaminas, cristal, cocaína, éxtasis, éxtasis líquido (GHL), ketamina, mefedrona, poppers, otras sustancias) en los últimos 12 meses, siendo las más comunes “poppers” y cannabis, mientras que 37% de las mujeres lesbianas tenían entre el consumo más común el cannabis y la cocaína en polvo.

Respecto a las enfermedades de transmisión sexual, si bien, todas las personas que tienen prácticas sexuales corren el riesgo de adquirir alguna de estas enfermedades, en algunas ocasiones, el riesgo puede ser más alto en personas LGBTTIQ+. Por ejemplo, Agenor *et al.*, 2015 describieron que las mujeres lesbianas y bisexuales, pudieron haber adquirido el virus de papiloma humano (VPH) de parejas sexuales hombres, o por transmisión de mujer a mujer. De la misma forma, en el trabajo realizado por Gorgos y Marrazzo (2011) se menciona que el virus de herpes simple 1 y 2, *Trichomonas vaginalis*, sífilis y el virus de hepatitis A pueden ser transmitidos entre parejas sexuales de mujeres, y el riesgo varía dependiendo de la práctica sexual realizada. Además, Mayer (2011) documentó que las prácticas sexuales de hombre-hombre incrementan el riesgo de adquirir el VIH, sífilis, gonorrea, clamidia, virus de papiloma humano anal y hepatitis B y C.

Las necesidades de salud también incluyen acciones de promoción y prevención de enfermedades. De tal manera, Workowski *et al.*, 2015 planteó que las personas LGBTTIQ+ deben recibir la vacuna contra el VPH antes de los 26 años y las inmunizaciones contra la Hepatitis A y B y meningococo para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Además, Boehmer *et al.*, 2007 y Dilley *et al.*, 2010 encontraron que en las mujeres bisexuales hay tasas más altas de sobrepeso y obesidad, mientras que Calzo *et al.*, 2014 informó mediante un estudio de cohorte de 1995-2005 realizado en EE. UU., que los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales entre 12 y 22 años realizaban entre 1.2 y 2.6 horas menos de actividad física, comparados con población heterosexual de su mismo rango de edad.

La prevención de la violencia y la discriminación es también una necesidad latente entre las personas LGBTTIQ+. Esta violencia puede ser física, sexual y psicológica y presentarse tanto en el ámbito del hogar, en las relaciones de pareja, como en otros contextos como la escuela, el trabajo y los espacios públicos. En el año 2000, a través de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres de EE. UU. se reportó que 21.5% de los hombres y 35.4% de las mujeres que vivía en pareja y tenía parejas del mismo sexo había sufrido violencia física (*National Institute of Justice; National Violence Against Women Survey, Centers for Disease Control and Prevention & National Center for Injury Prevention and Control, 2000*). Por su lado, Stephenson *et al.*, 2010 reportó que, 11.8% de los hombres que tienen sexo con hombres había sufrido abuso físico por parte de su pareja y 4% declaró haber tenido relaciones sexuales de forma forzada.

De la misma forma, en un estudio realizado en Massachusetts, EE.UU., por Conron *et al.*, 2009, se encontró que de 1600 personas encuestadas, 36% de las personas transgénero y 14% de las personas gays y lesbianas aceptó haber sufrido abuso físico por parte de sus parejas; de la misma forma, Rocha-Buelvas (2015), identificó en un estudio realizado en Colombia, sobre las conductas suicidas en minorías sexuales, que el estigma social, sexismo y la homofobia fueron factores de riesgo para la violencia de género, sexual y autoinfligida, siendo esta última, resultado de la exclusión que viven las personas LGBTTIQ+ de la cotidianeidad pública y privada.

1.4 Barreras en la atención a la salud de las personas LGBTTIQ+

Uno de los principales grupos vulnerables que presentan barreras en el acceso a los servicios de salud son las personas LGBTTIQ+, debido a la alta discriminación sufrida, especialmente, ante la aparición del VIH/SIDA en la década de 1980, ya que este fue uno los grupos más afectados por esa enfermedad (OPS, 2018). Las barreras a la salud que pueden enfrentar las personas LGBTTIQ+ son diversas y multifactoriales, incluyen desde la discriminación total hasta una atención inferior al promedio. Algunos tipos de barreras son (OMS/OPS, 2015):

- Una comprensión inadecuada de los problemas específicos de este grupo: por ejemplo, no abordar las necesidades especiales de atención de salud de las personas LGBTTIQ+ ni los temas de salud relativos a lesiones y a aspectos conductuales asociados con la discriminación.
- La negación de la atención: por ejemplo, cuando se rechaza a las personas en los hospitales o consultorios locales, debido a quienes son o se supone que son.
- La atención inadecuada o inferior al promedio: por ejemplo, el abuso verbal, el comportamiento irrespetuoso o el proveedor que sencillamente no se toma el tiempo de abordar adecuadamente las necesidades del paciente.
- La restricción para incluir a personas importantes en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo o de toma de decisiones
- Las suposiciones inapropiadas acerca de la causa de la enfermedad o los trastornos relacionados con el comportamiento.

1.4.1 Barreras de atención a la salud desde la perspectiva de las personas LGBTTIQ+

En un estudio realizado en Suiza por Risher *et al.*, 2013 se informó que: 55.9% de las personas LGBTTIQ+ tuvo miedo de buscar atención en salud como resultado de su orientación o prácticas sexuales, y que los pacientes sentían recibir una calidad en atención clínica inferior debido a su orientación o práctica sexuales.

Respecto a la entrevista clínica y la veracidad de la información, Harkness *at al.*, 2021 encontró en su estudio que de 183 hombres gays, sexualmente activos, que participaron en su estudio: 30.6% no revelaron su orientación sexual a su prestador de servicio de salud, 25.1% no se sintió cómodo hablando de sexualidad con el profesional de la salud, 45% no tocó el tema de VIH con el profesional de salud y 35.5% no habló de su práctica sexual con su médico tratante.

El estudio realizado por Bristowe *et al.*, 2017, estos también detectaron que muchos pacientes presentaban miedo o duda de compartir parte de sus experiencias personales y de índole sexual con su médico tratante, debido a que, durante décadas, el hablar de esos temas era algo prohibido, y no estaban habituados a compartir estas situaciones en temas relacionados con la atención a la salud.

1.4.2 Barreras de atención a la salud desde la perspectiva del personal de salud

Petroll y Mosack en 2011 encontraron que los médicos son mucho más propensos a otorgar servicios de salud apropiados a un paciente LGBTTIQ+, cuando el profesional de salud es consciente de la identidad de género y orientación sexual de sus pacientes. Sin embargo, Risher *et al.*, 2013 documentaron que, de 320 hombres entrevistados en Suiza, sólo 60.4% revelaba su orientación sexual al personal de salud, y de éstos, 68.3% habían experimentado discriminación como resultado de su orientación y prácticas sexuales.

Por su parte, Bristowe *et al.*, 2018 en el Reino Unido, identificaron en su estudio con 40 personas LGBTTIQ+ con enfermedades avanzadas (enfermedades terminales y crónicas-degenerativas) que cuando el profesional de la salud reconocía la identidad sexual del paciente e inclusive preguntaba sobre su pareja sentimental y mostraba respeto y aceptación, disminuía la sensación de incomodidad durante la consulta médica. Sin embargo, no en todos los casos el cuestionar al paciente sobre su identidad/orientación sexual es favorable, como lo demostró Müller (2017) con usuarios LGBTTIQ+ de servicios de salud interrogados en grupos focales en Sudáfrica, quienes reportaron conductas poco profesionales por parte de sus médicos tratantes al mostrar una obsesiva curiosidad por su orientación sexual e identidad de género.

Es importante indicar que, si bien, las personas LGBTTIQ+ pueden presentar las barreras mostradas anteriormente, en el caso de las mujeres transexuales, a diferencia de las personas cisgénero (cuando la identidad de género corresponde

con el sexo asignado al nacimiento), pueden afrontar además una serie de dificultades en el uso y acceso a los servicios de salud. Estas dificultades se constituyen como barreras que impiden el buen cuidado de la salud de estas mujeres (Stuart *et al.*, 2015). De esta manera, entre los actos de discriminación más comunes se encuentran las miradas lascivas por parte del personal de salud hacia ellas y el poco respeto a su identidad femenina, pues con frecuencia el personal de salud no respeta el pronombre femenino con el que se identifican, a menos que ellas se los exijan. Asimismo, existe la percepción entre de estas mujeres de un trato distante por parte del personal de salud al dirigirse a ellas mientras las atienden (OMS/OPS, 2013).

1.4.3 Barreras de atención a la salud derivadas del sistema de salud

En un estudio realizado en Sudáfrica, Müller, en 2017, se identificó, mediante una investigación cualitativa, que los participantes percibían que los servicios de salud para necesidades de salud específicas relacionadas con su orientación sexual o género no estaban disponibles, mientras que, ninguno de los participantes recibió información específica para personas LGBTTIQ+ en los establecimientos de salud. Asimismo, los usuarios del servicio de salud declararon que, debido a la no disponibilidad de servicios especializados, solían acudir a organizaciones gubernamentales (ONG) cuando buscaban información acerca de riesgos e inquietudes con respecto a ser LGBTTIQ+.

En un estudio realizado por Newman *et al.*, 2014, también en Sudáfrica, se encontró que las mujeres transexuales no estaban consideradas en la legislación y las reformas a los programas de salud. De igual forma, Bateman en el 2011, encontró que la gente transgénero en Sudáfrica que aspiraba a una transición tiene muchos inconvenientes, debido a que el sector público tiene un limitado número de establecimientos en salud para ofrecer esos servicios, además de que los servicios para personas trans requieren de evaluaciones psicológicas, terapia hormonal y cirugías de transición de género. De la misma forma, McAdams *et al.*, 2014, describieron que la población de hombres gay encaraba estigma y discriminación,

tanto en la sociedad como en los establecimientos de cuidados a la salud; detectándose que el prejuicio social contribuye a resultados negativos en salud mental y en un aumento en el riesgo de contraer VIH en personas gays.

Por su parte, Rispel *et al.*, 2011, describió en su estudio, que de forma general, las unidades de salud no responden a sus necesidades de los hombres gays, y además tienen un dejo de estigma y discriminación; al momento de elegir su unidad de atención médica solo 7% de los pacientes LGBTTIQ+ escogen clínicas y hospitales gubernamentales y 96.1% preferirían asistir a servicios de salud especializados para hombres gays. En contraste, 62.3% de los participantes indicaron que preferirían acceder a centros de atención a la salud gay para evitar unidades en salud heteronormadas.

Según la encuesta exploratoria de las experiencias de personas trans que utilizaron servicios de salud en Colombia (2018), reportó que 85% de la población entrevistada considera que el servicio de salud no cuenta con la suficiente sensibilidad para atender y solventar las necesidades de las personas transgénero, 83% considera que los profesionales de la salud no tienen las competencias requeridas para atender a personas transgénero, 69% piensa que los servicios de salud no son inclusivos y 57% decide no usarlos por preocupación a que la atención recibida se vea afectada por el género con el cual se identifican (Ministerio del Interior de Colombia, 2018).

En otro estudio realizado en Colombia por Calderón *et al.*, en 2019 se identificó que entre las barreras más comunes en la atención a la salud de las personas LGBTTIQ+ era el gasto de bolsillo, derivado del uso de servicios de salud sexual y reproductiva y su interrelación con la falta de aseguramiento en salud, así como los trámites que debían realizar en todos los niveles del sistema de salud.

1.5 Las personas LGBTTIQ+ en las fuerzas militares

Aunque la mayoría de estudios sobre las personas LGBTTIQ+ se han centrado en evidenciar las diversas vulneraciones a los derechos humanos, con énfasis en la discriminación, la violencia y los malos tratos, se dispone de solo algunas investigaciones que permiten conocer sus características y problemáticas más generales, lo cual se debe a la dificultad que hay de acceder a estas personas, entendiendo la forma en la que se manejan, determinados temas, como el de la diversidad sexual y las identidades de género.

Algunos de los hallazgos más relevantes de estos estudios son los de Beckman *et al.*, 2018, en el cual se realizó una encuesta online en los EE.UU. a 221 veteranos transgénero para identificar la prevalencia del acoso sexual en la milicia y valorar su asociación con características demográficas, historial de victimización sexual y factores asociados con estigmas. Estos encontraron que, debido a su identidad transgénero, fueron más vulnerables de recibir acoso sexual dentro de la milicia norteamericana, en comparación con el personal militar heterosexual.

Rerucha *et al.*, 2018 encontraron que los profesionales de la salud militar en EE.UU. suelen no estar preparados para discutir prácticas sexuales no heterosexuales de los militares LGBTTIQ+. Entre los resultados destaca que 53% de los encuestados identificaba correctamente las recomendaciones de los *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) del *screening* médico para hombres gays sexualmente activos, 68% conocía que el CDC recomienda la vacuna de hepatitis A para los hombres gays sexualmente activos. Adicionalmente, un 35% respondió correctamente que una prueba de papanicolaou anal para hombres gays sexualmente activos no está recomendada (a menos que haya antecedente de VIH), 13% respondió correctamente que las mujeres lesbianas tienen mayor tasa de tabaquismo, comparadas con las mujeres heterosexuales; cerca del 55% dijo que los pacientes LGBTTIQ+ tienen tasas más altas de depresión, comparados con pacientes de la misma edad y de orientación sexual heterosexual. El 5% declaró que les preguntaba de forma rutinaria sobre el historial sexual de los militares en el

activo y menos de un tercio de los encuestados respondió haber recibido entrenamiento médico en temas de salud de personas LGBTTIQ+ (Cuadro 3).

Cabe señalar que, después de una búsqueda de bibliografía sobre las necesidades y barreras para la atención a la salud de las personas LGBTTIQ+ de las fuerzas militares no se encontró ningún estudio o antecedente al respecto.

Cuadro 3. Situación en salud de los militares LGBTTIQ+

Situación en la atención a la salud de los militares LGBTTIQ+	
Estudios realizados	Evidencia encontrada
Beckman <i>et al.</i> , 2018 y Lehavot y Simpson, 2014;	Los veteranos LGBTTIQ+ que fueron víctima de abuso y acoso sexual durante el servicio activo en las fuerzas armadas, mostraron mayor presencia de datos de las siguientes patologías, en comparación con los veteranos no LGBTTIQ+: <ul style="list-style-type: none"> • Estrés post traumático • Síntomas depresivos • Uso de sustancias • Comportamiento suicida
Biddix <i>et al.</i> , 2013	De 17 personas LGBTTIQ+ encuestadas, solo el 56.7% respondió afirmativamente al siguiente enunciado: <i>“Yo siento que la milicia se preocupa por mi salud y bienestar, independientemente de mi orientación sexual”</i>
Mattocks, 2014	Reportó que: <i>“Militares LGBT han expresado preocupación acerca de su confidencialidad y privacidad, temiendo que su orientación sexual sea revelada a otras personas fuera del ámbito médico”.</i>
Blosnich <i>et al.</i> , 2016	Encontraron que los veteranos LGBTTIQ+ tienen 3 veces más riesgo de presentar ideaciones suicidas comparado con sus contrapartes heterosexuales.
Smith, 2018	90% de los pacientes que buscaron atención médica en la Clínica de Salud del Hombre Gay en San Diego, California, fueron personal naval LGBTTIQ+ en el servicio activo, y prefirieron pagar entre 20 y 50 dólares por visita médica en lugar de recibir atención gratuita en el Hospital Naval por miedo a ser dados de baja del servicio.

Fuente: Elaboración propia.

1.6 Planteamiento del problema

Con base en la revisión de los antecedentes de esta tesis, se identificó lo siguiente:

- 1) Existe una amplia variedad dentro de la gama de la diversidad y la orientación sexuales que va más allá del sexo biológico, el cual plantea una perspectiva binaria y heteronormada de las prácticas y preferencias de sexuales y de género.
- 2) Se reconoce que las personas LGBTTIQ+ han sido históricamente discriminadas y sus derechos constantemente vulnerados, entre ellos el derecho a la salud. En este sentido, se han promovido, a través de diversas instancias, nacionales e internacionales, normas y leyes que buscan el reconocimiento de esta comunidad como sujetos de derechos, sin que esto logre permear todas las esferas de la sociedad.
- 3) Las evidencias en México muestran que las personas LGBTTIQ+ son una comunidad altamente vulnerable, debido en parte a su formación sociocultural, y por otro lado a que ha sido un tema que durante décadas se mantuvo invisibilizado y, por lo tanto, la estadística disponible hasta el momento solamente ayuda a establecer un mapa general que muestra los problemas y tendencias actuales, principalmente en el área de la violencia y discriminación.
- 4) Las personas LGBTTIQ+ que presentan problemas de salud sexual, reproductiva y mental deben reconocer que tienen alguno de estos problemas (de forma inicial) para que posteriormente, el prestador de servicios pueda ser solventadas.
- 5) La población mexicana es cultural y socialmente diversa, y esta misma heterogeneidad se encuentra presente en las Fuerzas Armadas Mexicanas; sin embargo, la doctrina castrense de los militares LGBTTIQ+ podría propiciar barreras en la atención a la salud que en el medio civil no se encuentren de forma regular.

Ante esto, la pregunta de investigación que surge alrededor del tema es: **¿Cuáles son las necesidades y las barreras en la atención a la salud de la población**

militar LGBTTIQ+ desde su perspectiva y desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud?

1.6.1 Objetivo

Analizar las necesidades y barreras relacionadas con la atención a la salud de la población militar LGBTTIQ+ en México, desde su perspectiva y de la de los prestadores de los servicios de salud.

1.6.2 Justificación

Este estudio podrá contribuir a la evidencia existente de la prestación de los servicios de salud de la comunidad LGBTTIQ+ con las experiencias de los militares mexicanos de este grupo poblacional y sus prestadores de salud.

Además de que al ser el primer estudio en tu tipo con militares LGBTTIQ+, permitirá identificar las barreras con las que ellos se encuentran en el proceso de la búsqueda de atención a la salud; y de esta forma aportar datos útiles a las Fuerzas Armadas Mexicanas para eliminarlas o minimizar dichas barreras, mostrando con ello que el Modelo de Atención Centrado en las Personas (MACP) es una alternativa factible y viable en este tipo de poblaciones vulnerables y altamente estigmatizadas.

1.6.3 Hipótesis

Dado que este es un estudio descriptivo, no se establece una hipótesis de estudio.

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se abordarán los conceptos clave sobre la diversidad sexual y sus definiciones, los cuales serán utilizados a lo largo de esta tesis. Luego, se desarrolla el marco teórico conceptual que servirá de guía para el análisis de los resultados. En primer lugar, se hablará acerca de la noción de necesidades de salud y, luego, se describe cómo se identifican dichas necesidades en el proceso de salud enfermedad, considerando la visión de los pacientes y los profesionales de la salud. Se hace énfasis en las necesidades insatisfechas en salud, derivado de las perspectivas divergentes que hay entre los usuarios de servicios de salud y quienes proveen la atención médica. Finalmente, se alude al modelo de atención centrado en las personas, como una alternativa para resolver las necesidades de salud, en función de las personas, sus características y expectativas.

2.1 Conceptos clave sobre la diversidad sexual

Al profundizar en temas de sexualidad humana, constantemente se escucha el término de diversidad sexual, mismo que ha sido acuñado para aquellas personas que no necesariamente se ajustan a los cánones de lo heteronormado (ser hombre masculino heterosexual o mujer femenina heterosexual). La diversidad sexual permea todos los aspectos de la vida y hace alusión a la posibilidad que tiene una persona de vivir con su identidad de género u orientación sexual de manera libre y responsable (Profamilia, 2021).

Para fines de esta investigación y con la intención de estandarizar el concepto entre los lectores a lo largo de la tesis, *personas de la diversidad sexual* se referirá a: *“todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir la sexualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones, identidades sexuales y de género. Siendo el reconocimiento de que todos los cuerpos, sensaciones y deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límite que los derechos de otras personas”* (Comisión Nacional de los Derechos

Humanos, CNDH, 2018, p. 3). Dentro del término de la diversidad sexual existen cuatro conceptos que son pilares y permiten comprender, de una mejor manera, las comparaciones, diferencias y relaciones entre los mismos (Cuadro 4).

Cuadro 4. Conceptos sobre la diversidad sexual

Sexo biológico	Género	Identidad de género	Orientación sexual
Son las características biológicas (genes, hormonas, anatomía y fisiología) dando las denominaciones de hombre o mujer.	Atributos sociales, histórico-culturales y económico-políticos que generan los conceptos de lo masculino y lo femenino.	Vivencia interna e individual del género y puede o no corresponder el sexo de nacimiento. Incluye expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar, y los modales.	Es la atracción emocional, romántica y/o sexual hacia hombres, mujeres o ambos. E incluye la identidad o auto identificación de cada persona, basado en esas atracciones.

Fuente: Adaptado de la CNDH, 2018.

A su vez, dentro de estas categorías existe una amplia gama, entre las que se encuentran: lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales, queers y otros, lo que comúnmente se denomina personas LGBTTIQ+:

- **Lesbianas:** Mujeres que sienten atracción emocional, afectiva y/o sexual hacia otras mujeres. Es un término alternativo al de “homosexual” como orientación sexual.
- **Gays:** Hombres que sienten atracción emocional, afectiva y/o sexual hacia otros hombres. Es una palabra alternativa al concepto de “homosexual”.
- **Bisexuales:** La atracción erótica, emocional o sexual por personas de un género igual o distinto al suyo. Esto puede ser en igual o distinta medida e intensidad hacia cualquiera sea el género elegido.
- **Transgénero:** Personas cuyo género no concuerda con el sexo biológico de su nacimiento. Una persona transgénero no requiere de procedimientos quirúrgicos ni hormonales para establecer la construcción de su género.

- **Transexuales:** Personas que se auto perciben del sexo biológico y género opuesto. Estas personas pueden optar por procedimientos quirúrgicos, hormonales o ambos, con la intención de adecuar sus corporalidades con la concepción psíquica, emocional y sexual de sí mismos.
- **Intersexuales:** Persona cuyas características anatómicas y fisiológicas no corresponden totalmente a la del sexo biológico hombre (XY) ni mujer (XX).
- **Queers:** Personas que no se identifican con el binarismo de lo masculino y lo femenino, por lo cual pueden fluir de un género al otro, mezclarlos y producir nuevas alternativas a la identidad y expresión de género.

Cabe señalar que la lista puede ser más extensa y pretende ser lo más inclusiva posible, además de que puede variar de un contexto a otro (de ahí que al final de las siglas se utilice el signo +). Estos conceptos sirven para homologar el análisis, estudios y sensibilización alrededor del tema, pero no son etiquetas para promover prejuicios, estigmas, exclusión o discriminación, etc. Un glosario más amplio de estos términos puede verse en el Anexo 1.

2.2 Concepto de necesidad de salud

Según Donabedian (1988), el concepto de necesidad en salud no se puede limitar a un desequilibrio del bienestar o alteraciones en la salud, ya que además de lo anterior, debe considerarse las perspectivas de los pacientes y de los profesionales de la salud, los cuales interactúan en el espacio médico. Cada uno de estos actores debe decidir si los factores y eventos presentados ameritan la búsqueda de atención y la prestación del servicio. De la compenetración de ambas percepciones depende que el proceso de atención en salud se lleve a cabo de forma oportuna y eficiente. Las necesidades de salud, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, deriva de la definición misma del concepto de salud-enfermedad, así como de todo tratamiento disponible para satisfacerla, dando una mayor importancia a las

manifestaciones clínicas observables y medibles a nivel genético, celular y fisiológico, que a las derivadas de las prácticas y comportamientos por parte del usuario (Donabedian, 1988).

Respecto a la percepción de necesidad en salud, por parte de los pacientes, Donabedian (1988) menciona los siguientes aspectos:

- 1) Al no poseer conocimientos científicos sólidos sobre la biología y medicina, los pacientes pueden no llegar a comprender por completo el origen, progreso y repercusiones que las “enfermedad” conllevan, siendo su marco de referencia el contexto sociocultural del cual proviene.
- 2) Identifican con mayor facilidad aquellas manifestaciones y problemáticas actuales que las secuelas y consecuencias derivadas del padecimiento.
- 3) Dan mayor importancia a aquellas patologías que generan un impacto funcional (social, escolar y laboral) que podrían desencadenar en limitaciones en una vida plena y exitosa.

Por ello, de ambas percepciones y perspectivas de las necesidades de salud, es posible que surjan, en algunos casos, incongruencias en la visión de los dos actores involucrados en el proceso de atención en salud, lo que puede propiciar que los profesionales de la salud consideren que el paciente “abusa” en la búsqueda de atención sanitaria no justificada, y que el paciente sienta que no es comprendido por parte del sistema sanitario (Donabedian, 1988).

2.3 Necesidades de salud no reconocidas

Una vez que los conceptos anteriores han expuesto posibles respectivas de la relación médico-paciente en la población en general, es menester aclarar la situación particular que conllevan las necesidades no reconocidas y no satisfechas en las poblaciones vulnerables. Donabedian (1988) planteó que los pacientes y, principalmente, aquellos que pertenecen a grupos menos privilegiados (grupos

minoritarios) tienen una concepción de sus necesidades como algo menos identificable y visible. Asimismo, de la divergencia de perspectivas, este mismo autor identifica algunas que afectan la detección de necesidades específicas de salud:

- 1) Estados de salud/enfermedad que solo el médico, o el paciente, considera que requieren atención médica
- 2) Atención a la salud que un paciente desea, pero no se le otorga
- 3) Atención sanitaria que requiere de una norma o protocolo clínico específico, y que no se brinda por no existir
- 4) Recursos diagnósticos y de tratamiento del que el prestador de servicios desearía disponer para atender a un paciente de población vulnerable, pero que no están disponibles
- 5) Tratamientos farmacológicos, quirúrgicos o psicoterapéuticos que el paciente desearía obtener, y que el médico no le brinda
- 6) Falta de adaptación del proceso de diagnóstico y terapéutico por parte del profesional o del Sistema de Salud para modificar la necesidad en salud del paciente vulnerable
- 7) La asimetría en la percepción de un servicio de “calidad” del profesional y del paciente

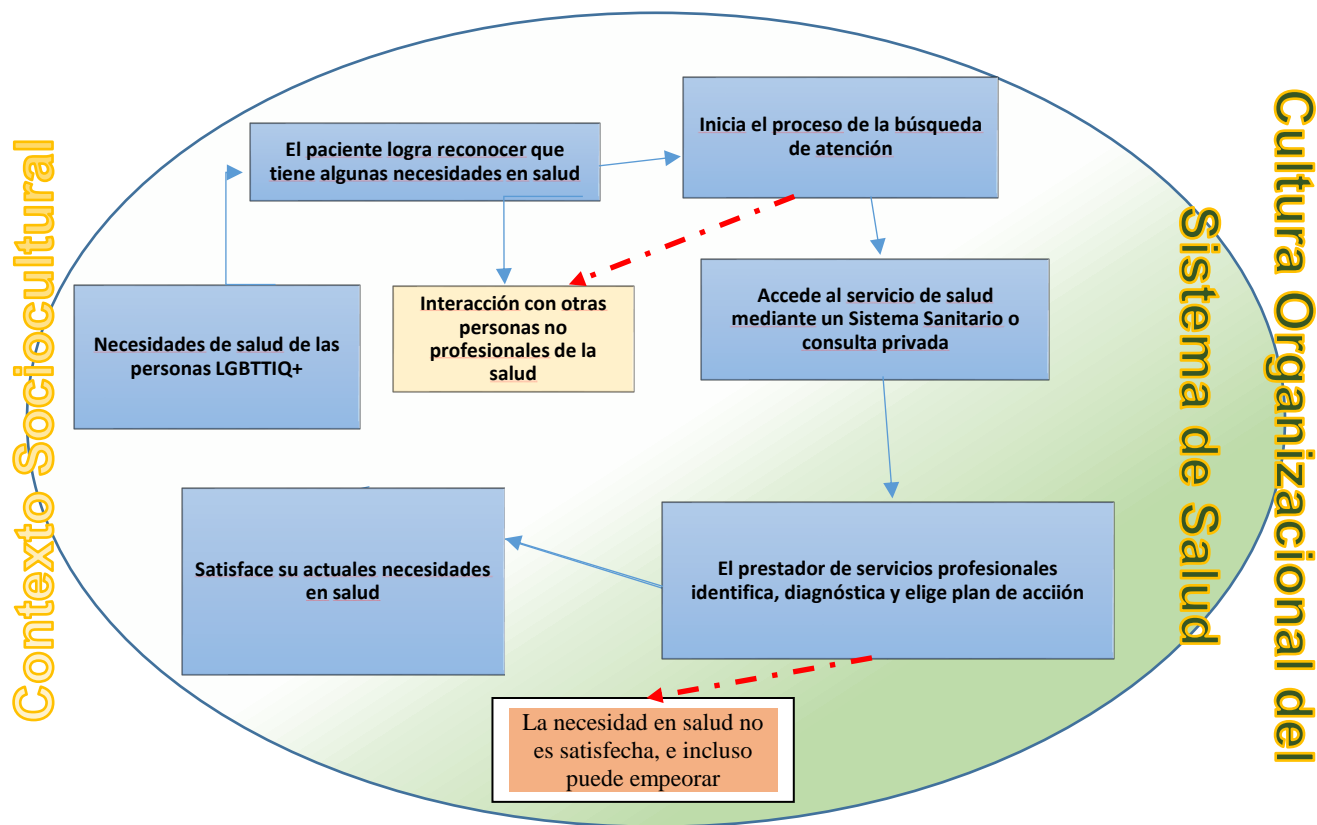
2.4 Proceso de atención a la salud

Para Donabedian (1988), el proceso de atención puede ser entendido como dos cadenas de actividades en las cuales participan de forma simétrica e interactivamente los profesionales de la salud y los pacientes. La primera cadena está determinada por la autopercepción de las necesidades de salud (entendidas

como una alteración en el completo o parcial estado de bienestar, sea esto real o sentido), permitiendo el comienzo de la atención sanitaria. Sin embargo, este proceso puede, a su vez, incluir algunos otros actores, que no necesariamente tienen formación en las áreas en salud, como familiares, amigos o conocidos, que pueden guiar (u obstaculizar) la búsqueda en la atención médica. La segunda cadena del proceso recae sobre los profesionales de la salud, los cuales pueden influir en la satisfacción de las necesidades, a través de la detección diagnóstica, un plan terapéutico-quirúrgico y otras intervenciones que pueden contribuir a la resolución de los problemas de salud. Sin embargo, es indispensable agregar que citadas cadenas del proceso de atención se encuentran envueltas por el contexto social del cual provienen, tanto los pacientes como los prestadores de servicios de salud (preferencias y comportamientos), así como la propia cultura organizacional en la cual se desenvuelve la prestación del servicio.

En la Figura 1 se representa una adaptación del proceso de la búsqueda de atención sanitaria por parte de las personas propuesto por Donabedian en 1988. Cada una de las flechas muestra el flujo esperado para poder dar continuidad en el proceso de atención a la salud. Las líneas punteadas demuestran alternativas en el proceso que terminarán retrasando o dificultando la resolución de los problemas en salud. El color verde dentro del óvalo señala las etapas durante esta búsqueda de atención, donde los prestadores de servicios de salud participan como sujeto activo, mientras que la sección blanca, indica las etapas donde los usuarios o pacientes son el actor principal en la cadena de la búsqueda de la atención sanitaria. Una vez que se entiende el proceso que un paciente tiene que recorrer, desde el momento que se identifica una necesidad de salud y entra en contacto con el sistema sanitario, comienzan las primeras interacciones entre los dos actores principales de la cadena del proceso de atención médica.

Figura 1. Esquematización de las cadenas involucradas el proceso de atención en salud de las personas LGBTTIQ+



Fuente: Adaptado de Donabedian (1988).

2.5 Modelo de atención centrado en las personas

En la década de 1950 se desarrolló el Modelo de Atención Centrada en las Personas (MACP) con base en la “Terapia centrada en el cliente” y de la “Medicina Centrada en el paciente”, las cuales consideraban al paciente como un ser humano único y su atención en salud organizada y alineada con sus necesidades y expectativas, y no de forma centrada en sus enfermedades ni diagnósticos como tradicionalmente se hacía (Pascual *et al.* 2021). Por su parte, Stewart *et al.* 1995 identificó seis elementos que componen este modelo de una manera interconectada:

- 1) La enfermedad y la experiencia que el sujeto tiene de la enfermedad

- 2) Cada una de las personas como un todo íntegro
- 3) Intereses comunes en materia de gestión
- 4) Prevención y promoción de la salud
- 5) Relación médico-paciente
- 6) Conocer limitaciones y recursos personales.

Por lo tanto, es en este sentido, que los prestadores de servicios de salud son los que estructuran, junto con el usuario del servicio, una atención sanitaria personalizada de alta calidad y que a su vez ayuda a mejorar la eficiencia del sistema de salud (Santana *et al.*, 2018).

Para Martínez (2013) el MACP ayuda a armonizar los gustos y preferencias de los pacientes con el proceder de clínico, administrativo y de gestión del sistema de salud en el cual se atienden; entendiendo con esto que, al ser las personas usuarias el pilar central durante el actuar clínico, los profesionales de salud son elementos auxiliares que facilitan los recursos requeridos para asegurar su bienestar integral.

Santana *et al.* 2018 propone que, a fin de poder establecer un MACP es conveniente identificar tres fases durante su desarrollo, implementación y evaluación: la estructura, proceso y resultado. La estructura del MACP contempla el contexto en el cual se brinda la atención en salud, el desarrollo de programas en educación continua que considere a los prestadores de servicios profesionales y a los pacientes junto con sus familias, la implementación de programas de prevención y promoción a la salud y el desarrollo de tecnologías en salud y estructuras administrativas que permitan el monitoreo del modelo una vez aplicado. La fase del proceso incluye la interacción entre los pacientes y los profesionales de la salud en un ambiente de respeto y apoyo mutuo, así como el involucramiento del paciente durante la totalidad de la atención médica integral brindada; por último, la fase de los resultados conceptualiza el beneficio obtenido y valor agregado en función a la eficiencia del servicio de salud, mediante sus indicadores y reportes de satisfacción de la atención (Santana *et al.* 2018). Según Martínez (2011), existen diez elementos que se deben considerar en un modelo para que esté centrado en las personas:

1. Todo ser humano tiene dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La historia de vida de cada persona genera el distintivo rasgo de singularidad.
4. Cada persona tiene derecho a controlar su vida.
5. Las personas que tienen limitaciones cognitivas tienen derecho a su autonomía.
6. Todo ser humano tiene fortalezas y capacidades.
7. El medio físico y social influyen en el comportamiento y bienestar de los sujetos.
8. Las actividades diarias tienen importancia en el bienestar de los individuos.
9. Las personas son seres interdependientes.
10. Las personas pueden sufrir o realizar cambios y su naturaleza es multidimensional.

Martínez (2013) también señala que el MACP aborda una perspectiva completamente distinta a la visión clásica de la atención individualizada que actualmente está en función en muchas partes del mundo, encontrándose entre una de sus principales diferencias el protagonismo del usuario durante su atención en consultorios, clínicas y hospitales, lo que le permite participar en el establecimiento de las estrategias necesarias para que sea él o ella quien tenga el control sobre los asuntos que modifiquen su vida diaria. En el Cuadro 5 se resumen algunas de las diferencias entre el Modelo Clásico de Atención Centrada en el Servicio de Salud y en el MACP. A su vez, en el Cuadro 6, se exponen los retos y riesgos identificados por Martínez (2013) que deben ser superados para lograr que el MACP se desarrolle e implemente de forma exitosa.

Con lo expresado previamente, y una vez entendida la trascendencia e importancia de involucrar al paciente en la toma de decisiones terapéuticas, junto con los profesionales de la salud, y de conocer los retos y riesgos al mantener de un modelo centrado en los servicios de forma exitosa, comparado con el modelo centrado en el paciente, es posible vislumbrar lo expresado por Bermejo-Berros (2014), quien

menciona lo complicado que es el comprender y brindar atención a un paciente si no se integra y considera su contexto social, y al mismo tiempo la interrelación que guarda con este.

Cuadro 5. Modelo de atención centrado en las personas *versus* Modelo centrado en el servicio

Modelo de Atención Centrado en las Personas	Modelo de Atención Centrado en el Servicio de Salud
Se centra en las capacidades y fortalezas de la persona	Se centra en los recursos disponibles y las enfermedades como concepto teórico
Propone intervenciones terapéuticas acorde al plan de vida individualizado del paciente	El paciente interviene de forma parcial durante su atención.
Se consideran opiniones y deseos de la persona tratada y su familia	Perpetúa la asimetría en la información, debido a que las decisiones terapéuticas son casi de forma exclusiva por parte del profesional de la salud
Da importancia al entorno que rodea al paciente	“Aísla” a los pacientes durante su atención y seguimiento y permite el involucramiento de su familia y red de apoyo de forma limitada
Utiliza un lenguaje sencillo y con la finalidad de ser entendible fácilmente por el paciente	El profesional de la salud usa un lenguaje clínico y especializado ante los pacientes
El médico conoce la historia de vida del paciente, deseos, gustos y su estilo de vida	El médico diagnostica y prescribe el medicamento que el paciente requiere
Los pacientes pueden participar en el proceso de diseño y evaluación de su plan de atención	Los médicos se reúnen para discutir el caso y proponer planes terapéuticos
Se prioriza el bienestar físico, seguridad, bienestar emocional y preferencias del usuario	Se le da prioridad a la seguridad y bienestar físico
Los médicos trabajan “para y con” los pacientes	Los médicos trabajan “por” los pacientes
Impera la importancia del diálogo, el consenso y se confiere la corresponsabilidad de la atención al paciente	Se requiere que el paciente confíe en su médico y se confiere poca responsabilidad al usuario

Fuente: Adaptado de Martínez (2013).

Cuadro 6. Retos y riesgos en la implementación del Modelo Centrado en las Personas

Retos	Riesgos
Reconstruir el rol de los profesionales de la salud y disminuir la asimetría en la relación médico-paciente	La simplificación conceptual de la Atención Centrada en el Paciente
Promover cambios en distintos ámbitos de la cadena de atención médica integral (procesos administrativos, clínicos, tecnologías)	Suponer que el enfoque de la Atención Centrada en el Paciente esta disociada de la evidencia científica
El diseño y validación de intervenciones clínicas y terapéuticas acordes al enfoque del MACP	La idea de que la Atención Centrada en Paciente no es “tan profesional” como la Atención Centrada en el Servicio de Salud
Lograr la eficiencia y la sostenibilidad de los modelos a lo largo del tiempo	Inhibición del profesional de salud al “empoderar” a su paciente en la toma de decisiones
Fomentar la sensibilización de todos los involucrados y creación de una cultura de calidad	Cambiar la planificación y gestión del tiempo, y con ello generar retrasos en el flujo de la atención de paciente (ineficiencia)

Fuente: Adaptado de Martínez (2013).

2.6 Modelo de Atención Centrada en las Personas y la interculturalidad en salud

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) (2005) la interculturalidad refleja la presencia e interacción equitativa de diversas culturas a través del dialogo, el respeto mutuo y la simetría en la relaciones; lo que favorece la convivencia en un entorno compartido en constante cambio.

La interculturalidad en salud contempla un servicio de salud que considera el entorno cultural, la diversidad y el respeto a la interpretaciones que los pacientes le dan a los procesos de la salud y la enfermedad, junto con la integración de la participación de los diversos actores sociales en salud, su relación con los recursos terapéuticos disponibles, los espacios físicos, los procesos administrativos y la organización de la unidad lo que facilitan la resolución en los problemas de salud (Secretaría de Salud, 2009).

En ese mismo sentido, la interculturalidad en salud “*se considera como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud*”

de poder integrar el conocimiento con las creencias al momento de enfrentar una enfermedad.” (OPS, 2011). Por lo tanto, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud al MACP ayudaría a mejorar la atención brindada a los militares LGBTTIQ+, así como la modificación de creencias, conductas y trato del personal institucional hacia ellos. Los profesionales de la salud deben estar formados e informados sobre la importancia de conocer la concepción que tienen las personas LGBTTIQ+ del proceso salud-enfermedad, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia; y también siendo indispensable el capacitar al personal sanitario en acciones interculturales específicas para mejorar la relación médico-paciente, ya que, el paciente LGBTTIQ+ puede llegar a ser estigmatizado, rechazado y descalificado con actitudes que conllevan claros tintes homófobos y heteronormados, además de que lo anterior puede establecer barreras que interfieran con la atención brindada a la población militar LGBTTIQ+ (Lerin, 2004).

Las barreras en la atención en salud se pueden entender como los principales retos y adversidades que presentan los servicios de salud para que una persona o grupo de personas logren buscar y obtener atención médica cuando requieren solventar alguna necesidad en salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Éstas se pueden clasificar en tres categorías: económicas, geográficas y culturales. Para fines de este estudio de investigación la identificación de barreras se centrará en las de tipo culturales, la cuales pueden clasificarse desde 3 ámbitos (Secretaría de Salud, 2008):

1. Barreras de los usuarios
2. Barrera de los prestadores de servicios
3. Barrera del sistema de salud

El Cuadro 7 enlista algunas de las características encontradas en las barreras culturales y su respectiva clasificación.

Cuadro 7. Clasificación y características de las barreras culturales

Tipo de barrera cultural	Concepto
Barrera de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de sus propios derechos • Malas experiencias previas con la atención brindada • Relaciones de poder • Prejuicios personales • Miedo al rechazo
Barrera de los prestadores de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para comunicarse • Prejuicios • Poca capacidad para respetar códigos culturales
Barrera del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios de servicios • Infraestructura y mobiliario • Prejuicios institucionales

Fuente: Adaptado de la Secretaría de Salud, 2008

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En este apartado se describe metodología que se siguió en esta tesis. En primer lugar, se presenta el contexto del estudio donde se enmarcó el proyecto de investigación. Luego, se explica el diseño y población de estudio, la selección de los entrevistados, la recolección de la información y se cómo se procesaron los datos cualitativos. Por último, se tratan los aspectos éticos y los conflictos de interés.

3.1 Contexto del estudio

La Secretaría de Marina Armada de México (SEMAR) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) (misma que integra a la Fuerza Aérea Mexicana) son unas de las Secretarías de Estado que componen el gabinete legal del presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Para mayo del 2020 contaba con un total de 51 333 elementos en el servicio activo de la SEMAR y 165 464 por parte de la SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional, 2020).

Sus jerarquías militares van desde la categoría de marineros y soldados hasta almirantes y generales (Anexo 2). Su estructura laboral está cimentada en el concepto de “Superioridad Jerárquica”, término fundamentado en el Artículo 31 de la Ley de Disciplina del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, lo que decreta que, a mayor grado militar, la persona tendrá mayores responsabilidades administrativas, de control de personal y de encausar la disciplina mediante las leyes y reglamentos de cada Institución (SEDENA, 2004).

El respeto al grado militar se encuentra presente en todas y cada una de las ramas y servicios que componen a las Fuerzas Armadas Mexicanas y las correspondientes a los Servicios de Sanidad Militar y Naval no son la excepción. Estos principios doctrinales quedan establecidos en el Artículo 14 de la Ley de Disciplina de la Armada de México (2002) el cual cita: *“La subordinación será rigurosamente respetada entre grado y grado de la jerarquía naval, a fin de mantener a cada quien dentro del límite de sus deberes y derechos”* y el Artículo 37, fracción I: *“El personal*

de la Armada de México tiene prohibido murmurar en contra de las órdenes de superiores y orientaciones del Mando Supremo, pudiendo pedir su baja del servicio cuando no esté conforme con ellas” (SEDENA, 2004).

Todos los integrantes de la Fuerzas Armadas Mexicanas cuentan con acceso y protección a la salud integral otorgada a través de los subsistemas de Salud que son la Dirección General Adjunta de Sanidad Naval y la Dirección General de Sanidad Militar, con sedes en la Ciudad de México, y que prestan servicios a través de sus Establecimientos de Sanidad de primer, segundo y tercer nivel de atención, distribuidos en los distintos estados, los cuales, a su vez, se articulan al Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, con última modificación en el Diario Oficial de la Federación (DOF) con fecha 24 de mayo del 2017 no contempla en dicho documento las palabras: sexo, sexualidad, género ni LGBTTIQ+ (ni sus términos de forma desglosada).

3.2 Diseño y población de estudio

Estudio cualitativo de tipo descriptivo. La población de estudio incluyó a personas LGBTTIQ+ de las Fuerzas Armadas Mexicanas, así como a personal de salud (médicos y psicólogos) que ofrecen servicios a esta población. Estos últimos podían ser militares o bien, personal externo, contratado para la prestación de dichos servicios. En ambos casos, el muestreo fue por bola de nieve, identificando inicialmente a los potenciales participantes. El muestreo por bola de nieve es un tipo de muestreo que se utiliza cuando los participantes potenciales son difíciles de encontrar o cuando la muestra está limitada a un subgrupo muy pequeño de la población, como lo es el caso de la población militar LGBTTIQ+ (Baltar y Gorjup, 2012).

En este sentido, se identificaron participantes iniciales que también fungieron como reclutadores. Cada participante actuaba como reclutador hasta que no se logró encontrar a más participantes que desearan ser incluidos en el estudio. Como criterios de inclusión para los militares LGBTTIQ+ se estableció: 1) que la

participación fuera voluntaria; y 2) que el entrevistado tuviera disponibilidad de conectarse a una red de internet. En el caso del personal de salud se tuvo, además, como criterio de inclusión que estos estuvieran vinculados directamente con la prestación de servicios de salud; mientras que el criterio de eliminación para ambos grupos de participantes fue que los entrevistados no concluyeran la entrevista.

3.3 Recolección de datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre abril y mayo de 2021. En los estudios cualitativos, las entrevistas son una de las técnicas más utilizadas, ya que se consideran de gran utilidad, dado que el investigador puede establecer una conversación con el sujeto entrevistado, con el fin de obtener respuestas verbales sobre un problema determinado. Además, a través de esta técnica de recolección de información es posible dar mayor profundidad a las respuestas. Es especialmente útil en fases de exploración de la investigación. En el caso particular de las entrevistas semiestructuradas, estas son flexibles y pueden ajustarse al contexto y los entrevistados, de tal forma que pueda ser más rico el diálogo entre los interlocutores y las narrativas que pueden ofrecer los participantes (Díaz *et al.* 2013).

En esta tesis se desarrollaron dos guías (una para personas LGBTTIQ+ (Anexo 3) y otra para personal de salud (Anexo 4) a partir de la revisión de la literatura sobre tres temas: 1) las necesidades de atención en salud de las personas LGBTTIQ+; 2) las barreras percibidas para recibir y otorgar atención a las personas LGBTTIQ+; y 3) la atención centrada en las personas LGBTTIQ+. Estas guías fueron discutidas y consensuadas entre el alumno y la tutora, hasta tener la versión final. Además de las preguntas, todas ellas abiertas, se recabó información sociodemográfica de cada entrevistado (Cuadro 8). Una vez iniciadas las primeras entrevistas, se hicieron algunos ajustes a la guía, los cuales consistieron en precisar algunas preguntas e incluir algunos tópicos que inicialmente no estaban considerados (por ejemplo, las relaciones jerárquicas en el personal militar y vulnerabilidades en las prácticas sexuales de las personas LGBTTIQ+).

Dada la situación sanitaria por COVID-19, todas las entrevistas se realizaron vía remota, a través del sistema *Zoom*, previo acuerdo con los participantes, con quienes se estableció la fecha y hora del encuentro virtual. Estas entrevistas se llevaron a cabo por parte del estudiante, con acompañamiento de la tutora, esta última con experiencia en el desarrollo de estudios cualitativos.

Se realizaron un total de 12 entrevistas (7 de personas LGBTTIQ+), con una duración promedio de 70 minutos cada una (rango entre 58 y 122 minutos). Se llegó a este tamaño de la muestra debido a que ya no fue posible contactar a nuevos participantes, sin embargo, es importante señalar que, gracias a la profundidad, riqueza y de las entrevistas se logró la saturación de las categorías de interés para esta tesis. Todas las entrevistas fueron transcritas línea por línea en formato *Word*.

3.4 Análisis de la información

Los datos se procesaron utilizando el enfoque fenomenológico (Fuster, 2019). Desde esta perspectiva se busca recuperar las percepciones y significados que las personas dan a sus experiencias cotidianas, al tiempo que sitúa a los participantes en sus propios entornos y vivencias (Fuster, 2019). El estudio fenomenológico “*se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto. Este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno*” (Fuster, 2019).

En primer lugar, tanto el alumno como la tutora hicieron lecturas, de forma independiente, de las entrevistas. Posteriormente, se definieron temas a partir del objetivo del estudio y de la revisión de la literatura, así como de otros temas emergentes. Luego, el alumno definió los temas, subtemas y códigos con el apoyo del software *Atlas-ti*® 8.4.3. A cada entrevistado se le asignó un código alfanumérico que no permite su identificación, el cual se empleó para fines de citar extractos

representativos de las entrevistas, siendo diferente para militares y para los profesionales de la salud entrevistados.

3.5 Consideraciones éticas

Se consideraron los principios éticos para la investigación en humanos contenidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008). Además, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta es una investigación sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio (Secretaría de Salud, 2014). A cada uno de los entrevistados se les explicó el objetivo del estudio y se les pidió el consentimiento oral para ser audio-grabados. La participación fue voluntaria y se basó en la confidencialidad y el anonimato.

3.6 Conflicto de interés

El alumno, titular de esta tesis, es miembro activo de la Fuerzas Armadas Mexicanas, sin embargo, declara no tener ningún conflicto de interés. El análisis se hizo en estricto apego al método científico y son el reflejo de la interpretación de la información recolectada. El contenido de esta tesis es responsabilidad del autor y no refleja ninguna postura institucional.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

A partir de la revisión de los antecedentes y del marco conceptual de esta tesis se definieron tres temas principales: 1) el significado de ser militar LGBTTIQ+; 2) las necesidades de salud percibidas por los militares LGBTTIQ+ y las identificadas por los prestadores de servicios en salud y; 3) las barreras identificadas relacionadas con la atención de las personas LGBTTIQ+.

4.1 Características de la población de estudio

En total se obtuvieron 12 entrevistas (siete militares LGBTTIQ+ y cinco profesionales de la salud). En el cuadro 8 se resume las características sociodemográficas de los entrevistados LGBTTIQ+. Se encontró que de los militares 85.7% fueron hombres y mujeres cisgénero y el 14.3% personas transgénero, con una edad promedio de 32 años y aproximadamente 14 años de servicio activo en las fuerzas militares.

Cuadro 8. Características sociodemográficas de las personas militares LGBTTIQ+

Código asignado	Identidad de género/Orientación sexual	Edad	Tiempo de laborar en las Fuerzas Armadas (años)	Rango Militar
P1	Cisgénero/Gay	28	10	Teniente
P2	Transgénero/Heterosexual	37	21	Teniente
P3	Cisgénero/Gay	31	13	Teniente
P4	Cisgénero/Gay	29	10	Suboficial
P5	Cisgénero/Gay	30	10	Teniente
P6	Cisgénero/Lesbiana	42	23	Capitán
P7	Cisgénero/Gay	30	13	Teniente

De la misma forma, en el Cuadro 9 se muestran las características de los prestadores de servicios de salud, de los cuales cinco fueron hombres cisgénero (62.5%) y tres mujeres cisgénero (37.5%), con una edad promedio de 31 años y con

un tiempo de contratación de 11 años en las Fuerzas Armadas. De estos, ocho se auto identificaron como personas LGBTTIQ+.

Cuadro 9. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

Código asignado	Identidad de género/Orientación sexual	Edad	Tiempo de laborar en las Fuerzas Armadas (años)	Formación profesional
PSS1	Cisgénero/ Heterosexual	31	3	Psicólogo
PSS2	Cisgénero/ Heterosexual	35	16	Médico general
PSS3	Cisgénero/ Heterosexual	31	13	Psiquiatra
PSS4	Cisgénero/ Heterosexual	28	08	Médico general
PSS5	Cisgénero/ Heterosexual	33	14	Médico general
PSS6	Cisgénero/Gay	30	13	Médico general
PSS7	Cisgénero/Gay	28	10	Urólogo
PSS8	Cisgénero/Gay	31	13	Ortopedista

4.2 Eje 1: El significado de ser militar LGBTTIQ+ y la estructura de poder jerárquico

Durante las entrevistas, uno de los primeros ejes que los militares participantes expresaron fue su sentir al ser miembros de las Fuerzas Armadas Mexicanas y, al mismo tiempo, auto reconocerse como personas LGBTTIQ+. Algunos de ellos comenzaron en Escuelas de Formación Militar y Naval como cadetes y alumnos desde muy temprana edad (entre los 15 y 21 años) debido a que dentro del antiguo sistema de educación en las fuerzas armadas, las escuelas incorporadas a la SEDENA y SEMAR podían aceptar dentro de sus filas a adolescentes con secundaria o preparatoria terminada, mientras que algunos otros de los entrevistados ingresaron a la milicia, posterior a su contratación laboral en los diversos cuerpos y servicios que se ofertaban.

El respeto y subordinación a los rangos militares superiores fue, en el sentir de los entrevistados, una de las reglas básicas de la disciplina militar desde su comienzo institucional. Esto incluía una limitada oportunidad de expresar molestias,

inconformidad o negativa ante órdenes recibidas por parte de militares “más antiguos”; debido a que en la estructura organizacional de los ejércitos, el realizar gesticulaciones de desagrado, o expresar argumentos que vayan en contra de los principios doctrinales, puede ser considerado como “insubordinación” y por lo tanto, las leyes y reglamentos facultan a los superiores imponer correctivos disciplinarios en su modalidad de arresto (lo que en las Fuerzas Armadas equivale a un reporte administrativo que se anexa al expediente del militar y que, puede, o no, conllevar una restricción del uso de su tiempo recreacional fuera de las unidades militares.

Caso contrario ocurrió entre los militares de igual rango jerárquico, pues la convivencia se rige por igualdad entre pares, por lo cual la presión disciplinaria es casi inexistente y aplica más un concepto que los militares definen como “espíritu de cuerpo” (entendiéndose este mismo, como la unión del soldado con su unidad y que les permite alcanzar objetivos en común). Estas dos interacciones sociales (la de superiores-subalternos y la de entre iguales, marcan el entretejido social que los entrevistados viven el día a día con respecto a la normatividad y legislación escrita.

Los participantes también identificaron una estructura organizacional no escrita, la cual mencionaron con el término “*Operación Pantalla*” (P,3 y P5), lo cual indica que algunas de las acciones y respuestas que deben expresar los subordinados a sus superiores jerárquicos son con la intención de fingir estar de acuerdo y aparentar acatar aquellas recomendaciones, según su forma de pensar y comportarse, con la intención de no generar conflicto en la convivencia con los otros miembros de la milicia.

Sin embargo, los conceptos anteriormente descritos solo ayudan a entender el comportamiento de los militares en una dinámica social homogénea de grupo, donde cada uno de ellos es visto como un engrane estandarizado en el mecanismo militar con la única finalidad de cumplir con la misión encomendada; y no los contempla como seres individualizados poseedores de criterios, deseos y necesidades únicas. Es en este punto donde los militares auto determinados como personas LGBTTIQ+ generan una disrupción y contraste con el resto de la milicia

cisgénero-heterosexual, sobre todo cuando de expresión de género y orientación sexual se trata.

Una vez dentro de estas dependencias federales, los entrevistados fueron testigos del ambiente “machista” y heteronormado que rige en los cuarteles y escuelas de formación militar. Estos rasgos eran identificables desde la presentación y apariencia personal como una limitación en la expresión de género de los hombres y mujeres (corte de cabello, restricción en el uso accesorios como aretes, anillos, cadenas, etc.), cánticos militares durante las jornadas de deporte e instrucción militar donde se hace mención a hombres fuertes y varoniles que atraen a muchas mujeres por su valentía, realización de algunas actividades que involucran esfuerzo físico, con parámetros de medición distintas entre hombres y mujeres (sentadillas, lagartijas, barras, etc.) y el ordenamiento disciplinario dividido por sexos (los hombres teniendo una mayor influencia en la tutela disciplinaria de otros hombres de nuevo ingreso y las mujeres haciendo lo mismo, respectivamente).

Con lo anteriormente descrito, los militares entrevistados comentaron que consideraban su actuar no lo “suficientemente masculino o femenino” (en comparación con el resto de sus compañeros) decidieran reprimir manierismos, expresiones corporales y lenguaje con la intención de pasar desapercibidos como personas LGBTTIQ+ y, con ello, evitar conflictos con sus superiores e iguales. La siguiente cita, expresa el sentir de uno de los entrevistados cuando se enfrentó con una situación de heteronormatividad dentro de un plantel educativo militar:

“...Siempre fue un poco delicado, en la escuela, al entrar siempre tuve mucho temor al rechazo. Yo entré a la carrera militar con la idea de que todos iban a ser personas súper heteronormadas y no iban a aceptar por ningún motivo ninguna conducta que se salga de esa línea”.

P3/Cisgénero/Gay/31 años

Esta situación de “moderar” y ocultar su sexualidad al resto de los compañeros variaba en tiempo y de persona a persona, siendo dos factores identificables en este

proceso: el tipo de microambiente en el cual desarrolla la prestación de sus servicios (área administrativa, operativa, docencia, etc.) y la empatía y fraternidad con sus compañeros de trabajo al pasar el tiempo. Sin embargo, dos aspectos, en el discurso de algunos de los entrevistados se mantuvieron de forma constante:

- 1) Conforme aumentó el rango jerárquico del militar LGBTTIQ+ esta moderación en su expresión de género fue cada vez menos rígida, principalmente, porque a mayor grado, menos personas estaban en capacidad de hacer algún señalamiento, comentario o broma con tintes homófobos y;
- 2) Se percibe un mayor involucramiento de los Derechos Humanos en el actuar de las Fuerzas Armadas Mexicanas, y con esto un “cambio en la mentalidad” de sus miembros, tendiendo a una apertura paulatina, pero constante hacia el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas de la diversidad sexual; independientemente que esto fuese por aceptar y respetar a las minorías y grupos vulnerables, o para evitar sanciones disciplinarias por incurrir en actos discriminatorios.

La siguiente cita expresada por una mujer lesbiana, con más de 20 años de servicio, señala el cambio que ella percibió desde su ingreso a la milicia hasta la actualidad:

“Actualmente ya no es tan mal visto como hace muchos años, entonces me siento cómoda con mi orientación [sexual]. Cuando yo entré hace 20 años, era muy mal visto y castigado, dentro del reglamento se llamaban conductas inadecuadas y te podían dar de baja. Entraba tu orientación sexual como motivo de baja”.

-P6/Cisgénero/Lesbiana/42 años

Sin embargo, si bien esta situación con el paso del tiempo puede facilitarse para muchos de los miembros de la diversidad sexual, principalmente gays, lesbianas y bisexuales, no suele suceder lo mismo para las personas transgénero y transexuales en las Fuerzas Armadas, ya que ellos representan una minoría aún

más vulnerada y discriminada dentro del mismo grupo minoritario. El único hombre transgénero que fue entrevistado para este estudio relató las vicisitudes que tuvo que sobrellevar desde su ingreso a una escuela de formación académico-militar como alumna, donde constantemente era discriminado abiertamente por parte de los directivos de ese plantel, limitando su desarrollo académico y de potencial para el manejo de tropas debido a que “no cumplía” con los cánones heteronormados esperados de un cadete militar. El siguiente fragmento de la entrevista que se le realizó, expresa de forma más concreta una de las vivencias que tuvo dentro del plantel educativo:

“...El director me decía: `Tú no puedes tener mando porque vas a poner el ejemplo y no puedes poner el ejemplo siendo como eres. No quiero que más gente sea como tú´. No me dejaba ascender, hablaba con maestros para que no me pusieran las calificaciones que me correspondían, iba obstruyendo mi camino de crecimiento, mis profesores y compañeros que me apoyaban tuvieron conflictos. En mi tesis, me pusieron la menor calificación posible”.

-P2/Transgénero/Heterosexual/37 años

El relato anterior muestra el impacto en el potencial de desarrollo profesional que se puede producir en el recurso humano de los militares LGBTTIQ+ cuando hay situaciones que no son aceptadas socialmente como lo son la orientación sexual y las identidades de género. No obstante, esta es una lucha frecuente que tiene este tipo de personas, tal como lo describió uno de ellos:

“Yo creo que es el demostrar que, independientemente de pertenecer a un grupo minoritario, vulnerable e invisibilizado, tienes el potencial de poder cumplir con lo que este tipo de instituciones pide, dedicación al servicio, profesionalismo, entonces es demostrarme a mí mismo y poderle demostrar a todos los demás que no tenemos que encajar en lo que ellos piensan que debería de ser el prototipo del militar normal que siempre aparece en las películas o del que toda la gente habla”.

-P7/Cisgénero/Gay/30 años

A pesar de que ya se ha mencionado a la heteronormatividad como un elemento tácito en la cultura organizacional de las Fuerzas Armadas en México y que pareciera que, de forma consciente y/o inconsciente, todos las personas que se enlistan en sus filas, independientemente si son personas heterosexuales o LGBTTIQ+, terminan “normalizando”, e inclusive, aceptan esto como elemento social, entre los entrevistados se logró identificar de forma casi consensual que los comportamiento “machistas” y homofóbicos no son limitativos a este gremio, y que si bien, se pueden llegar a justificar en el medio castrense¹, se muestran más como un reflejo y representatividad de la cultura mexicana en sí:

“... Puede que escuche algún comentario discriminatorio, porque México es así. Mi jefe preferiría a otra persona simplemente por eso, pero jamás lo diría porque está prohibido...”

-P3/Cisgénero/Gay/31 años

4.3 Eje 2: Las necesidades de salud de los militares LGBTTIQ+

Una vez comprendida la organización y estructura de poder dentro de las Fuerzas Armadas Mexicanas, se analizará en este segundo eje, las necesidades en salud desde la perspectiva de los propios actores de la cadena de atención (pacientes y profesionales de la salud).

Durante las entrevistas a los siete militares LGBTTIQ+ se les pidió que nombraran algunas de las necesidades específicas en salud que ellos, o cualquier otro miembro de la diversidad sexual pudiesen tener, sin embargo, no logró obtenerse una respuesta concreta a la misma. Algunas de las respuestas de los militares LGBTTIQ+ fue:

¹ Medio Castrense: Del latín “castrensis” (campamento militar). En el argot de la Fuerzas Armadas hace alusión a lo relacionado con la milicia.

- 1) Las personas LGBTTIQ+ se enferman de las mismas cosas que las personas heterosexuales cisgénero (PSS1, PSS2, PSS4, PSS5, PSS6 y PSS7).
- 2) Nunca habían escuchado de problemas en salud típicos de las personas de la diversidad sexual, y para tal efecto, el VIH/SIDA sería en todo caso, un padecimiento más frecuentemente difundido por parte de grupos y activistas LGBTTIQ+ que buscan reducir su propagación, pero no consideraban que necesariamente fuese más común entre ellos, en comparación con personas heterosexuales.
- 3) No habían tenido problemas de salud secundarios a sus prácticas y hábitos sexuales.

Mientras que algunos de los entrevistados aceptaron que, si bien, en algún momento de sus vidas habían asistido a consultas psicológicas por problemas de estrés, ansiedad y/o depresión, no consideraban que el origen de tales padecimientos pudiese estar relacionado, directa o indirectamente, con su orientación sexual ni su identidad de género. Solo uno de los participantes reconoció haber sufrido ansiedad y depresión debido a que no podía hablar y expresar abiertamente su orientación sexual:

“...Muchos que somos abiertamente gay dentro de nuestra institución, tenemos episodios de depresión muy fuertes, ansiedad muy fuerte”.

-P1/Cisgénero/Gay/28 años

En el caso particular del militar transgénero entrevistado, se logró identificar a sí mismo como una persona LGBTTIQ+ que posee necesidades de salud muy particulares, en relación con el resto de las personas de la diversidad sexual, especialmente, por la necesidad expresa en el uso de hormonas:

“Yo necesito un endocrinólogo, necesito una atención especial, porque no puedo llevar ni la misma línea de un personal masculino, ni de un personal femenino”.

-P2/Transgénero/Heterosexual/37 años

En este último caso, esta personas transgénero comenzó su proceso de transición, para lo cual contó con el apoyo emocional y psicológico de otras personas transgénero que lo fueron guiando a través de todo el proceso hormonal y quirúrgico que requería; sin embargo, él mismo refirió que la terapia hormonal y su respectiva dosificación la había aprendido de forma empírica, mediante “*ensayo y error*” (P2/Transgénero/Heterosexual/37 años), y no como parte de un tratamiento establecido por un médico especialista en endocrinología que pudiese darle seguimiento y continuidad para evitar eventos adversos. El proceso quirúrgico, por su parte, fue realizado en una institución externa (privada), por lo que tuvo que cubrir los costos en su totalidad. Este militar comentó que la razón por la cual no había acudido a su respectivo Sistema de Salud Militar fue debido a “*la alta carga de trabajo y operatividad que la unidad en la cual se desempeñaba*” (P2/Transgénero/Heterosexual/37 años), por lo que se le había dificultado encontrar consultas y fechas que se ajustaran a sus requerimientos; además, consideró que esto era un tema “personal” y no era, por lo tanto, una responsabilidad de la Institución el atender y solventar esta necesidad.

En contraste, los profesionales de la salud que ofrecen servicios al personal militar no lograron identificar necesidades específicas en salud de las personas LGBTTIQ+ que pudieran estar relacionadas con su estilo de vida o prácticas sexuales. De forma generalizada (PSS1, PSS2, PSS4, PSS5, PSS6 y PSS7). Los entrevistados expresaban que no conocían patologías que fueran características de las personas de la diversidad sexual por los siguientes motivos:

- 1) Todo ser humano es un ser biológico que nace con sexo hombre y mujer, y por lo tanto sus patologías están relacionadas con esta condición (PSS1, PSS2, PSS4, PSS5, PSS6 y PSS7).

- 2) En sus experiencias laborales, los militares que acuden a las consultas padecen de problemas en salud más relacionados con problemas derivados de la mala higiene laboral, trauma y ortopedia y enfermedades infectocontagiosas y para los cuales el sexo biológico, orientación sexual, identidad y expresión de género no tienen influencia (PSS1, PSS2, PSS4, PSS5, PSS6 y PSS7).
- 3) A excepción de la historia clínica psiquiátrica, la historia clínica para el resto de la medicina general y de especialidades, no contempla la sexualidad humana como un factor asociado con el desarrollo de patologías, por lo tanto, les fue difícil hacer una relación de si las prácticas, identidades y orientaciones sexuales influyen en la patología por la cual las personas LGBTTIQ+ consultan.

4.3.1 Prácticas y estilos de vida saludable

En cuanto a la necesidad de conocer más a fondo acerca de la promoción de estilos de vida saludable y educación en salud, los militares LGBTTIQ+ destacaron la prevención de las ITS, mediante el uso de preservativos para hombres y mujeres, y una mayor difusión sobre cómo prevenir, de manera más efectiva, el contagio de VIH entre las personas de la diversidad sexual.

“El SIDA, probablemente es una enfermedad que se ha escuchado mucho. Siento que sí es importante que la sepa la comunidad LGBT, porque se escucha más que la comunidad LGBT no tiende a cuidarse, a usar condón... no sabe o no tiene la facilidad de conseguir preservativos o información”.

-P2/Transgénero/Heterosexual/37 años

En cuanto a la difusión de información sobre estilos de vida saludable, muchos de ellos perciben como una limitante el solicitar asesorías con personal profesional con respecto a la realización de pruebas de detección oportunas de ITS mediante paneles virales, hisopados o exploraciones físicas, debido a que ello conllevaría el revelar su orientación sexual y/o identidad de género, situaciones que consideran poco viables, y descartadas en absoluto en otros casos, por el temor a que su

información clínica sea revelada a terceros dentro de la Institución. Por tal motivo, de los entrevistados obtienen dicha información o consultas en salud de forma externa a los servicios institucionales. Esto puede conllevar, a su vez, a un retraso en el diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz en contra de algún problema en salud que pudiesen presentar, imposibilidad de generar una trazabilidad y seguimiento con apoyo de su expediente clínico y un aumento en el gasto bolsillo por atenderse en medios alternos al sistema de salud institucional:

“Hay literatura que dice que ser homosexual es un factor de riesgo para ciertas enfermedades, pero la comunidad puede sentirse ofendido porque lo vinculen a una enfermedad por el simple hecho de ser homosexual, cuando tiene que ver más los hábitos. Considero que pudiera ser útil, poner a su disposición más información acerca de ciertos padecimientos para que lo puedan prevenir, probablemente dar la información muy abiertamente y basándose en un factor que sea común y directo para todos”.

-P1/Cisgénero/Gay/28 años

4.4 Eje 3: Barreras identificadas en el sistema de salud para la atención de las personas LGBTTIQ+

En esta sección, las barreras en la atención a la salud se dividen en tres: barreras identificadas por las personas LGBTTIQ+, por parte de los profesionales de la salud y las propias del sistema de salud. Las principales razones por las cuales los pacientes LGBTTIQ+ intentan no resolver sus problemas en salud dentro de las clínicas y hospitales pertenecientes al Servicio de Sanidad Militar y Naval fueron:

- 1) Si bien todo militar debe solicitar autorización a su cadena de mando (jefes de la unidad administrativa u operativa) para poder ausentarse temporalmente de sus funciones y con ello acudir a los servicios de salud. Esto implica, de forma particular para los militares LGBTTIQ+, el tener que exponer a terceros (no profesionales sanitarios) síntomas o molestias relaciones a temas sexuales o mentales que justificasen que realmente ameritan atención clínica, en detrimento de su privacidad.

- 2) El miedo a ser “señalados” como personas LGBTTIQ+ en el momento en el que entran en contacto con los servicios de salud, ya que muchos de los entrevistados han conservado privada su orientación y preferencia sexual. Algunos de los militares LGBTTIQ+ entrevistados mencionaron sobre el temor de que los profesionales de la salud podrían comentar fuera de los servicios sobre estos temas con otros miembros del cuerpo militar, generando con ello una potencial fuga de información sobre su vida personal y diagnósticos (P2, P5, P7). Esto con relación, principalmente, a problemas de salud derivados de sus prácticas sexuales (ITS, lesiones corporales como desgarros, dehiscencias por juegos y juguetes sexuales y penetración oral, vaginal y/o anal).
- 3) Sentimiento de pena al expresar abiertamente sus prácticas y comportamientos sexuales no heteronormadas con el personal sanitario tratante, y que reciban críticas o reproches por parte de estos.
- 4) Malas experiencias en el pasado al responder abiertamente sobre aspectos propios de la sexualidad y prácticas sexuales. Este tema surgió durante las entrevistas al hablar, concretamente, sobre la donación de sangre, ya que algunos de los entrevistados recordaban que al donar sangre años atrás, se les preguntaba “si habían tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo”, esto para saber si se podía considerar su sangre “segura” para ser donada a otro paciente. Esto fue percibido como un acto estigmatizante que, además, desvirtuaba el acto altruista de la donación per se.
- 5) Percepción de poco interés o empatía por preguntar sobre su orientación sexual e identidad de género como probable origen de su necesidad en salud. Si bien, anteriormente se trató sobre la dificultad y negativa que tienen los pacientes de expresar abiertamente su orientación sexual e identidad de género con los profesionales de la salud, también es cierto que algunos de los entrevistados aceptaron que, si la entrevista clínica se desarrollara en un ambiente profesional, donde las preguntas eran realizadas con la intención de integrar un mejor

diagnóstico clínico y con ello una resolución a su problema de salud más eficiente, estaban dispuestos a hablar sobre el tema.

- 6) Incomodidad de recibir preguntas “invasivas e insistentes”. A pesar de ser cierto que los profesionales de la salud tienen libertad y autorización para formular cualquier tipo de pregunta durante la entrevista clínica que ayude a integrar de una forma más eficaz el diagnóstico presuntivo de los pacientes, en algunas ocasiones estas han llegado a ser percibidas, por parte de los usuarios del servicio, de forma incómoda y poco profesional. Uno de los entrevistados comentó una experiencia donde la ética profesional de uno de los miembros del departamento de psicología se encontró comprometida, debido a que la prestadora de servicios de salud “mostró un sobre interés” en la vida personal del sujeto, sin que este tipo de cuestionamientos aportaran al diagnóstico clínico, y, por el contrario, generaron malestar e inconformidad en el paciente.

“No me gusta ir con psicología, porque no me siento a gusto. Una vez la doctora me preguntó: “¿Te gusta esta persona? (señalando la foto de un hombre joven con el torso descubierto) porque es mi hermano. Oye, ¿te enseñó más fotos?”.

-P4/Cisgénero/Gay/30 años

“En ningún servicio te preguntan tu orientación sexual. Yo siento que eso sería como base. Toda la gente tiene el conocimiento de que eres hombre o mujer, pero nunca te preguntan ni tu orientación sexual. A lo mejor a los que les podrían preguntar es a personas transgénero”.

P7/Cisgénero/Gay/30 años

“Si un amigo militar de la comunidad homosexual quiere saber si tiene VIH porque ha tenido prácticas sexuales de riesgo, no va a hacerse la prueba al hospital. En un inicio no lo hacen, no lo buscan. Primero van a un particular a hacerse la prueba y si saliera positiva ya se pondrían a pensar qué hacer”.

-P4/Cisgénero/Gay/30 años

Por otra parte, entre las barreras manifestadas por los prestadores de servicios de salud se encuentran:

Falta de capacitación en temas de sexualidad humana y diversidad sexual. Los profesionales de la salud entrevistados comentaron que ni durante sus estudios de licenciatura o posgrados (a excepción de psiquiatría y urología), ni por parte del trabajo, por medio de educación médica continua, habían recibido bases teóricas o actualizaciones sobre este tipo de temas, quedando limitado únicamente a la información que se imparte en las materias de urología y ginecología y que es más con entendimiento de la anatomía y fisiopatología del paciente. Sintiéndose de esta forma restringidos en las competencias necesarias para poder abordar y tratar a este tipo de pacientes. De igual manera, algunos de los entrevistados comentaron acerca de la poca información que algunos de ellos habían logrado obtener, al capacitarse en cursos de igualdad de género (con enfoque de no discriminación hacia las mujeres principalmente) y por iniciativa propia mediante lecturas de artículos, presentaciones de la prensa y capacitaciones en línea:

“Nunca se habla de sexualidad humana. Hay muchos cabos sueltos. Por ejemplo ¿Cómo evita una mujer lesbiana una enfermedad de transmisión sexual? Como médicos nunca nos lo dicen, no lo sabemos y cuando se llegan a tocar los temas, por ejemplo, métodos anticonceptivos, la mentalidad es hombre-mujer ¿Cómo evito que una mujer se embarace de un hombre? ¿Cómo evito que una mujer se contagie de ETS (enfermedades de transmisión sexual) desde un hombre? pero nunca te dicen qué hacer para evitar que un hombre se contagie por otro hombre cuando no use condón, porque parece que esa es la respuesta universal para todo ¿Cómo hacer para que dos mujeres no se contagien de ETS cuando un condón no funciona?”

-PSS5/Cisgénero/Heterosexual/33 años

Dificultad para comprender y empatizar con los derechos sexuales y reproductivos de los pacientes LGBTTIQ+. Durante la identificación de esta barrera, algunos de

los entrevistados comentaban lo difícil que era para ellos entender de qué manera las personas LGBTTIQ+ ejercen su sexualidad, y si esto coincidía o desmentía los prejuicios de lo que ellos consideran “prácticas sexuales de alto riesgo”. La siguiente cita muestra, la falta de sensibilización que algunos profesionales sanitarios llegan a presentar, cuando su consulta clínica incluye algunos temas relacionados con diversidad sexual:

“Creo que necesitaría un poco más de información y normalizar la atención porque, así como hay profesionales de la salud que son bastante buenos y entienden la diversidad, hay personal de salud que ya somos grandes o que tenemos otras ideas y es difícil aceptar a las personas, tal vez más educación. Algún curso de todo lo que tuviera que ver con la población y la diversidad sexual porque a lo mejor las personas que tenemos más edad nos cuesta más aceptar las cosas nuevas, algún curso de psicología, esta parte de aceptarlo, debo de aceptar lo que ya existe, pero ahora es más visible”.

-PSS2/Cisgénero/Heterosexual/35 años

Percibir actos discriminatorios por parte de otros colegas del trabajo. Varios de los profesionistas entrevistados, si bien no aceptaron haber pronunciado o realizado juicios discriminatorios en contra de algunos de sus pacientes LGBTTIQ+, sí han sido testigos de citadas situaciones por parte de otros compañeros de trabajo, quienes se referían a sus pacientes con expresiones homófobas una vez que la consulta había finalizado. Sin embargo, y pese a estos actos presenciados que ellos consideraron como “incorrectos”, no los calificaron abiertamente como actos explícitamente discriminatorios. Entre los prestadores de servicios de salud entrevistados, el concepto de discriminación a algún paciente es “evidente” cuando la consulta se le es negada a una persona, pero se dificulta su concepción cuando mencionan a sus pacientes con lenguaje despectivo.

“...No en frente del paciente, pero algunos doctores hacían comentarios homofóbicos; aunque no lo digan, puede estar en la cabeza de alguien y aunque nunca lo exprese, puede influir en el tratamiento”.

-PSS6/Cisgénero/Gay/30 años

Con respecto a las barreras asociadas con sistema de salud, las que lograron ser identificadas por parte de los prestadores de servicios de salud y los militares LGBTTIQ+, incluyen:

El desconocimiento de la existencia de políticas, protocolos o guías que les permitan conocer el proceso clínico y administrativo que deben seguir con las personas LGBTTIQ+. Esta barrera se presenta en aquellos casos cuando los prestadores de servicios desconocen los momentos del proceso en el cual se debe de adecuar su consulta al recibir a pacientes LGBTTIQ+ con necesidades particulares en salud. Por tal motivo, al no existir esta guía clínica y administrativa, la atención centrada en pacientes LGBTTIQ+ es casi nula. En el mismo sentido, los pacientes desconocen sus derechos y el proceso clínico-administrativo que deben seguir para dar resolución a sus problemas de salud.

“Así como hay protocolos para ancianos, niños, aunque nunca lleguen, sabes que hacer, eso es lo que hace falta, para evitar perder el tiempo como otras personas que ni siquiera llegan, porque les da mucho miedo que vaya a aparecer en un expediente o porque les da mucha pena que vayan por algo de índole sexual, genitourinaria y todo el mundo comente que fue por sus prácticas sexuales; los protocolos y la seguridad de la información”.

-PSS3/Cisgénero/Heterosexual/31 años

Dificultad para asistir a consultas de primera vez y subsecuentes. Uno de los usuarios del servicio manifestó que la estructura operativa de las Fuerzas Armadas dificulta que algunos de los pacientes puedan tener acceso efectivo a la atención sanitaria inicial o subsecuente, debido a que, por cuestiones de operatividad o rutinas laborales establecidas, algunos de los potenciales pacientes llegan a perder sus citas médicas. Esto, sin embargo, no es una cuestión única ni exclusiva de las personas LGBTTIQ+, pero sí limita la continuidad de la atención, debido que, a una alta rotación de prestadores de servicios no cualificados o sensibilizados en atención a un grupo vulnerable, puede retrasar el tratamiento requerido.

“Me tuve que atender en un hospital privado, porque se postergaban a cada rato las citas, no teníamos la facilidad de cuando pudiéramos ir a la cita y me tocaban operativos, entonces en unas vacaciones acudí a una clínica privada y ahí me hicieron la cirugía”.

-P2/Transgénero/Heterosexual/37 años

Gestión y distribución de los tiempos de consulta. Uno de los médicos entrevistados expresó las limitaciones que el sistema de salud genera con los altos flujos de pacientes de forma rutinaria, y la restringida cantidad de minutos otorgados para cada uno de ellos (20-25 minutos). Esta situación limita la historia clínica de primera vez a preguntas puntuales y que, desde la perspectiva del médico, son prioritarias para la anamnesis por sobre otras preguntas de estilo de vida y hábitos; situación que deriva en un debilitamiento en la confianza mutua para poder profundizar en temas relativos a la sexualidad del paciente.

“Las consultas son de 20 minutos, que no te da para hacer un interrogatorio en cuanto a que alguien se abra, que diga: ¿Sabe qué doctor? Tengo una necesidad psicológica, me gustaría que me canalizara con el psiquiatra o con la psicóloga, no hay tiempo, es una limitación.”

-PSS4/Cisgénero/Heterosexual/28 años

Durante las entrevistas se pudo apreciar que todas aquellas barreras que dificultan o limitan la prestación de servicios en salud a las personas LGBTTIQ+ no logran ser identificadas ni por los pacientes ni por sus profesionales de la salud, pues cada vez que se preguntaba a los usuarios sobre aquellos elementos que podían ser mejorables o evitables, a fin de hacer más fluida y eficiente la atención brindada, los pacientes tendían a manifestar que el servicio era de “buena calidad” y ellos no tenían por qué tener una atención distinta o personalizada en comparación con los otros militares heteronormados, considerando que ellos deben ajustarse al mecanismo administrativo y clínico ofertado por parte de su sistema de salud y no de forma contraria. De la misma manera, al interpretar el discurso de los prestadores

de servicios en salud se encontró que éstos no suelen interesarse en el contexto en el cual el paciente desarrolló su problema de salud y, por lo tanto, tienden a rechazar el ajustar su diagnóstico y terapéutica a la realidad de los pacientes vulnerables y de poblaciones minoritarias.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Con este estudio se confirma la existencia de diversas barreras en la atención a la salud de los militares mexicanos LGBTTIQ+. Los resultados mostraron relación con diversas investigaciones realizadas en México y otras partes del mundo, mismas que exploran algunos de los problemas en salud que aquejan a esta población vulnerable (ENADIS, 2010; Yaaj, 2016, Gilman *et al.*, 2001; King *et al.*, 2008; Hatzenbuehler *et al.* 2009 y Bostwick *et al.*, 2010); otros estudios incluyeron entre su población a militares LGBTTIQ+ alrededor del mundo (Beckman *et al.*, 2018; Lehavot y Simpson, 2014; Biddix *et al.*, 2013; Mattocks, 2014; Blosnich *et al.*, 2016 y Smith, 2018), sin embargo, ninguna de citadas investigaciones contempló a la población LGBTTIQ+ militar. Es por eso que, se considera al presente estudio de investigación como un parteaguas al haber recopilado la percepción y experiencia que han tenido que enfrentar este grupo poblacional con las diversas barreras personales, del personal prestador de servicios en salud y del propio sistema, en la búsqueda de una solución a sus necesidades en salud.

En el Eje 1: El significado de ser militar LGBTTIQ+ y la estructura de poder jerárquico, se trató el tema del sentido y pertenencia a las Instituciones Militares en México, donde los militares comentaban que desde sus primeros días en el servicio activo, era identificable la marcada estructura jerárquica existente en los cuarteles, así como el ambiente heteronormado y machista que regía tanto a jefes y superiores como a los subalternos; aunque esta situación coincide con lo encontrado en estudios previos que hablan sobre la interacción de las personas LGBTTIQ+ en ambientes donde no suelen expresar su género y/o orientación sexual de forma libre (Profamilia, 2001 y Lerin 2004), no se hace mención a las características particulares que conlleva un ambiente castrense.

En el desarrollo del Eje 2: Las necesidades de salud de los militares LGBTTIQ+, se logró demostrar que a las personas LGBTTIQ+ entrevistadas se les dificulta el reconocer sus propias necesidades en salud (problemas, enfermedades e inquietudes), situación que coincide otras publicaciones previas (Donabedian, 1988); sin embargo, esta situación se acentúa aún más, debido a que los profesionales de la salud no lograron tampoco identificar necesidades en salud que afectan a sus pacientes LGBTTIQ+, lo que conlleva a un proceso en la búsqueda intencionada, detección oportuna y tratamiento correcto poco eficientes al intentar solventar sus necesidades demandadas (Donabedian, 1988).

En cuanto a las prácticas de estilo de vida saludables, los militares LGBTTIQ+ entrevistados, estos refieren la poca difusión en temas de educación sexual con un contexto más acorde a sus hábitos y problemas cotidianos, siendo aquellos relacionados con las ETS y su prevención muy poco tratados por sus médicos. Esto, a pesar de que en estudios previos se ha documentado ampliamente sobre las altas tasas que existe ETS en población LGBTTIQ+ (Gorgos & Marrazzo, 2011 y Meyer, 2011) y el coste en salud que esto representa.

El Eje 3: Barreras identificadas para la atención de las personas, LGBTTIQ+ se reveló que los pacientes militares LGBTTIQ+ presentan miedo a buscar atención por problemas derivados de sus prácticas sexuales, desconfianza en revelar su orientación sexual al personal de salud tratante por temor a ser señalizados como LGBTTIQ+, o evadir hablar de vida sexual durante las entrevistas clínicas. Dicha situación también ha sido abordada en otras investigaciones (Risher *et al.*, 2013 y Harkness *at al.*, 2021).

En cuanto a la identificación de barreras por parte de los profesionales de la salud que atienden a pacientes LGBTTIQ+, se encontró que algunos de los entrevistados, y compañeros de trabajo de los mismos, han llegado a presentar prejuicios hacia sus pacientes, realizando comentarios discriminatorios cuando no se encuentran en presencia de los militares LGBTTIQ+. Por ejemplo, incomodidad al preguntar sobre la vida y prácticas sexuales de los pacientes y el desconocimiento del tema por no

haber recibido capacitación en materia de salud sexual ni diversidad sexual durante sus formaciones académicas. Este tipo de barreras coinciden con los resultados de otras investigaciones (Müller, 2017, Stuart, 2015 Petroll y Mosack en 2011).

Finalmente, en las barreras del propio sistema, los resultados indicaron que en el caso de la paciente transgénero entrevistada, el sistema de salud al cual está afiliada no considera en sus procesos de atención a la salud atenciones clínicas/quirúrgicas, de apoyo psicológico ni farmacológico que requiere en su proceso de transición; situación que se encuentra reflejado en otros estudios alrededor del mundo (Newman *et al.*, 2014 y Bateman en el 2011). Asimismo, los entrevistados comentaron que, en algunos casos donde su orientación sexual e identidad de género estaba relacionada con su problema de salud, preferían hacer uso de consultorios privados, aunque ello conllevara un gasto de bolsillo. Esta situación coincide con lo estudiado previamente en otros países (Calderón *et al.*, en 2019 y Rispel *et al.*, 2011).

Si bien, los temas relacionados con la sexualidad humana representan por sí mismos un tema tabú dentro de muchas de las sociedades alrededor del mundo, cuando esto se une a la complejidad de los problemas en salud de las personas LGBTTIQ+, las necesidades y barreras pueden ser mucho mayores al resto de la población heterosexual, lo cual puede asociarse con una inadecuada atención a la salud, e incluso, que muchas de sus necesidades queden relegadas o invisibilizadas. En este sentido, una vez que se han expuesto las vivencias de las personas LGBTTIQ+ y se han contrastado con las experiencias de los prestadores de servicios de salud dentro del sistema de salud en las Fuerzas Armadas Mexicanas, se puede apreciar las brechas en las visiones y percepciones que cada uno de ellos tienen acerca de las necesidades y barreras en salud de las personas LGBTTIQ+.

A pesar de que los servicios de salud dentro de las Fuerzas Armadas Mexicanas aseguran la cobertura a los militares en el activo y retiro, así como su acceso efectivo a lo largo y ancho de la República Mexicana, hay una ausencia de políticas,

desde un enfoque, centrado en las personas, que considere a las poblaciones vulnerables y minoritarias como lo son las personas LGBTTIQ+.

5.1 Conclusión

Los servicios de salud, en el ámbito militar, deben considerar la diversidad sexual de su personal, con el fin de adecuar la atención en función de las necesidades sentidas de las personas LGBTTIQ+ y desde una perspectiva de género. Se debe capacitar al personal de salud en temas que favorezcan la atención centrada en las personas LGBTTIQ+ para evitar las barreras de acceso a los servicios médicos y psicológicos. Se recomienda que las fuerzas militares realicen un censo que permita conocer el número de militares identificados como personas LGBTTIQ+, esto, además, ayudaría a plantear estrategias internas que sean acordes con su realidad.

Las percepciones y vivencias que experimentan los militares LGBTTIQ+ en México han sido determinadas previamente por otros estudios realizados en diferentes poblaciones LGBTTIQ+. Sin embargo, el presente trabajo, al ser único en su tipo, reafirmó que las necesidades en salud y las barreras tanto de los pacientes, de los prestadores de servicios de salud y del Sistema son un problema que si bien se encuentra de forma universal, deben ser contemplados en la planeación de un Modelo de Atención Centrado en el Paciente.

Se considera que, para dar solución a estos problemas, es necesario reconocer que los militares mexicanos LGBTTIQ+ poseen necesidades en salud relacionadas con su estilo de vida y prácticas sexuales de forma distinta al resto de la población heterosexual atendida en los servicios de salud de las Fuerzas Armadas Mexicanas y que, además, enfrentan barreras que dificultan que citadas necesidades puedan ser solventadas de forma eficiente.

Los resultados presentados muestran lo importante que es atender las necesidades de esta población vulnerable desde un MACP que los contemple e integre a fin de garantizar una mejor atención otorgada. Por otro lado, es indispensable desarrollar políticas sanitarias institucionales con base a la realidad

que se vive en la composición demográfica de las Fuerzas Armadas Mexicanas en materia de atención a poblaciones minoritarias y vulnerables.

Con lo anteriormente dicho, queda claro que aún existe una marcada brecha de desigualdad en salud que debe ser contemplada por los tomadores de decisiones en la SEDENA y Marina, con la intención de mitigar estas barreras. Además de que es necesario que más investigadores en salud se interesen por temas de sexualidad humana en México y continúen con estudios y publicaciones en poblaciones cautivas y de acceso restringido como lo son las Fuerzas Armadas Mexicanas.

5.2 Fortalezas y limitaciones del estudio

La principal fortaleza de este estudio es que, este constituye el primer acercamiento a la población LGBTTIQ+ en México, con lo cual se pudo conocer sobre sus necesidades y barreras en la atención a la salud, en un espacio social que es de difícil acceso, como lo es el militar, donde históricamente se ha manejado de manera hermética temas tan complejos de abordar como lo son la orientación e identidad de género de su personal.

Pese a la riqueza misma que representa este análisis, la tesis tiene algunas limitaciones que deben considerarse. La principal tiene que ver con los participantes LGBTTIQ+ que decidieron ser entrevistados, ya que la mayoría de estos habían manifestado su orientación sexual e identidad de género dentro de las fuerzas militares, lo que tal vez facilitó hablar de los temas que fueron tratados en este proyecto. Es posible que haya otro grupo de personas LGBTTIQ+ que no se reconozcan como tal y que estén enfrentando otro tipo de necesidades y barreras con alcances y características diferentes a las identificadas aquí.

Asimismo, se sabe que no solo las personas LGBTTIQ+ pueden tener prácticas sexuales de riesgo y necesidades de salud insatisfechas. Por lo tanto, para futuras investigaciones se recomienda que se considere otros tipos de poblaciones, incluyendo las heterosexuales, con el fin de tener un panorama más claro sobre los

aspectos que fueron tratados en este trabajo y de esta manera adecuar los servicios de salud para todo el personal de salud militar.

REFERENCIAS

- Agénor, M., Peitzmeier, S., Gordon, A., Haneuse, S., Potter, J. y Austin, S. (2015). Sexual Orientation Identity Disparities in Awareness and Initiation of the Human Papillomavirus Vaccine Among U.S. Women and Girls: A National Survey. DOI: 10.7326/M14-2108
- Baltar, F. & Gorjup, M. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1) ,123-149. ISSN: 2014-3214. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54924517006>
- Bateman, C. (2011). Transgender patients sidelined by attitudes and labeling. DOI: 10.7196/samj.4735
- Beckman, K., Shipherd, J., Simpson, T. y Lehavot, K. (2018). Military Sexual Assault in Transgender Veterans: Results from a Nationwide Survey. DOI: 10.1002/jts.22280
- Bernal, I., Pedraza, N. y Sánchez M. (2013). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Bermejo-Berros, J. (2014). Evolución de los paradigmas, metodologías y campos de la comunicación. *Revista Latina de Comunicación Social*, 69, pp. 330 a 353. DOI: 10.4185/RLCS-2014-1014
- Boehmer, U., Bowen, D. y Bauer, G. (2007). Overweight and Obesity in Sexual-Minority Women: Evidence from Population-Based Data. DOI: 10.2105/AJPH.2006.088419
- Biddix, J., Fogel, C. y Black, B. (2013). Comfort Levels of Active-Duty Gay/Bisexual Male Service Members in the Military Healthcare System, *Military Medicine*, Volume 178, Issue 12, December 2013, Págs. 1335–1340, Recuperado de: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00044>
- Blosnich, J., Marsiglio, M., Gao, S., Gordon, A., Shipherd, J., Kauth, M., Brown, G. R., y Fine, M. (2016). Mental Health of Transgender Veterans in US States with and Without Discrimination and Hate Crime Legal Protection. *American journal of public health*, 106(3), 534–540. Recuperado de: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302981>

- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American journal of public health, 100*(3), 468–475. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.152942>
- Bristowe, K., Hodson, M., Wee, B., Almack, K., Johnson, K., Daveson, B. A., Koffman, J., McEnhill, L., & Harding, R. (2018). Recommendations to reduce inequalities for LGBT people facing advanced illness: ACCESSCare National Qualitative Interview Study. *Palliative medicine, 32*(1), 23–35. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0269216317705102>
- Calderón, M., Forero, L., Acevedo, N., Mendoza A., Royo, M. y Rivillas, J. (2019). ¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans? Recuperado de: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/09/Como-adaptar-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-a-las-necesidades-y-circunstancias-de-las-personas-con-experiencia-de-vida-trans.pdf>
- Calzo, J., Roberts, A., Corliss, H., Blood, E., Kroshus, E. y Austin, S. (2013). Physical Activity Disparities in Heterosexual and Sexual Minority Youth Ages 12–22 Years Old: Roles of Childhood Gender Nonconformity and Athletic Self-Esteem. DOI: 10.1007/s12160-013-9570-y
- Dilley, J., Julia, Wynkkoop, K., Stark, M. (2010). Demonstrating the Importance and Feasibility of Including Sexual Orientation in Public Health Surveys: Health Disparities in the Pacific Northwest. DOI: 10.2105/AJPH.2007.130336
- Donabedian, A. (1988). Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Pública: Fondo de Cultura Económica.
- CNDH. (2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/conocenos/constitucionEUM.pdf>
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Fundación Arcoíris. (2016). Investigación sobre atención a personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en México. Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/78952/INVESTIGACION_LGBT_Resumen_Ejecutivo_11_ABR_16.pdf

CONAPRED. (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México / ENADIS 2010. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf

CONAPRED. (2014). Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Pronaid_Hechz_INACCSS.pdf

CONAPRED. (2020). Discriminación y violencia contra personas intersex: resultados de la encuesta intersex, dirigida a personas con variaciones congénitas en las características sexuales. Recuperado de: http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Resumen_Ejecutivo_11-12-2020.pdf

Conron, K., Scott, G., Stowell, G. y Landers, S. (2012). Transgender Health in Massachusetts: Results from a Household Probability Sample of Adults. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300315

Dean, G. (2009). Homosexuality and the Military: A Review of the Literature. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918360903054137>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica, 2(7), 162-167. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es

Duncan, D., Hatzenbuehler, M. y Johnson, R. (2014). Neighborhood-level LGBT hate crimes and current illicit drug use among sexual minority youth. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.11.001

Evans, R. (2017). US Military Policies Concerning Homosexuals: Development, Implementation and Outcomes. Recuperado de: <https://www.palmcenter.org/wp-content/uploads/2017/12/evans1.pdf>

Fuster Guillen, Doris Elida. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1), 201-229. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

- Gilman, S., Cochran, S., Mays, V., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American journal of public health, 91*(6), 933–939. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.933>
- Goldbach, J. y Catro, C. (2016). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Service Members: Life After Don't Ask, Don't Tell. DOI: 10.1007/s11920-016-0695-0.
- Gómez, F. & Barrientos, J. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/sess/a/dgpS84hDDCL3qbCqpJQJGrP/?format=pdf&lang=es>
- Gorgos, L. & Marrazzo, J. (2011). Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex with Women. DOI: 10.1093/cid/cir697
- Harkness, A., Bainter, S., Mendez, N., Hernandez, D., O'Cleirigh, C., Mimiaga, M., Mayer, K. y Safren, S. (2021). Factors associated with barriers to engagement in HIV-prevention care among sexual minority men. DOI: 10.1007/s10865-021-00230-0
- Hatzenbuehler M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin, 135*(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hibbert, M., Brett, C., Porcellato, L. y Hope, V. (2020). Image and performance enhancing drug use among men who have sex with men and women who have sex with women in the UK. Hibbert, M., Brett, C., Porcellato, L., Hope, V. (2020). Image and performance enhancing drug use among men who have sex with men and women who have sex with women in the UK. DOI: 10.1016/j.drugpo.2020.102933
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S. *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8, 70 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Lambda Legal y Child Welfare League of America. (2013). Conceptos básicos sobre el ser LGBT. Recuperado de: https://www.lambdalegal.org/sites/default/files/spa-vg_conceptosbausicos_final.pdf

- Lehavot, K., Stappenbeck, C. A., Luterek, J. A., Kaysen, D., & Simpson, T. L. (2014). Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives, and alcohol use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(1), 42–52. <https://doi.org/10.1037/a0032266>
- Lerín Piñón, Sergio. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125. Recuperado en 29 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es
- Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (2003). Recuperado de: https://leyes-mx.com/ley_del_instituto_de_seguridad_social_para_las_fuerzas_armadas_mexicanas.htm
- López, M. (2018). Diversidad sexual y derechos humanos. Recuperado de: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/36-Cartilla-Diversidad-sexual-dh.pdf>
- Luvuno, Z., Mchunu, G., Ncama, B., Ngidi, H. y Mashamba, T. (2019). Evidence of interventions for improving healthcare access for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in South Africa: A scoping review. DOI: 10.4102/phcfm.v11i1.1367
- Mattocks, K., Kauth, M., Sandfort, T., Matza, A., Sullivan, J., y Shipherd, J. (2014). Understanding healthcare needs of sexual and gender minority veterans: How targeted research and policy can improve health. *LGBT Health*, 1(1), 50–57.
- Martínez, T. (2009). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. *Informes Portal Mayores*, N° 98.
- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.
- Martínez, T. (2011). Decálogo de la atención centrada en la persona. Recuperado de: <https://www.acpgerontologia.net>.

- McAdams, A., Stephenson, R., Rentsch, C., Cooper, H., Jacob, K. y Jobson, G. (2014). Minority Stress in the Lives of Men Who Have Sex with Men in Cape Town, South Africa. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870454>
- McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American journal of public health*, 100(10), 1946–1952. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163147>
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, K. (2011). Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. DOI: 10.1093/cid/cir696
- Montero, A., González, M., González, E., Vergara, J. Carvajal, C. (2016). Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud 2017. Recuperado de: <https://www.cemera.cl/documentos/GUIA%20ORIENTACIONES%20Y%20RECOMENDACIONES%20ATENCION%20EN%20SALUD%20%20%20%20%20GLB%202017.pdf>
- Müller, A. (2017). Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability, and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in South Africa. *BMC Int Health Hum Rights* 17, (16). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>
- Newman, D. y Duma, S. (2014) Injustice to transsexual women in a hetero-normative healthcare system. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5326805/>
- Onufer, S. y Muntarhorn, V. (2017). Principios de Yogyakarta. Recuperado de: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- Organización de las Naciones Unidas (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/S20131037_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2013). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/cd5218-abordar-causas-disparidades-cuanto-al-acceso-utilizacion-servicios-salud-por>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf
- Pascual, J. A., Gil, T., Sánchez, J. A., & Menárguez, J. F. (2022). ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi [How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study]. *Atencion primaria*, 54(1), 102232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>
- Petroll, A. E., & Mosack, K. E. (2011). Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. *Sexually transmitted diseases*, 38(1), 63–67. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e3181ebd50f>
- Profamilia. (2021). Diversidad sexual: atención sin discriminación. Recuperado de: <https://profamilia.org.co/aprende/diversidad-sexual/>
- Rerucha, C., Runser, L., Ee, J. y Hersey, E. (2018). Military Healthcare Providers' Knowledge and Comfort Regarding the Medical Care of Active-Duty Lesbian, Gay, and Bisexual Patients. DOI: 10.1089/lgbt.2016.0210
- Rimmerman, C. (2019). The Lesbian and Gay Movements: Assimilation or Liberation?
- Risher, K., Adams, D., Sithole, B., Ketende, S., Kennedy, C., Mnisi, Z., Mabusa, X. y Baral, S. (2013). Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking proper healthcare among men who have sex with men in Swaziland. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.7448/IAS.16.3.18715>
- Rispel, L., Metcalf, C., Cloete, A., Moorman, J. y Reddy, V. (2011). You become afraid to tell them that you are gay: health service utilization by men who have sex with men in South African cities. DOI: 10.1057/jphp.2011.29

- Rocha-Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537544. Recuperado de: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>
- Rodríguez, L., Acosta, N., Cobo, V Angarita, N. y Morales, M. (2021). Todes abortemos. Recuperado de: <https://cuestionpublica.com/todes-abortamos/>
- Roe L, Galvin M. Providing inclusive, person-centered care for LGBT+ older adults: A discussion on health and social care design and delivery. *J Nurs Manag.* 2021; 29:104–108. <https://doi.org/10.1111/jonm.13178>
- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 2018; 21:429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Santos, G. M., Rapues, J., Wilson, E. C., Macias, O., Packer, T., Colfax, G., & Raymond, H. F. (2014). Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug and alcohol review*, 33(3), 287–295. <https://doi.org/10.1111/dar.12116>
- Secretaría de la Defensa Nacional. (2020). Las Fuerzas Armadas y la Guardia Nacional despliegan más de 150,000 elementos en todo el territorio nacional. Recuperado de: <https://www.gob.mx/sedena/prensa/las-fuerzas-armadas-y-la-guardia-nacional-despliegan-mas-de-150-000-elementos-en-todo-el-territorio-nacional>
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Asociación Médica Mundial AMM. (2008). Declaración de Helsinki. Recuperado en septiembre de 2008 en: <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>
- Silberman P., Buedo P. Y Burgos L., (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública.* 18 (1). Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n1/1-12>

Smith D. (2008). Active-duty military personnel presenting for care at a Gay Men's Health Clinic. *Journal of homosexuality*, 54(3), 277–279. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/00918360801982173>

Stephenson, R., Khosropour, C., & Sullivan, P. (2010). Reporting of Intimate Partner Violence among Men Who Have Sex with Men in an Online Survey. *The western journal of emergency medicine*, 11(3), 242–246.

Stuart, J., Sissary, P., y Mastro, I. (2015). “En busca del bienestar: barreras y posibilidades percibidas por las mujeres transexuales para acceder a los servicios de salud en Iquitos”. *Argumentos*. Recuperado de: [https://www.google.com/search?sa=X&rlz=1C5CHFA_enMX907MX907&sxsrf=AOaemvLjdRw8lYxSnnL7W8AULEoK56bX4w:1640629003906&source=univ&tbm=isch&q=7.+Stuart,+J.,+Sisary+P.,+Mastro+I.+\(2015\)+%E2%80%9CEn+busca+del+bienestar:+barreras+y+posibilidades+percibidas+por+las+mujeres+transexuales+para+acceder+a+los+servicios+de+salud+en+Iquitos%E2%80%9D.+En+Revista+Argumentos,+a%C3%B1o+9,+n.%C2%B0+2..+P%C3%A1rr.+10-11&hl=es&fir=zp8JNWdTBH6lhM%252COVSlljuZPhmYQM%252C_%253B64jK7PzDSPaUUM%252COVSlljuZPhmYQM%252C_%253Bw-4Y90jf2wRJwM%252COVSlljuZPhmYQM%252C_&usg=AI4_-kSBC7HPEOiDBsz6V4k3oPormXikhA&ved=2ahUKEwiW7fCny4T1AhVYnWoFHXA6CuUQ420oAHoECAkQBg&biw=1060&bih=980&dpr=1](https://www.google.com/search?sa=X&rlz=1C5CHFA_enMX907MX907&sxsrf=AOaemvLjdRw8lYxSnnL7W8AULEoK56bX4w:1640629003906&source=univ&tbm=isch&q=7.+Stuart,+J.,+Sisary+P.,+Mastro+I.+(2015)+%E2%80%9CEn+busca+del+bienestar:+barreras+y+posibilidades+percibidas+por+las+mujeres+transexuales+para+acceder+a+los+servicios+de+salud+en+Iquitos%E2%80%9D.+En+Revista+Argumentos,+a%C3%B1o+9,+n.%C2%B0+2..+P%C3%A1rr.+10-11&hl=es&fir=zp8JNWdTBH6lhM%252COVSlljuZPhmYQM%252C_%253B64jK7PzDSPaUUM%252COVSlljuZPhmYQM%252C_%253Bw-4Y90jf2wRJwM%252COVSlljuZPhmYQM%252C_&usg=AI4_-kSBC7HPEOiDBsz6V4k3oPormXikhA&ved=2ahUKEwiW7fCny4T1AhVYnWoFHXA6CuUQ420oAHoECAkQBg&biw=1060&bih=980&dpr=1)

Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C. & Freeman, T. (1995). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. London: Sage.

Terrasa, S., Mackintosh, R., y Piñedo, A. (2011). Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte). Recuperado de: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/gays%20y%20lesbianas.pdf>

The National LGBT Health Education Center & National Association of Community Health Centers. (s.f.). Las necesidades de las personas LGBT en los Centros de Salud. Recuperado de: https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/com855_boardDocument-Spanish_v7_09-08-2014-1.pdf

Tjaden, P., Thoennes, N., National Institute of Justice (U.S.); National Violence Against Women Survey.; Centers for Disease Control and Prevention (U.S.); National Center for Injury Prevention and Control (U.S.) (2000). Full report of

the prevalence, incidence, and consequences of violence against women.
Recuperado de: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21948>

Workowski, K., Bolan, G., Centers for Disease Control and Prevention (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5; 64(RR-03):1-137. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28; 64(33):924. PMID: 26042815; PMCID: PMC5885289.

Yaaj México. (2018). Encuesta Nacional sobre Discriminación y Juventudes LGBTI. Recuperado de: <https://www.yaajmexico.org/blog/descargables/encuesta-nacional-sobre-discriminacion-y-juventudes-lgbti/>

ANEXOS

ANEXO 1. Terminología de la diversidad sexual

<p>Asexual: Persona que no siente atracción erótica hacia otro ser humano. Sin embargo, puede relacionarse emocional o afectiva hacia los demás. Esto es independiente de la actividad sexual que pueda o no tener.</p>
<p>Cisgénero: Cuando el género se alinea con el sexo biológico del sujeto. Con esto surgen los términos “Hombre Cis”, “Mujer Cis”.</p>
<p>Cisnormatividad: Expectativa de que todos los seres humanos son y deberían ser cisgénero. Siendo esto lo normal y aceptable socialmente.</p>
<p>Demisexual: Persona que podrá generar un vínculo sexual con otro ser humano con quien ya haya tenido una conexión afectiva previa.</p>
<p>Expresión de género: Toda manifestación del género de una persona. Esto puede incluir su forma de hablar, vestir, manierismos, etc. Puede ser autoaceptada, asumida o impuesta.</p>
<p>Heteronormatividad: Reconocimiento social, ético y cultural a la heterosexualidad como la única orientación sexual aceptada y permitida.</p>
<p>Heterosexual: Persona que tiene atracción afectiva y sexual hacia personas de un género opuesto al suyo.</p>
<p>Pansexual: Persona que siente atracción erótica, afectiva y sexual hacia otro ser humano independiente de su sexo, género u orientación sexual.</p>
<p>Travesti: Persona que le gusta de forma temporal o permanente de presentar la apariencia a la del género opuesto. Pudiendo ser mediante ropa, manierismos o actitudes.</p>

Anexo 2. Rangos militares comparativos del Ejército, Fuerza Aérea Mexicana y la Secretaría de Marina Armada de México

RANGOS EQUIVALENTES EN LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS		
Secretaría de la Defensa Nacional	Fuerza Aérea Mexicana	Secretaría de Marina Armada de México
Tropa		
Soldado	Soldado	Marinero
Clases		
Cabo	Cabo	Cabo
Sargento 2do.	Sargento 2do.	3er. Maestre
Sargento 1ro.	Sargento 1ro.	2do. Maestre
Oficiales		
Subteniente	Subteniente	1er. Maestre/Guardiamarina
Teniente	Teniente	Teniente de Corbeta
Capitán 2do.	Capitán 2do.	Teniente de Fragata
Capitán 1ero.	Capitán 1ero.	Teniente de Navío
Jefes y Capitanes		
Mayor	Mayor	Capitán de Corbeta
Teniente Coronel	Teniente Coronel	Capitán de Fragata
Coronel	Coronel	Capitán de Navío
Generales y Almirantes		
General Brigadier	General Grupo	Contraalmirante
General de Brigada	General de Ala	Vicealmirante
General de División	General de División	Almirante

Adaptado de la Ley Orgánica de la Armada de México (2012)

Anexo 3. Guía de entrevista para militares LGBTTIQ+

Tema 1. La experiencia como persona LGBTTIQ+ y derechos humanos

1. ¿Qué significa para usted ser una persona LGBTTIQ+ dentro de las fuerzas militares? ¿Qué diferencias y similitudes considera que hay entre una persona LGBTTIQ+ en la sociedad en general y una persona LGBTTIQ+ en las fuerzas militares?
2. ¿Sus compañeras/os, jefes y/o subalternas/os saben acerca de su identidad de género u orientación sexual? ¿Cómo se siente respecto a que en su entorno laboral lo sepan? ¿Por qué? ¿Hay algo que lo haga sentir incómoda/o con los demás y por qué? ¿Platíqueme si ha tenido alguna mala experiencia por su identidad de género u orientación sexual? ¿Su identidad de género/orientación le ha impedido el logro de sus metas profesionales? Explicar.
3. Fuera de su espacio laboral, ¿las personas cercanas a usted (por ejemplo, familia, amigos) saben sobre su identidad de género/orientación sexual? ¿Por qué? ¿Cuál ha sido su experiencia como (mencionar la identidad de género expresada por el entrevistado) fuera del ámbito militar?
4. ¿Dígame cuáles son los derechos de las personas LGBTTIQ+? ¿Qué piensa de ellos?
¿Siente que esos derechos están garantizados dentro de su institución? ¿Por qué?

Tema 2. Necesidades de atención a la salud

1. Cuándo usted tiene necesidades de atención a la salud (médica, psicológica, etc.) ¿A dónde suele acudir? ¿Por qué? En general, ¿Qué trato ha recibido?
2. ¿Qué necesidades de salud específicas como (mencionar la identidad de género expresada por el entrevistado) ha tenido, tiene o cree que se debería atender en los servicios de salud? ¿Por qué?
3. ¿Qué importancia tiene para usted la atención a la salud en temas como, por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual, métodos de protección de enfermedades transmisión sexual, aborto, salud sexual y reproductiva, violencia

de género, etc.? ¿Por qué? Cuénteme alguna experiencia que haya tenido sobre esto. Si no recibe o busca esta información en los servicios de salud, ¿De dónde la obtiene? ¿Considera que es suficiente? ¿Por qué?

4. ¿Qué necesidades de atención a la salud mental ha tenido? ¿Por qué motivos ha consultado? ¿Sus necesidades de atención a la salud mental han sido resueltos? ¿Por qué?
5. ¿Para usted qué es un buen servicio de salud? ¿Qué debería incluir una buena atención a la salud de la población LGBTTIQ+?
6. ¿Qué características deberían tener los servicios de salud en su institución y los profesionales de la salud para la atención de las necesidades de la población LGBTTIQ+? ¿Qué cambiaría o mejoraría? ¿Deberían ser iguales o diferentes a los que recibe los demás? ¿Por qué?

Tema 3. Barreras de atención a la salud (hacer énfasis en los servicios institucionales dentro de las fuerzas militares)

1. En las consultas de salud, ¿le han preguntado sobre su identidad de género/orientación sexual o usted lo ha comentado? ¿Por qué? ¿Esto ha afectado la atención recibida? ¿De qué manera?
2. ¿Qué dificultades encuentra o ha encontrado para recibir atención a la salud que esté relacionada con su identidad de género u orientación sexual? ¿Podría platicarme acerca de alguna experiencia que haya tenido al respecto?
3. ¿Cómo evalúa los servicios de salud recibidos? ¿Qué tan satisfecho o no está con la atención recibida? ¿Por qué?
4. ¿Cómo considera el trato que le proporciona o le ha proporcionado el personal de salud? ¿Por qué?
5. Coménteme si alguna vez ha sido víctima de discriminación y/o estigmatización en los servicios de salud a razón de su identidad de género u orientación sexual.
6. ¿Qué prejuicios percibe o ha vivido por parte de los prestadores de servicios de salud sobre la población LGBTTIQ+? ¿Cómo afecta esto la atención de las necesidades de salud?
7. Sobre lo que hemos estado hablando, ¿Hay algo más que quiera decir?

Anexo 4. Guía de entrevista para prestadores de servicios de salud

Tema 1. Servicios de salud y atención médica

1. Por favor dígame, ¿Qué tipo de servicios de salud se presta en la institución y cuáles son las principales necesidades que usted identifica en los pacientes militares que atiende?
2. ¿Quiénes utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud y qué características tienen estas personas (edad, sexo, etc.)?
3. En su experiencia dentro de la institución, ¿Ha atendido/visto pacientes LGBTTIQ+? ¿Qué características tienen y qué necesidades de atención específicas ha identificado en esta población? Si no ha atendido, ¿por qué cree que no han llegado/acudido estas personas a consultar los servicios de salud?
4. ¿Cuáles servicios de salud están pensados/diseñados para la población LGBTTIQ+ en la institución? ¿Podría hablarme sobre ellos o por qué no existen?
5. ¿Cuándo acuden con usted los pacientes les pregunta acerca de su identidad de género u orientación sexual? ¿Por qué? ¿En los registros médicos existe la posibilidad de registrar la identidad u orientación sexual de los pacientes? ¿Cree que los pacientes tienen la libertad de expresar su identidad u orientación sexual? ¿Por qué?
6. ¿Cómo se siente usted de atender a pacientes LGBTTIQ+? ¿Por qué?
7. Alguna vez ¿Ha sido capacitado en temas de diversidad sexual/género? ¿Esto para qué le ha servido? ¿Qué tan importante le ha parecido recibir esta capacitación? Explíqueme.

Tema 2. Derechos de las personas LGBTTIQ+ y atención centrada en las personas

1. ¿Cuáles son los factores de riesgos y vulnerabilidades de las personas LGBTTIQ+?
2. ¿Podría mencionar cuáles son los derechos de las personas LGBTTIQ+ que usted conoce?

3. ¿Para usted qué es un buen servicio de salud? ¿Qué debería incluir una buena atención a la salud de la población LGBTTIQ+?
4. ¿Qué características deberían tener los servicios de salud en su institución para la atención de las necesidades de la población LGBTTIQ+?
5. ¿Qué cambiaría o mejoraría? ¿Los servicios deberían ser iguales o diferentes a los que reciben las demás personas de la institución? ¿Por qué?
6. ¿Qué formación y capacitación deberían tener los profesionales de la salud para dar una buena atención y de calidad a las personas LGBTTIQ+? ¿A usted le interesarían? ¿Por qué?
7. ¿Cuáles son las principales dificultades que usted identifica que tienen las personas LGBTTIQ+ para buscar o recibir atención? (dificultades por parte de los pacientes, por parte del personal de salud, por otras razones).
8. Desde su punto de vista, ¿Las personas LGBTTIQ+ de la institución son discriminadas y estigmatizadas en los servicios de salud? ¿Por qué? ¿Podría hablarme de algún caso concreto de atención que usted o algún colega haya tenido?
9. Sobre lo que hemos estado hablando, ¿Hay algo más que quiera decir?