

Apostar por la equidad. Atención de salud a las personas con sexualidades no heteronormativas

Por Alberto Roque Guerra [15-11-2013]

Especial para SEMlac

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos define el derecho a la salud como parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos como una vida digna: el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental.

La salud es un derecho humano garantizado en Cuba de forma universal y gratuita a todos los ciudadanos que residen permanentemente en el territorio nacional. Sin embargo, las políticas de salud cubanas se estructuran e implementan desde una norma heterosexista (heteronormativa) con fines reproductivos y reconocen la rígida existencia de dos géneros: masculino y femenino.

De este modo, las personas homosexuales masculinas y femeninas, las personas bisexuales y las personas trans (travestis, transexuales, personas en transición de género) enfrentan limitaciones en el proceso de atención y sus necesidades de salud específicas no se reconocen en las políticas.

Tal contradicción obedece a que las normas culturales patriarcales y heterosexistas vigentes en Cuba generan estigmas y actitudes discriminatorias, caracterizadas como una valoración negativa, que sitúa a las personas y grupos humanos con sexualidades no heteronormativas en un estatus ciudadano inferior y les asigna un escaso poder relativo por su orientación sexual o identidad de género. Estos son determinantes sociales de la salud que tienen un impacto nocivo, no solo en relación con el derecho al acceso a los servicios, sino también con la calidad de la atención. El estigma, la discriminación y el pobre empoderamiento de las personas con sexualidades no heteronormativas conllevan a una mayor vulnerabilidad en el contexto de la atención de salud. A ello se suma la ausencia de una formación de los profesionales de la salud con perspectiva de género. Tanto los usuarios como las personas que se encargan de brindar el servicio pueden ser víctimas de estigmas relacionados con la orientación sexual o la identidad/rol de género. El estigma relacionado con la orientación sexual --al igual que el étnico y el religioso-- funciona en el ámbito privado hasta que la persona lo hace público. Mientras que los estigmas relacionados con la racialidad, los roles de género o las discapacidades son visibles y por ende, de dominio público.

Muchas personas homosexuales (masculinas y femeninas) utilizan estrategias de ocultamiento de su orientación sexual ante el temor de ser discriminadas. En el caso de la identidad/rol de género, algunas personas muestran lo que realmente no sienten o desean expresar en relación al género con el cual se identifican. De hecho, la situación puede ser aún peor cuando se trata de una persona que ha realizado una transición de género y se le sigue reconociendo de acuerdo a los datos de los documentos de identidad (basados en el sexo).

Las mencionadas limitaciones se conocen como barreras personales y estructurales. Las personales dependen de la relación usuario-proveedor del servicio y en ellas median las

ideas, los afectos y las actitudes entre las personas. Las estructurales dependen de las instituciones y son independientes del proveedor del servicio y del usuario.

Barreras personales: "no digas, no preguntes"

En la práctica médica cotidiana, a la interacción entre el usuario/a - proveedor/a de los servicios de salud se le denomina "relación médico-paciente". En el presente texto se utilizará "usuario/a-proveedor/a", puesto que el proceso de atención de salud no siempre ocurre en el contexto de la pérdida de la salud o el servicio no es brindado invariablemente por un médico o médica.

En el artículo "La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico", el profesor Alfredo Espinosa Brito identifica los rasgos estructurales básicos del modelo hegemónico de la atención de salud. En el ámbito cubano aún operan algunos de ellos, por ejemplo: una relación médico paciente asimétrica (el primero ostenta el poder y el segundo se le subordina), el enfoque metodológico positivista —en el caso de la sexualidad se basa en el determinismo biológico y esencialista— y la no legitimación científica de otros saberes (interdisciplinariedad).

En este contexto, el estigma hacia las personas con sexualidades no heteronormativas puede expresarse de las siguientes maneras:

Estigma explícito: se expresa mediante epítetos, evitación, discriminación y violencia explícita por parte del personal de la salud. En el caso de las personas trans, se les discrimina por su apariencia y porque se perciben como homosexuales. Durante los talleres y en los debates públicos de las Jornadas Cubanas contra la Homofobia, numerosas personas homosexuales y trans han contado sus tensas experiencias de evitación del personal de la salud y el no reconocimiento de sus necesidades específicas en relación con la sexualidad. También son frecuentes los chistes, comentarios homofóbicos o el rechazo mediante gestos. Las personas trans sufren una profunda vergüenza y angustia cuando son llamadas por su nombre legal, que no se corresponde con la identidad/rol de género con el cual se identifican.

Estigma sentido: la persona con sexualidad no heteronormativa siente que puede ser discriminada por su orientación sexual e identidad de género, por tal motivo, crea mecanismos adaptativos para ocultarlas. Como indicamos anteriormente, esta adaptación tiene un alto costo para la salud, pues conlleva a retardar la atención y crea barreras de comunicación entre usuario/a- proveedor/a. En mi experiencia profesional, recuerdo a una paciente que ingresó en Cuidados Intensivos desorientada y agitada y su acompañante (una colega médica) negó todo antecedente para no develar que tenían una relación amorosa por más de 10 años y que su pareja sufría de dependencia al alcohol. La actuación diagnóstica y de tratamiento del Síndrome de Retirada al Alcohol se retrasó por estos motivos.

Estigma internalizado: aceptación de la legitimidad del estigma y de la discriminación que impone la sociedad. Desde las lógicas de las relaciones de poder, las personas oprimidas terminan justificando al opresor y de esta manera sienten que no se merecen el respeto por parte del personal de la salud o que no merecen tener el mismo acceso que las personas heterosexuales. Consecuentemente, puede que no develen información clave sobre su salud al personal que le atiende y evitan los tratamientos.

Intersección con otros estigmas: el estatus racial y étnico, nivel educacional, nivel de ingresos económicos, lugar de residencia, estatus migratorio, nivel de instrucción y creencias culturales y el estatus serológico al VIH, entre otros, pueden acompañar a los estigmas por orientación sexual e identidad de género. Muchas personas homosexuales masculinas son consideradas de antemano como grupos de riesgo para contraer el VIH. En el caso de las mujeres lesbianas, se entorpecen los procesos de detección precoz del cáncer de mama o de cuello uterino por ser mujeres que, generalmente, no se reproducen o porque nunca han vivenciado penetración durante sus prácticas sexuales.

Barreras estructurales: prioridades vs. derechos

Al ser independientes de la interacción usuario/a–proveedor/a, las barreras estructurales se relacionan con las dinámicas de funcionamiento de las instituciones de salud, sus reglamentos y los modelos de atención de acuerdo a las demandas específicas. Ellas guardan una estrecha relación con las políticas de salud que se aplican, de acuerdo a prioridades específicas del sistema, y no toma en cuenta las necesidades de grupos minoritarios. Entre las barreras estructurales pueden identificarse las siguientes:

Estigma estructural: depende de las instituciones. Aún y cuando el personal de salud no tenga prejuicios en relación con las sexualidades no heteronormativas, ocurren hechos discriminatorios por omisión (ausencia de programas de atención y de determinadas políticas) o por prohibiciones específicas. Por ejemplo, los tratamientos para la transición de género a las personas trans solamente se brindan a las personas "diagnosticadas" como transexuales de forma centralizada en la capital del país. Otra situación recurrente es la negación al acceso a las técnicas de reproducción asistida de bajo costo a las mujeres lesbianas que desean reproducirse. En este particular, no se trata de los caros tratamientos de infertilidad que se priorizan para las parejas heterosexuales infértiles.

Conocimiento y entrenamiento del personal de la salud: el personal de la salud desconoce sobre las necesidades de atención de las personas con sexualidades no heteronormativas. Los programas curriculares de formación no incluyen los temas de la sexualidad y, como antes mencionamos, están muy lejos de aplicar un enfoque de género no binario y de respeto a la diversidad sexual. Mientras tanto, la sexualidad continúa siendo un tabú para muchos profesionales de la salud y esto genera mucha angustia e incomodidad, al considerar esta importante dimensión de la personalidad como parte exclusiva del ámbito privado de los individuos.

A todo lo anterior se suman las relaciones laborales en las instituciones, que obligan a mantener en privado las expresiones de las sexualidades no heteronormativas, mientras se privilegian y legitiman las expresiones heterosexuales hegemónicas.

Se requiere que el personal de la salud tenga las competencias culturales necesarias para una adecuada comunicación con el usuario o usuaria y que se establezca una relación dialógica y de carácter integral y humanista entre ambos. Para ello es vital modificar las políticas asistenciales y educativas con la inclusión de los temas sobre sexualidad y género, además de la necesaria interrelación con las disciplinas de las llamadas ciencias sociales o humanidades.