

Transaludes

Salud en personas trans y/o no binarias en España, 2024

transaludes

Transaludes:

salud en personas trans y/o no binarias en España, 2024

Dirección y coordinación:

María José Belza ^{1,2}

Redacción del informe:

María José Belza ^{1,2}

Paule González Recio ^{1,2}

Sara Moreno García ³

Marta Donat López ²

Álex Iglesias Pavón ¹

Juan Miguel Guerras ^{2,4}

Édel Granda Viñuelas ⁵

David Palma ^{2,6}

Raquel Barba Sánchez ¹

Cita sugerida:

Belza MJ, González-Recio P, Moreno-García S, Donat M, Iglesias A, Guerras JM, Granda E, Palma D, Barba R. Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2024

1. *Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid.*
2. *Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.*
3. *Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.*
4. *Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid.*
5. *Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense. Madrid.*
6. *Department of International Health, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University. Maastricht, the Netherlands.*

Financiación:

Los trabajos para realizar este informe han sido financiados por el Instituto de Salud Carlos III en el marco de la Acción Estratégica en Salud Intramural 2022 [Nº Expediente: PI22/00018] y por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) con cargo a la Convocatoria de ayudas a proyectos de investigación en materia de adicciones financiada con fondos europeos en el año 2022 [EXP2022/008906].

Publicación incluida en el programa editorial del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.
Catálogo general de publicaciones oficiales: <https://cpage.mpr.gob.es/>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Edita:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

Instituto de Salud Carlos III

Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España, 2024
2024

Lengua/s: Español

NIPO: 156240499

Gratuita / Unitaria / En línea / pdf

Declaración de conflicto de interés:

No ha existido ningún tipo de conflicto de interés en la elaboración de este documento.

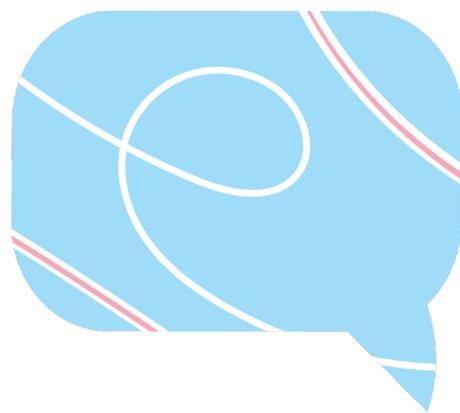
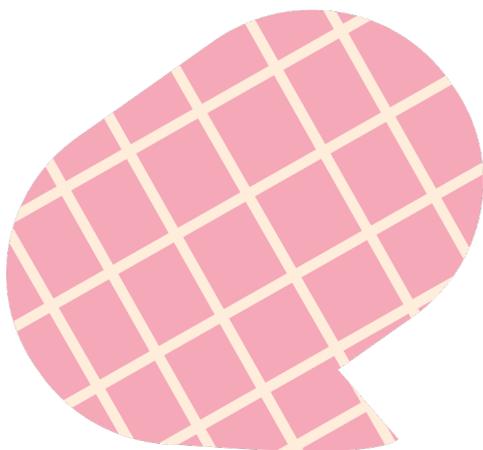
Las opiniones, análisis y conclusiones expresadas en este informe son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de las instituciones en las que trabajan, como ocurre en cualquier trabajo de investigación.

"Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género"

- Principios de Yogyakarta

"Antes de definirte tú misma, los demás te dibujaban los contornos con sus prejuicios y sus violencias"

- Alana Portero, La mala costumbre



01 Presentación

02 Objetivos

03 Metodología

04 Resultados

4.1. Fuentes de reclutamiento

4.2. Características sociodemográficas

4.3. Procesos de transición

4.3.1. Transición social y visibilidad

4.3.2. Procesos administrativos relacionados con la transición

4.3.3. Procesos médicos relacionados con la transición

4.4. Estado de salud, uso de servicios y necesidades sanitarias no cubiertas

4.4.1. Salud autopercibida

4.4.2. Principales problemas de salud diagnosticados

4.4.3. Salud mental

4.4.4. Salud sexual

4.4.5. Uso de servicios sanitarios

4.4.6. Necesidades sanitarias no cubiertas

4.5. Consumo de sustancias

4.5.1. Consumo diario de tabaco

4.5.2. Consumo de alcohol y otras sustancias

4.5.3. Consumo sexualizado de drogas

4.5.4. Práctica de chemsex

4.5.5. Inyección de drogas

4.5.6. Consumo problemático

4.6. Violencia y discriminación

4.6.1. Violencia y transfobia

4.6.2. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja

4.6.3. Violencia sexual fuera de las relaciones de pareja

4.6.4. Discriminación en el uso de servicios públicos

4.6.5. Discriminación por peso corporal

4.6.6. Discriminación por algún diagnóstico de salud mental

4.7. Comparación de indicadores entre Transaludes y la población general

05 Conclusiones y recomendaciones

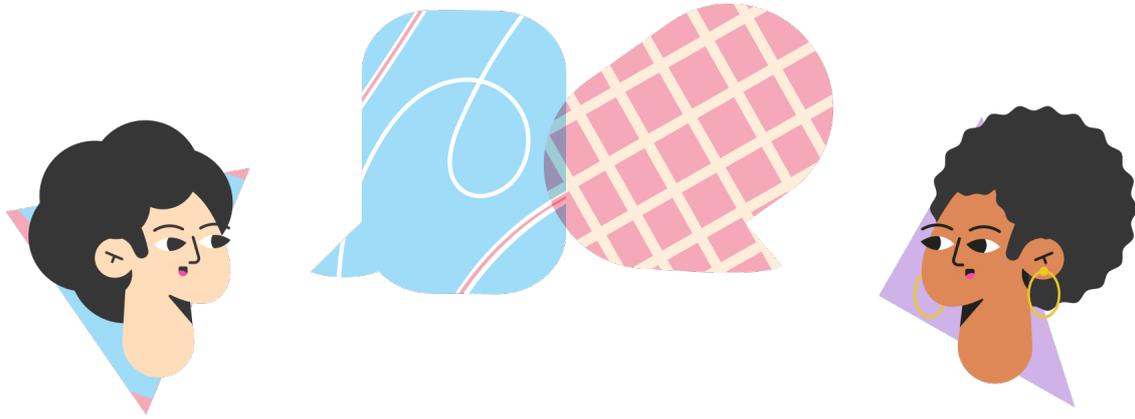
06 Agradecimientos



01 Presentación

Las personas trans y/o no binarias se enfrentan a desafíos específicos en materia de salud derivados en gran medida de la discriminación estructural, la invisibilización y la falta de un acceso adecuado al sistema sanitario.

En España, a pesar de los avances en el reconocimiento de los derechos de las personas LGTBIQA+, y de la reciente aprobación de la Ley 4/2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI, más conocida como “Ley Trans”, sigue existiendo una notable carencia de estudios dirigidos a conocer su estado de salud y bienestar. La información disponible a nivel nacional ha sido limitada, con escasas iniciativas de amplio alcance que analicen y cuantifiquen las experiencias específicas de este colectivo en relación con su salud física, mental y social. La falta de investigación en este campo ha generado una laguna de conocimiento sobre los factores que influyen en la salud de estas personas, incluyendo el impacto de la discriminación, el acceso limitado a servicios médicos especializados, y las barreras en la atención de la salud mental. En particular, la patologización histórica de las identidades trans ha dado lugar a modelos médicos que, en muchos casos, dificultan su acceso a cuidados de salud que se alineen con sus necesidades específicas y experiencias de vida.

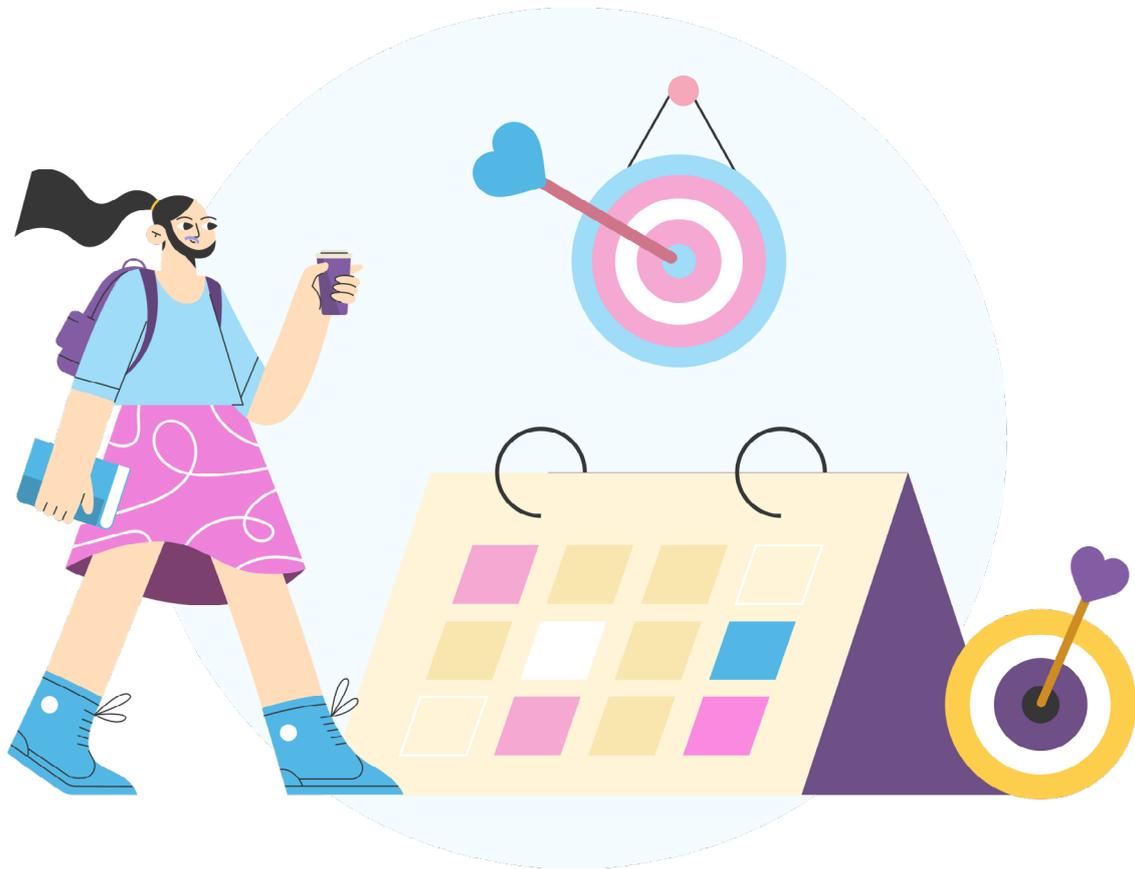


Los estudios internacionales han puesto de manifiesto que **las personas trans y no binarias presentan mayores tasas de problemas de salud física y mental, como ansiedad y depresión, que la población general.** Además, estas personas enfrentan barreras significativas para acceder a una atención sanitaria de calidad, desde la negación de tratamientos médicos hasta experiencias de discriminación y violencia dentro de los propios servicios de salud. A nivel nacional, la falta de datos sobre el estado de salud y acceso a los servicios sanitarios de este grupo poblacional supone un obstáculo para el desarrollo de políticas públicas efectivas que puedan mitigar dichas desigualdades.

Ante esta realidad, **Transaludes representa la primera iniciativa basada en una muestra importante dirigida a cuantificar y entender la situación de salud de las personas trans y no binarias en España** tanto a nivel global como diferenciando por identidad de género: personas transmasculinas, transfemeninas y no binarias. Este informe está basado en el análisis de las respuestas aportadas por más de 1.800 personas trans y/o no binarias de 15 años o más y residentes en España. A través de un análisis detallado, se describen los procesos de transición social, administrativa y médica, así como el estado de salud general, mental y sexual de esta población. Se analiza tanto el uso de servicios sanitarios como las necesidades sanitarias no cubiertas y se identifican las principales barreras de acceso al

sistema sanitario. También se describe el consumo de alcohol y otras sustancias tanto en contexto recreativo como sexual. Además, se exploran experiencias de violencia y discriminación en distintos ámbitos como el sanitario y se pone de relieve el impacto de la discriminación y la violencia que experimentan estas personas en su bienestar general. Finalmente, **se presenta una comparación de indicadores de salud entre este colectivo y la población general, lo que permite identificar las brechas en atención y las oportunidades para mejorar la respuesta sanitaria hacia este colectivo.**

El estudio, además de contribuir al conocimiento científico, proporciona una base de datos sólida y específica del contexto español, siendo importante para el desarrollo de políticas sanitarias públicas adaptadas a las realidades y necesidades locales. También ofrece información relevante para avanzar en el diseño de intervenciones específicas que permitan mejorar la salud y reducir las desigualdades de las personas trans y/o no binarias en España. **Esto no solo responde a una necesidad ética y de justicia social, sino también al cumplimiento de las obligaciones internacionales de España en materia de derechos humanos y salud, que instan a los Estados a garantizar que todas las personas, independientemente de su identidad de género, tengan acceso a una atención sanitaria adecuada, segura y respetuosa.**



02 Objetivos

El objetivo general es conocer el estado de salud, el uso de servicios sanitarios, el consumo de sustancias y las experiencias de violencia y discriminación en las personas trans y/o no binarias residentes en España.

Objetivos específicos

1. Conocer el grado de visibilidad como personas trans y/o no binarias, así como los procesos de transición legal y médica
2. Describir el estado de salud físico, mental y sexual
3. Caracterizar el uso de servicios sanitarios e identificar las principales barreras de acceso y las necesidades sanitarias no cubiertas
4. Medir el consumo de alcohol y otras sustancias tanto en contexto recreativo como sexual
5. Estimar la magnitud de algunas situaciones de violencia y discriminación
6. Comparar indicadores de salud, uso de servicios y violencia con la población general residente en España



03 Metodología

Transaludes es el primer estudio a nivel nacional que busca conocer el estado de salud, uso de servicios, consumo de sustancias, violencia y discriminación de las personas trans y/o no binarias de 15 años o más residentes en España.

3.1. Resumen

Se diseñó y programó un cuestionario electrónico que cubría una amplia variedad de áreas temáticas como salud física, mental y sexual, uso de servicios sanitarios, consumo de sustancias, discriminación y violencia, desde un enfoque desestigmatizante. Se podía acceder al cuestionario autoadministrado desde la página web del proyecto (<https://transaludes.isciii.es/>), a través de links que se difundieron por redes sociales, *influencers*, entidades comunitarias y también escaneando un código QR incluido en material impreso. El cuestionario estuvo disponible durante 166 días, del 10 de octubre del 2023 al 24 de marzo del 2024. La muestra final incluyó a 1823 participantes, de las 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas. A continuación, se describe con detalle la metodología empleada para llevar a cabo el estudio Transaludes y para la elaboración de este informe.

3.2. Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal descriptivo mediante un cuestionario online como herramienta de recogida de información. Este diseño permite describir el estado de salud de una población y sus determinantes en un momento o periodo, así como identificar grupos especialmente vulnerables, evaluar intervenciones o establecer relaciones entre variables que ayudan a generar hipótesis de trabajo.

3.3. Participantes en el estudio

El estudio Transaludes incluyó a personas trans y/o no binarias de 15 años o más residentes en España en el momento de completar el cuestionario, que aceptaron contestar. Se consideraron personas trans aquellas que se identificaron con un género diferente al asignado al nacer, fuera binario o no binario, independientemente de que hubieran iniciado, completado o deseado realizar algún proceso de transición.

Se obtuvo una muestra de conveniencia combinando diferentes ámbitos y técnicas de reclutamiento, detallados a continuación, para conseguir una participación de perfiles sociodemográficos lo más heterogéneos y menos sesgados posible.

3.4. Captación

El estudio Transaludes se difundió a nivel nacional combinando captación online y presencial con apoyo de materiales impresos. Cada canal o vía de captación tenía un enlace web diferente que permitió monitorizar en todo momento los progresos de cada estrategia.

3.4.1. Captación online

Página web

Se diseñó una página web específica (<https://transaludes.isciii.es/>) como plataforma para visibilizar el estudio, proporcionar información detallada y facilitar la participación de las personas interesadas. La página proporcionaba una descripción de los objetivos del estudio desde un enfoque despatologizante y desestigmatizante, rechazando que ser trans sea en sí mismo considerado una enfermedad, evitando caer en estereotipos y la revictimización, y asegurando en todo momento que el estudio no pueda contribuir a la estigmatización. Además, se ofrecía acceso directo al cuestionario, asegurando una experiencia sencilla y accesible. La página web también incluía una sección para presentar al equipo de investigación, incluir los logotipos de las entidades y grupos que apoyaron el estudio y colaboraron en su difusión, lo que añadía transparencia y confianza al proyecto.

Para aclarar dudas, se incluyó una sección de preguntas y respuestas frecuentes, abordando las preguntas más comunes y facilitando una mejor comprensión del estudio. Asimismo, las personas tenían la opción de contactar directamente con el equipo investigador mediante un formulario de contacto en el sitio web, lo que permitía una comunicación abierta y efectiva para resolver cualquier consulta adicional o proporcionar soporte técnico. En conjunto, estas funcionalidades hicieron de la página web una herramienta integral para promover el estudio y facilitar una participación activa y bien informada.

Redes Sociales

Se identificaron y se solicitó la colaboración de *influencers*, referentes y activistas de la comunidad trans y/o no binaria con un alto número de seguidores en redes sociales para difundir y dar visibilidad al estudio. Las fórmulas para promocionar y compartir el enlace del estudio dependieron de: las opciones de cada plataforma (*reels* o vídeos grabados, fotos, tweets, publicaciones, etc.), las preferencias según perfil y las tarifas de los influencers (aunque la mayoría colaboró de forma altruista). Su papel fue animar a sus seguidores a participar y a compartir el estudio con sus contactos.

Se solicitó colaboración a entidades comunitarias LGTBQIA+ y asociaciones específicas de personas trans y/o no binarias para difundir el estudio en sus redes sociales, grupos de aplicaciones de mensajería y listas de distribución de correo electrónico.

Se crearon perfiles del estudio en las principales redes sociales: Instagram, Meta (Facebook) y X (antes Twitter). Se añadió contenido periódicamente para difundir la participación en el estudio.

3.4.2. Captación mediante soporte impreso

Se diseñaron y se imprimieron carteles y folletos con los datos básicos del estudio y un código QR que al escanearlo llevaba al cuestionario. Estos materiales se distribuyeron por varios lugares:

- **Ámbito sanitario:** 39 unidades de identidad de género de nueve comunidades autónomas que colgaron carteles en las salas de espera y repartieron folletos en las consultas de les profesionales que voluntariamente quisieron participar.
- **Entidades comunitarias:** asociaciones LGTBQIA+ y específicas de personas trans y/o no binarias.
- **Locales de ocio:** locales de ocio de Barcelona frecuentados por la comunidad.

La captación presencial apoyada con material impreso se empleó para compensar el menor uso de tecnologías digitales y acceso a redes sociales de algunos grupos, a menudo infrarrepresentados en los estudios online, como las personas de más edad.

3.4.3. Captación guiada por participantes

Como modalidad adicional de captación, cuando las personas llegaban al final del cuestionario, leían una última pantalla agradeciendo su participación y animando a compartir el enlace del estudio con otras personas de la comunidad por cualquier medio (correo electrónico, aplicaciones de mensajería, redes sociales, etc.).

3.5. Periodo de captación

Unos cinco meses y medio, entre el 10 de octubre de 2023 y el 24 marzo de 2024.

3.6. Diseño del cuestionario

El equipo responsable del estudio Transaludes, que incluye personas de la comunidad trans y no binaria, elaboró un cuestionario para compartir su contenido y redacción con múltiples entidades comunitarias del colectivo, organizando una reunión para su discusión con representantes de cuatro colectivos y activistas independientes.

Como un objetivo era comparar algunos indicadores de salud, uso de servicios sanitarios, consumo de sustancias y experiencias de violencia con la población general, se seleccionaron algunas preguntas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) y la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (MVM). Para asegurar la comparabilidad con los indicadores de estas encuestas, se mantuvo la formulación de preguntas y categorías de respuestas. Se procuró que el lenguaje empleado en el cuestionario considerara la amplitud de identidades individuales de la comunidad y que no facilitara interpretaciones estigmatizantes. Se intentó también que las preguntas y respuestas fueran claras y comprensibles, evitando términos médicos y proporcionando en ocasiones breves explicaciones para obviar el lenguaje técnico.

3.6.1. Modo de administración y estructura del cuestionario

Se diseñó un cuestionario electrónico para ser autocumplimentado. Se programó en la plataforma Survey Monkey con filtros y saltos complejos para que las personas respondieran a las preguntas apropiadas en función de sus respuestas previas. En total, el cuestionario constaba de aproximadamente 200 preguntas que abordaron una amplia variedad de temas y estaban organizadas en los siguientes módulos:

1. Características sociodemográficas
2. Identidad de género y procesos de transición
3. Estado de salud

4. Uso de servicios sanitarios y tipo de seguro
5. Necesidades sanitarias no cubiertas
6. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas psicoactivas
7. Conducta sexual
8. Prueba de VIH, profilaxis pre y post exposición al VIH
9. Infecciones de transmisión sexual
10. Violencia y discriminación

En función del canal de difusión, cuando una persona quería participar en el estudio tenía que pinchar el enlace recibido online o escanear el código QR incluido en el material impreso. A continuación, accedían automáticamente a la primera pantalla del cuestionario donde se explicaba qué era el estudio Transaludes y los objetivos del mismo.

Todas las preguntas tenían respuestas cerradas y precodificadas salvo al final del cuestionario, donde se incluyó la única pregunta abierta para contestar con texto libre. La duración media de cumplimentación fue de 30 minutos.

3.6.2. Participación voluntaria y con consentimiento informado

Todas las personas aceptaron participar en el estudio de manera informada. La participación fue voluntaria y no remunerada. Se podía abandonar el cuestionario en cualquier momento. Antes de formular las preguntas sobre: 1) autolesiones, pensamientos e intentos suicidas y 2) violencia, se incluyó un aviso de contenido en el que se advertía que dichas preguntas podrían resultar difíciles y dolorosas de contestar, dando la opción de no hacerlo.

3.6.3. Confidencialidad y anonimato

El cuestionario era totalmente anónimo, ya que la plataforma con la que se programó permite no recopilar las direcciones IP del dispositivo de respuesta. Esta opción estuvo activada durante todo el periodo de captación y no se recogió ninguna IP. El cuestionario tampoco incluyó variables que pudieran romper el anonimato (fecha de nacimiento, municipio de residencia, etc.). La plataforma utilizada garantiza la confidencialidad y seguridad de los datos recogidos, cumpliendo con los estándares internacionales de protección de datos y proporcionando privacidad en las respuestas. La plataforma de programación del cuestionario impedía participar más de una vez desde el mismo dispositivo.

3.6.4. Estudio piloto

Antes de comenzar el trabajo de campo, se hizo un estudio piloto en una muestra reducida de personas de la comunidad con diferentes perfiles de edad, nivel de estudios, tamaño de municipio de residencia e identidad de género. Se utilizó la misma plataforma y el mismo formato que en la

encuesta final. El objetivo era evaluar los procedimientos de captación y de cumplimentación del cuestionario electrónico, así como el funcionamiento de saltos y filtros. Además, se pretendía conocer la duración media, la opinión sobre la claridad, comprensión y uso respetuoso e inclusivo del lenguaje, así como el grado de comodidad con el contenido de las preguntas. La experiencia y comentarios de las personas que contestaron este piloto permitieron ajustar el contenido, redacción y formato de algunas preguntas y respuestas e identificar algunos problemas en su programación. También garantizó que la redacción empleada respetara las diferentes sensibilidades de la población a la que se dirigía el estudio. Las personas que participaron manifestaron que la duración era apropiada para una encuesta que abordaba una amplia gama de preguntas. Para la mayoría era más importante contribuir a obtener información relevante para la comunidad trans y/o no binaria que la duración de la encuesta.

3.7. Aprobación del comité de ética

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto de Salud Carlos III en junio del 2023, con código de expediente: CEI PI 44_2023.

3.8. Incidentes durante el trabajo de campo

El 22 de noviembre del 2023 el estudio sufrió un ataque desde agrupaciones trans-excluyentes autodenominadas como feministas radicales (TERF). Comenzaron una campaña de boicot para impedir la recogida de datos sobre la salud de las personas trans y no binarias en España. Las acciones de boicot consistieron en acoso por redes sociales a una de las *influencers* colaboradoras y al propio proyecto, y en contestar de manera fraudulenta al cuestionario. Se lanzaron mensajes descalificando el proyecto, al Instituto de Salud Carlos III, a su Comité de Ética y al equipo de investigación. Como resultado de esta campaña de ataque en redes sociales, se detectaron más de 1400 entradas fraudulentas al cuestionario, 54 de las cuales contenían entradas en la pregunta de texto libre, donde en la mayoría de los casos se vertían insultos, comentarios inhumanos y degradantes, así como amenazas contra la comunidad trans y no binaria y el equipo investigador. Estos ataques perjudicaron gravemente la captación y obligaron a retirar la difusión del estudio en redes sociales, impidiendo reunir una muestra de participantes de mayor tamaño y más diversa.

Los más de 1400 registros afectados por el ataque se eliminaron en la fase de depuración previa al análisis de datos. Con los *verbatim*s correspondientes a las 54 personas que asaltaron el estudio y escribieron mensajes en la última y única pregunta del cuestionario que permitía escribir texto libre, el equipo investigador de Transaludes decidió elaborar una comunicación científica describiendo el ataque, donde se analizaban los textos y se concluía que sin duda se trataba de un discurso de odio. Se presentó en el

3.9. Depuración y análisis de datos

Antes de comenzar el análisis se realizó una depuración de los datos en tres fases:

1. Identificación de los registros afectados por el ataque al estudio.
2. Eliminación de registros con información insuficiente: que no hubieran completado el cuestionario más allá de la décima pregunta.
3. Eliminación de registros que tardaron más de 90 minutos en contestar al cuestionario.
4. Detección y depuración de respuestas inconsistentes en preguntas relacionadas.

3.9.1. Análisis descriptivo

Tras la depuración, se recodificaron la mayoría de las variables y se llevó a cabo un detallado análisis descriptivo. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para cada pregunta. Los porcentajes se calcularon sobre el total de las personas con información para la variable evaluada en cada caso. También se calcularon las medias en las variables cuantitativas, como la edad. La mayor parte de los resultados se han estratificado por identidad de género en tres grupos: transmasculinidades, transfeminidades y personas no binarias. Esta diferenciación permitió explorar las respuestas dentro de cada grupo y comparar las diferencias o similitudes según identidad de género. En este informe también se ha incluido un apartado donde se comparan algunos indicadores de Transaludes con la población general. Para realizar dichas comparaciones, en primer lugar, se restringió el rango de edad de la muestra del estudio Transaludes y el de la población general a personas de 15-44 años, ya que la muestra del estudio Transaludes es bastante joven (un 94% tiene menos de 45 años). Se ha comparado información sobre: 1) salud y uso de servicios con la ENS de 2017 (3863 hombres y 4180 mujeres entre 15 y 44 años); 2) consumo de alcohol y drogas con la encuesta EDADES de 2017 (7623 hombres y 7413 mujeres de 15-44 años) y 3) violencia con la encuesta MVM de 2019 (3915 mujeres de 15-44 años). Para medir episodios de violencia alguna vez en la vida, se crearon dos variables sintéticas: 1) violencia psicológica, física y/o sexual con la pareja actual o exparejas y 2) violencia sexual fuera de la pareja. Para crear la primera, en la base de datos de la MVM, se unieron los resultados de los ítems de violencia de la pareja actual y exparejas que eran comparables a los de Transaludes y las categorías de respuesta diferentes a "Nunca" en la MVM se agruparon en una única denominada "Alguna vez". Para crear la segunda, en la base de datos de la MVM se unieron los resultados de los ocho ítems incluidos en Transaludes y que tenían la misma redacción. Para que las

-
1. González-Recio P, Moreno S, Pavón A, Guerras JM, Granda É, Juaneda J, Puente J, Palma D, Belza MJ. *"Travestis hijos de puta": análisis e indicadores de discurso de odio de un ataque TERF contra una encuesta pública de salud trans*. XXI Congreso SEISIDA 2024. Premio mejor comunicación oral de asuntos sociales.

comparaciones no estuvieran distorsionadas por el efecto de la pandemia de COVID-19, se optó por analizar las bases de datos poblacionales disponibles inmediatamente antes de la pandemia.

Se han calculado las razones de prevalencia entre población general y personas trans y/o no binaria para varios indicadores comparables mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta. Para ello, se han incorporado como variables de ajuste: la edad en grupos quinquenales, el estatus migratorio (haber nacido en España o no), el nivel de estudios como aproximación al nivel socioeconómico (estudios primarios, secundarios o universitarios) y el tamaño de municipio. A su vez, se efectuó la ponderación de la muestra de la población general utilizando los factores de ponderación disponibles en los microdatos (ENS, EDADES y MVM). Tanto las frecuencias relativas como las razones de prevalencia que se exponen en el apartado de Resultados están ponderadas. Todo el análisis fue realizado utilizando el programa de análisis estadístico Stata 18.

3.10. Fortalezas y limitaciones del estudio Transaludes

Se trata del primer estudio español sobre salud, uso de servicios, consumo de sustancias, violencia y discriminación en personas trans y/o no binarias con un importante tamaño muestral conseguido combinando diferentes ámbitos y técnicas de reclutamiento para alcanzar la máxima heterogeneidad y una representación de la población de estudio lo menos sesgada posible. La muestra de ámbito nacional incluyó personas de todas las comunidades autónomas y de zonas urbanas, semiurbanas y rurales. Tanto en el equipo investigador como en todas las fases del estudio (solicitud, diseño, elaboración del cuestionario, difusión, trabajo de campo y análisis de resultados) se contó con la participación activa de personas trans y/o no binarias. El equipo ha trabajado desde un enfoque despatologizante, desestigmatizante y respetuoso con la diversidad de la población trans y no binaria, tanto en la elaboración del cuestionario como de los resultados.

Este estudio también tiene algunas limitaciones inherentes a su diseño transversal y al uso de un cuestionario online autoadministrado. Al ser un estudio transversal, los datos recolectados representan un solo punto en el tiempo, por lo que no se pueden inferir relaciones de causalidad entre las variables analizadas. El carácter íntimo y delicado de alguna pregunta podría haber infraestimado algunas variables de salud o conductas socialmente reprobadas (sesgo de deseabilidad social). Sin embargo, el hecho de que la información se recogiera a través de un cuestionario anónimo y autoadministrado preservaba mejor la privacidad de las respuestas y daba mayores garantías para contestar con más sinceridad en comparación con las entrevistas telefónicas o cara a cara. Como en cualquier estudio cuya participación es voluntaria, las personas con un interés particular en el tema del estudio son más propensas a responder, lo que podría afectar a la generalización de los resultados. Debido al ataque trans-excluyente sufrido, el equipo se vio forzado a cerrar los enlaces que permitían reclutar participantes en redes sociales, por lo que la potencial heterogeneidad de la muestra se vio afectada. En las comparaciones de indicadores entre la población general y la muestra de Transaludes hay que tener presente que el diseño, captación y procedimientos de administración del cuestionario son diferentes. Además, es importante tener en cuenta que los resultados de Transaludes se han comparado con bases de datos de las encuestas poblacionales anteriores a la pandemia por COVID-19. Estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los hallazgos del estudio.



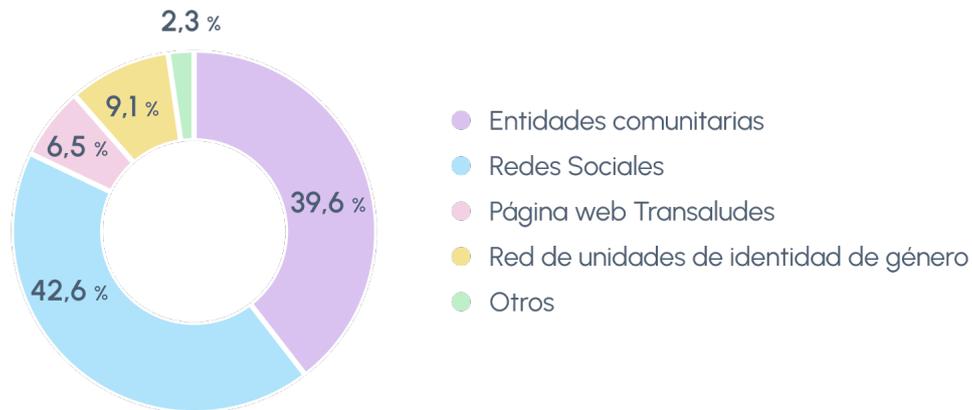
04 Resultados

Se presentan los resultados correspondientes a las respuestas facilitadas por 1823 personas trans y no binarias de 15 años o más y residentes en España.

4.1. Fuentes de reclutamiento

El principal ámbito de reclutamiento fueron las redes sociales (Instagram, Twitter, Facebook), seguidas muy de cerca por las entidades comunitarias (39,6%). Un 9,1% de las personas analizadas entraron al cuestionario del estudio a través del QR incluido en el material impreso disponible en una red de unidades de identidad de género y un 6,5% lo hicieron a través de la página web de Transaludes (Figura 1).

Figura 1. Fuentes de reclutamiento de los participantes

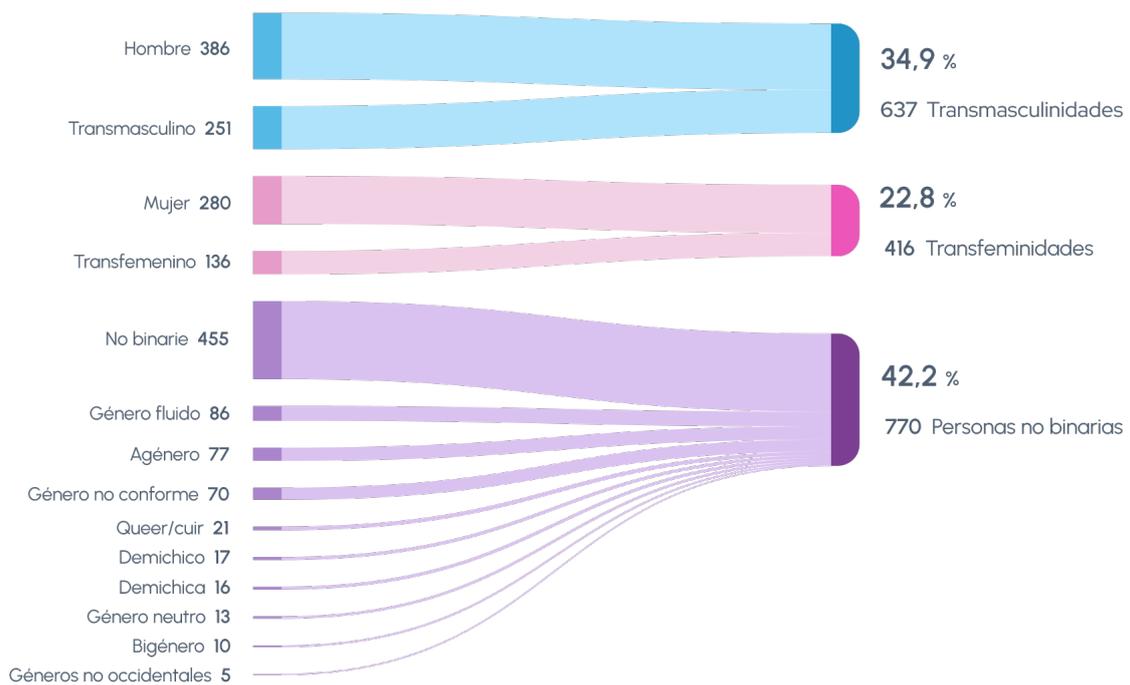


4.2 Características sociodemográficas

Identidad de género

Las opciones de respuesta sobre el término con el que definirían su identidad de género, se agruparon en las tres identidades que se señalan a la derecha del gráfico 2: transmasculinidades, transfeminidades y personas no binarias. La mayoría de los resultados incluidos en este informe van a estar diferenciados en las tres identidades.

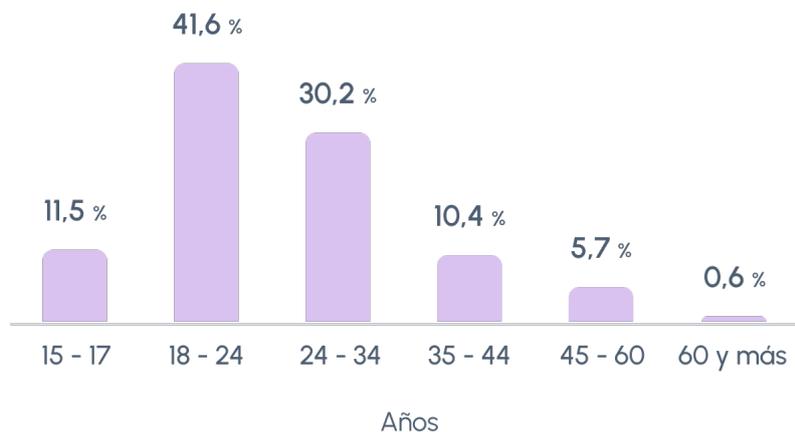
Figura 2. Proporción de participantes por identidad de género



Edad

La mayoría de las personas participantes (71,8%) tenían entre 18 años y 34 años (Figura 3).

Figura 3. Proporción de participantes por grupos de edad



El grupo con una mayor edad media es el de transfeminidades, seguido de las personas no binarias y en tercer lugar el de transmasculinidades (Figura 4).

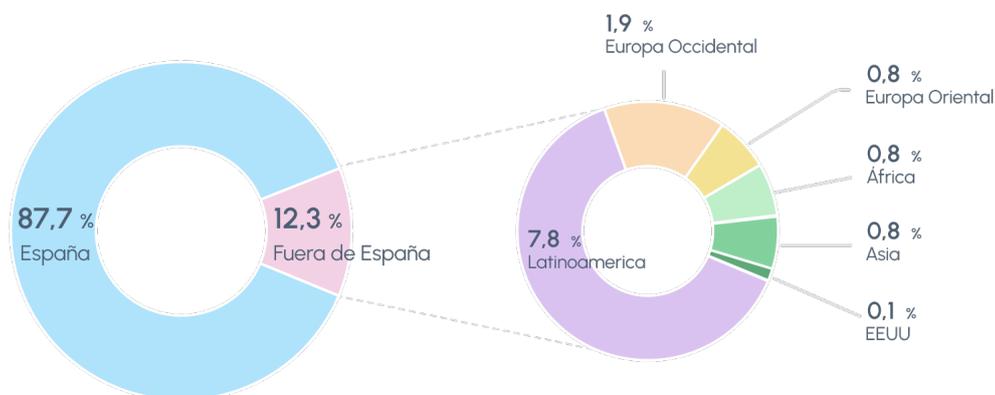
Figura 4. Edad media por identidad de género



Lugar de nacimiento

Casi nueve de cada diez personas habían nacido en España y un 7,8% en algún país de Latinoamérica. El resto de los lugares de nacimiento fueron muy minoritarios tal y como se refleja en la figura 5.

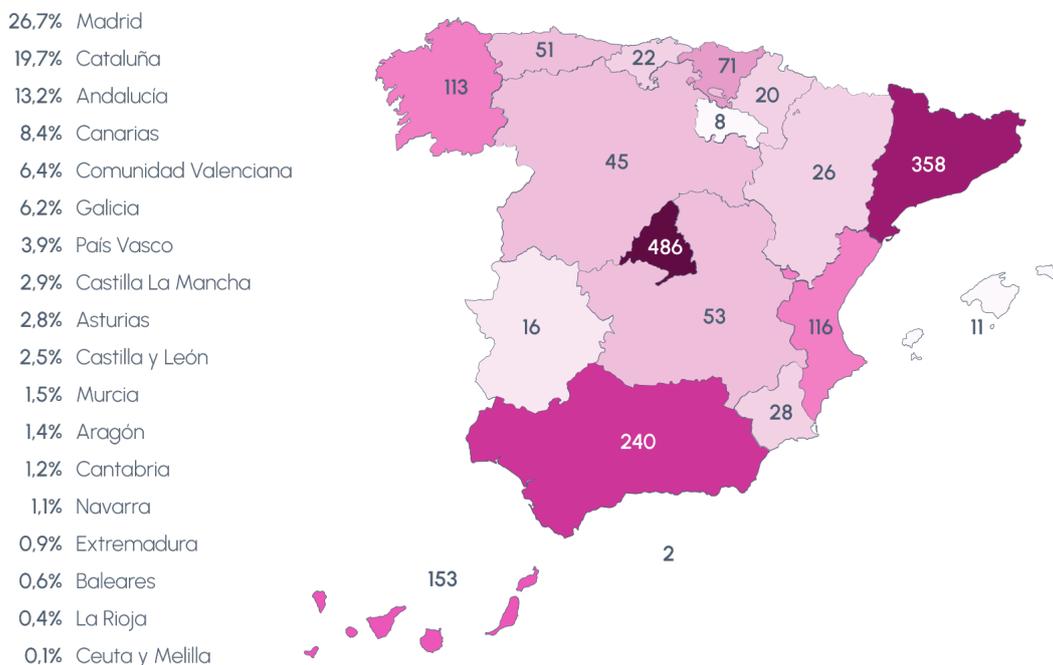
Figura 5. Distribución del lugar de nacimiento según país y/o región



Comunidad Autónoma de residencia

En el siguiente mapa (Figura 6), se ha representado el número de personas que han participado por comunidad autónoma y la tabla expresa la proporción de dicha participación.

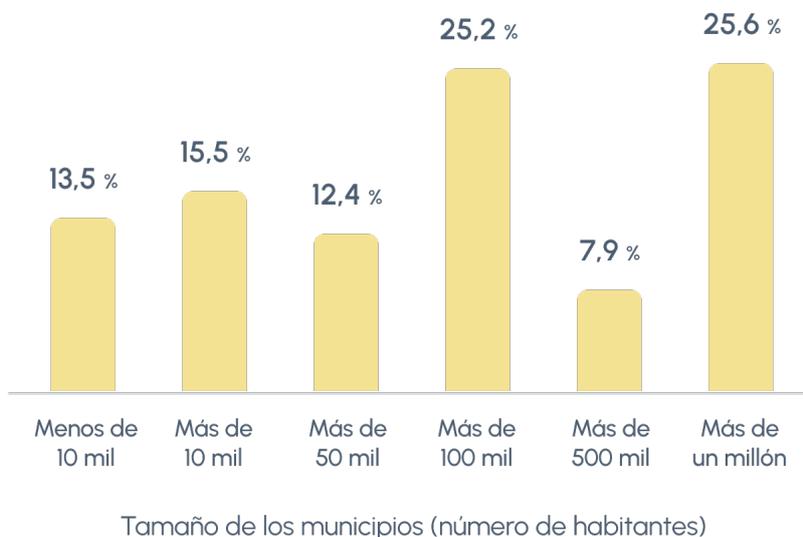
Figura 6. Número y proporción de participantes por comunidad autónoma de residencia



Tamaño de la localidad de residencia

Como se observa en la figura 7, han participado personas residentes tanto en ciudades grandes (25,6%) como en localidades de menos de 10.000 habitantes (13,5%).

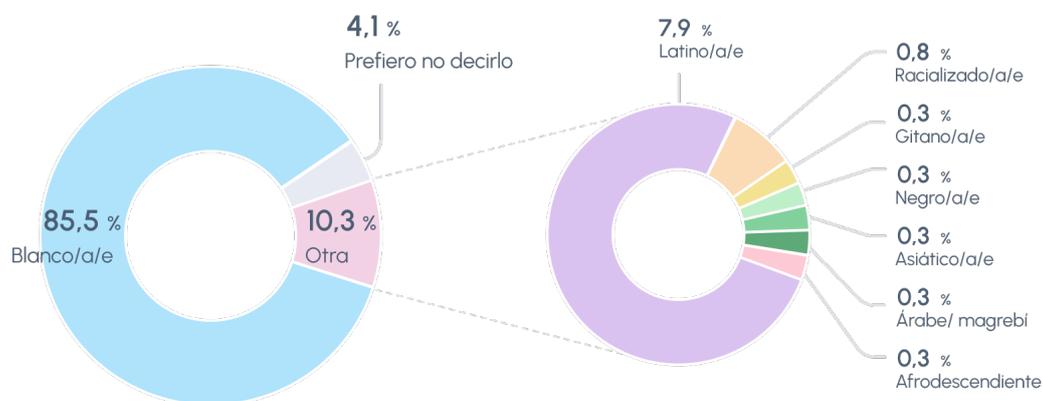
Figura 7. Proporción de participantes por tamaño de municipio de residencia



Identidad racial

En relación con la identidad racial, casi nueve de cada diez personas se identificaron como blancas y un 7,9% como latinas (Figura 8).

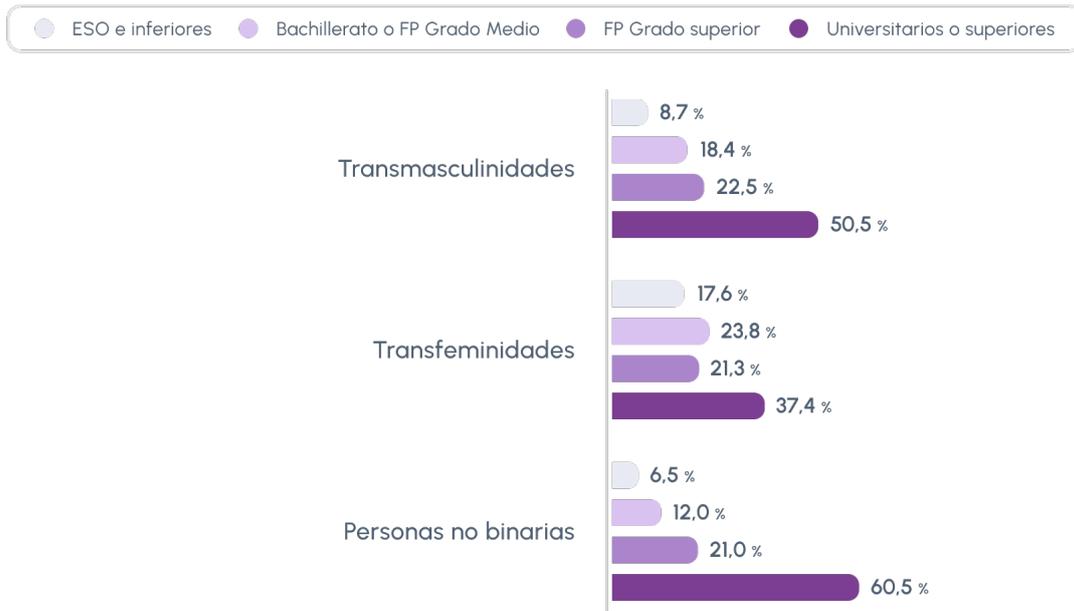
Figura 8. Proporción de personas que se identifican con las diferentes identidades raciales



Nivel de estudios

Se ha analizado el nivel de estudios de las personas mayores de 25 años porque casi la mitad de la muestra, en el momento de contestar el cuestionario, estaban estudiando. Tal y como se muestra en la figura 9, en el grupo de Transfeminidades, en comparación con las otras dos identidades de género, hay una mayor proporción de personas con el menor nivel de estudios (educación secundaria obligatoria -ESO- o menos) y es menos frecuente haber completado los estudios universitarios. Es importante tener en cuenta que la capacidad de completar niveles de estudios más altos está fuertemente influenciada por la discriminación en los distintos ámbitos de socialización.

Figura 9. Proporción de personas mayores de 25 años por nivel de estudios completado



Tipo de convivencia

El 85,4% del total de personas participantes convivía con alguien, aunque se observaron diferencias por identidad de género. En el grupo de transfeminidades, también de mayor edad, es donde la proporción de personas que viven solas es superior (Figura 10).

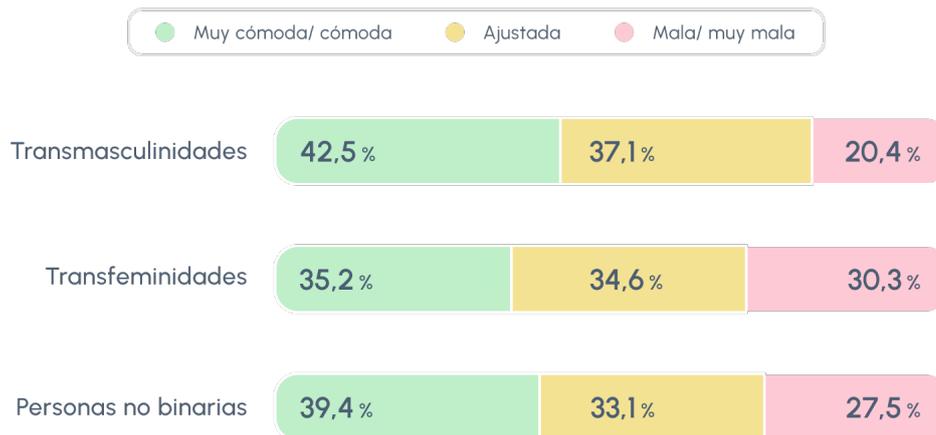
Figura 10. Tipo de convivencia por identidad de género



Situación económica y ocupación

El 39,6% del total de personas participantes consideró que tiene una situación económica muy cómoda o cómoda, el 34,9% la calificó de ajustada y una de cada cuatro (25,6%), dijo que llega a fin de mes con dificultad o con deudas, situación esta última que hemos expresado como mala o muy mala. Si diferenciamos por identidad de género (Figura 11), observamos que hay una mayor proporción de personas con situación económica mala o muy mala en el grupo de transfeminidades y de personas no binarias que en el de transmasculinidades.

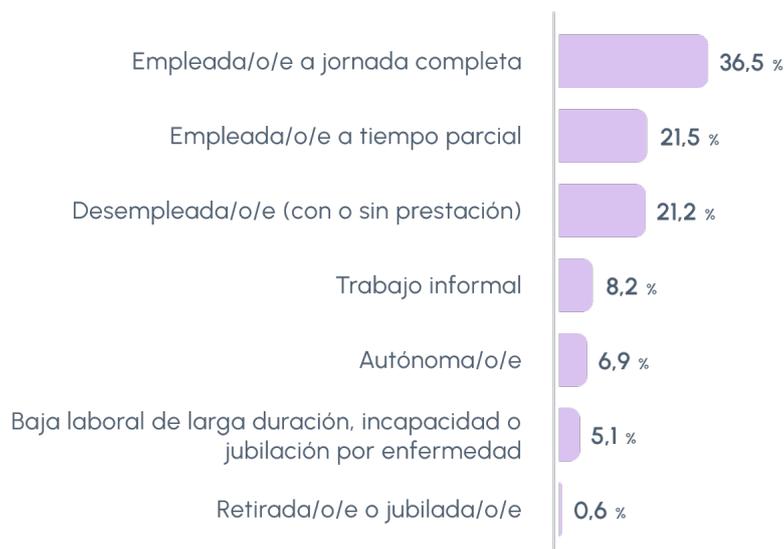
Figura 11. Situación económica por identidad de género



Ocupación

Del total de participantes, casi la mitad (45,1%) refirieron que eran estudiantes. En la figura 12 se ha representado la situación laboral de las personas que no estaban estudiando, observándose que el 58,0% estaban trabajando, bien a jornada completa (36,5%) o a tiempo parcial (21,5%) y el 21,2% refirió estar en paro.

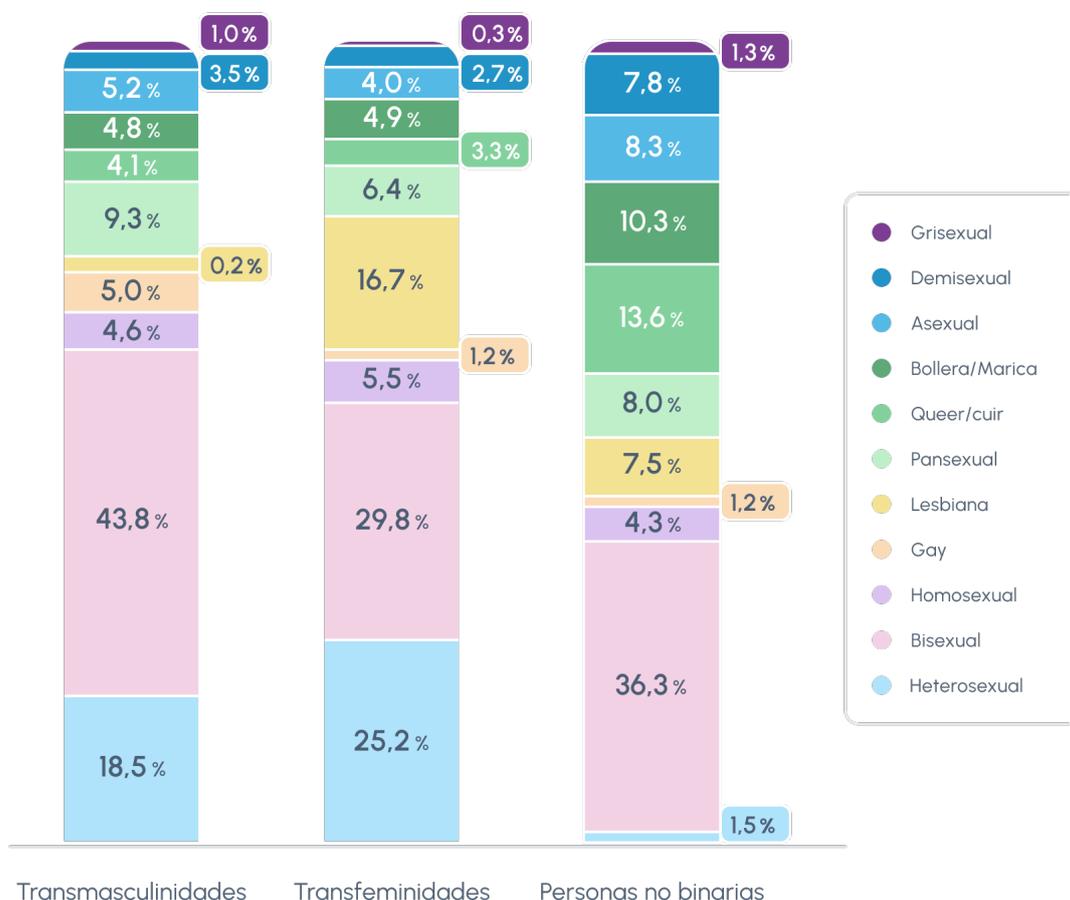
Figura 12. Situación laboral en los últimos 12 meses de las personas no estudiantes



Orientación sexual

En la figura 13 está representada la orientación sexual diferenciada por identidad de género. El principal término con el que les participantes definieron su orientación sexual es bisexual (43,8% en el grupo de transmasculinidades, 29,8% en el de transfeminidades y 36,3% en el de personas no binarias). La segunda orientación con la que más personas se identifican es la heterosexualidad en el grupo de transmasculinidades (18,5%) y de transfeminidades (25,2%) siendo anecdótica en personas no binarias (1,5%), entre quienes este lugar lo ocupa el término queer (13,6%). Entre personas no binarias cobra importancia el porcentaje de personas que se identifica con términos reapropiados como marica o bollera (10,3%) y un 17,4% identificaron su orientación sexual dentro del espectro de la asexualidad (grisexual, demisexual o asexual).

Figura 13. Orientación sexual por identidad de género



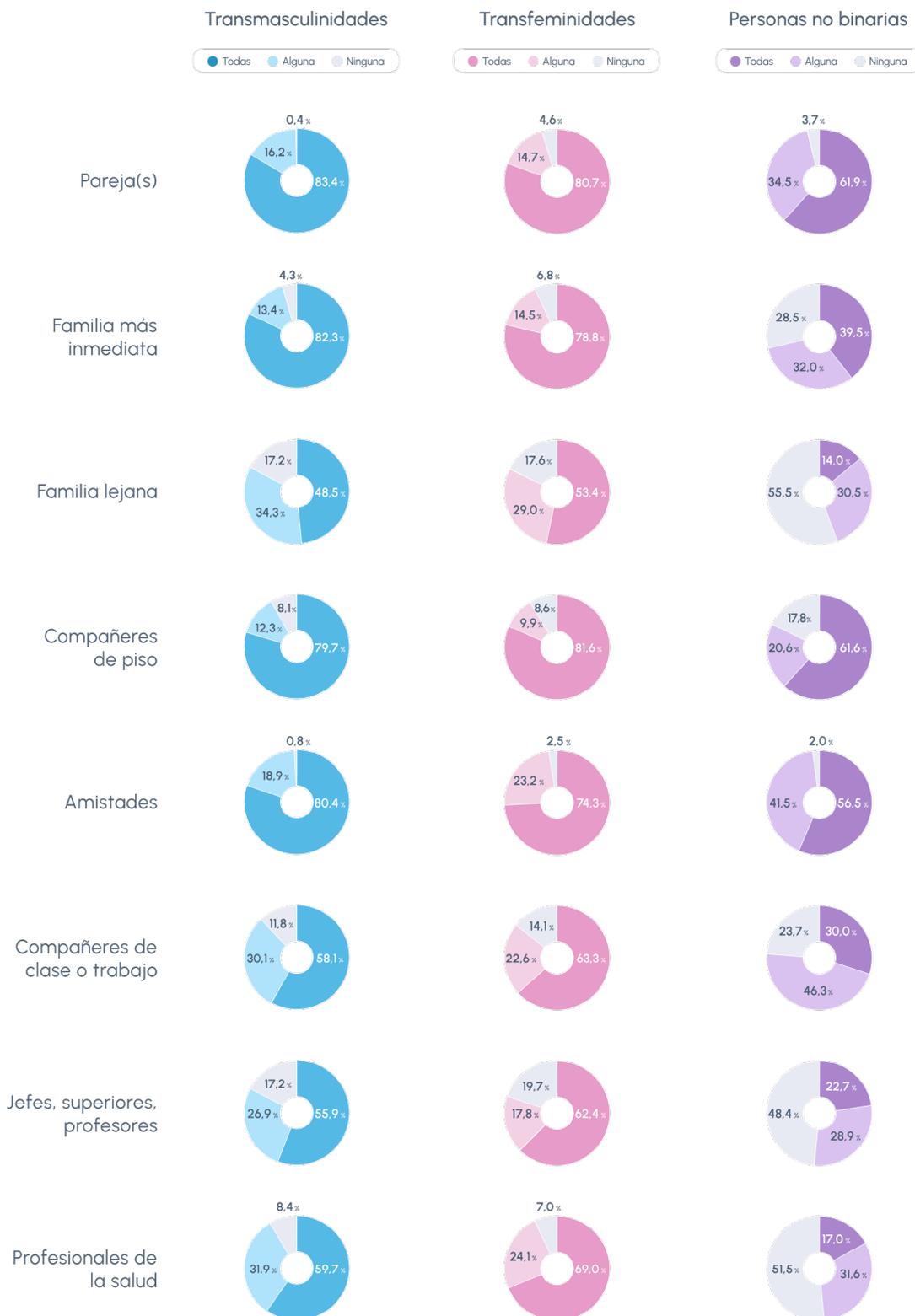
4.3. Procesos de transición

4.3.1. Transición social y visibilidad

Cuando preguntamos a las personas si se habían visibilizado como persona trans y/o no binarias, en la figura 14 se muestra que la situación era muy diferente según el ámbito y la identidad de género. Las personas no binarias son, con diferencia, las que menos se han visibilizado en los diferentes ámbitos de sus vidas (Figura 14).

Globalmente, solo una de cada diez personas (9,5%) se han visibilizado por completo en todas las esferas de relaciones que se reflejan en la Figura 14, siendo este porcentaje muy diferente por identidad de género: el 19,9% en el grupo de transfeminidades, 10,7% en el de transmascunidades y únicamente el 3% en el de personas no binarias. De esto se deduce que las barreras y el miedo a visibilizarse como persona trans y/o no binaria son aún importantes y que además parecen mayores entre personas no binarias.

Figura 14. Proporción de personas que refieren diferentes grados de transición social según los diferentes ámbitos sociales

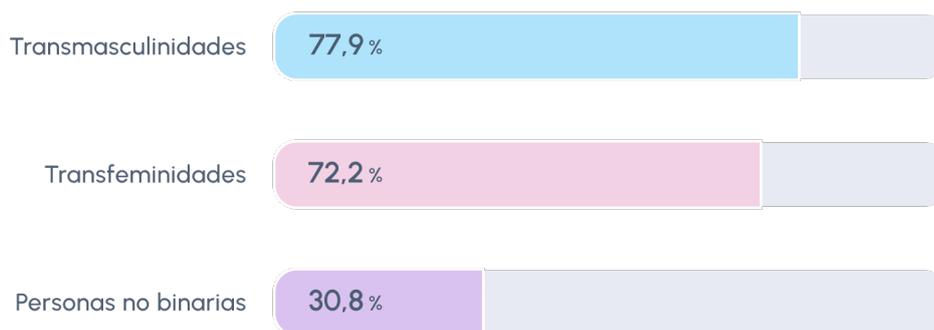


4.3.2. Procesos administrativos relacionados con la transición

Proceso legal de cambio de nombre

Algo más de la mitad de la muestra (56,8%) había realizado o estaba en el proceso legal para cambiar su nombre, pero esta afirmación era muy diferente por identidad de género. Casi tres de cada cuatro mujeres u hombres trans lo señalaron frente a un 30,8% de las personas no binarias (Figura 15).

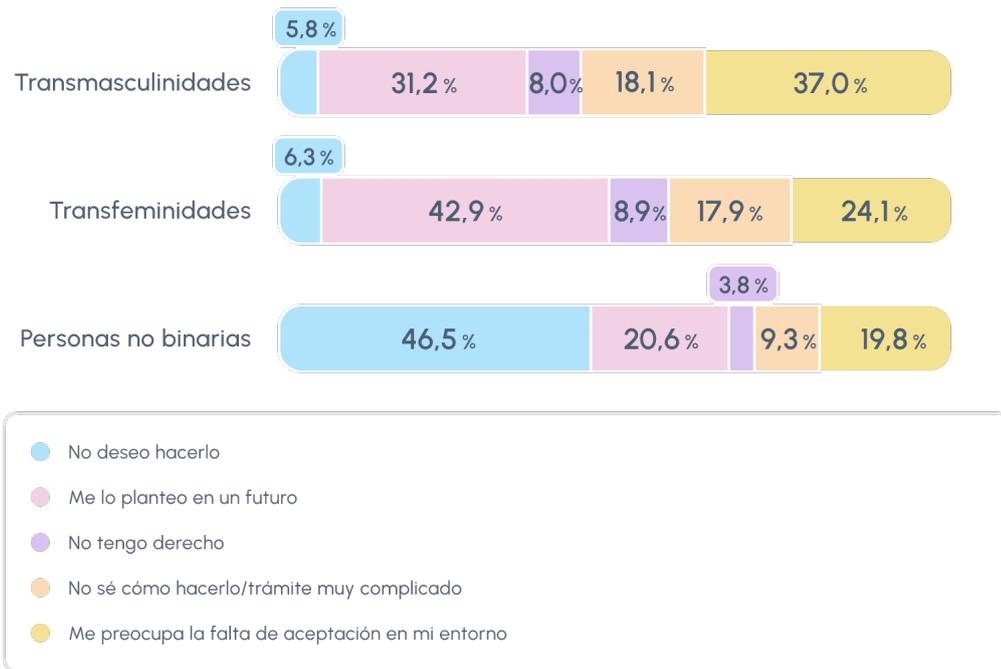
Figura 15. Proporción de personas que han realizado el cambio legal de nombre



Motivos para no realizar el cambio administrativo de nombre

Los principales motivos para no realizar un cambio de nombre difieren notablemente por identidad de género. Mientras que en las personas no binarias casi la mitad (46,5%) no quería hacerlo, en el grupo de transfeminidades, el 42,9% no lo había hecho todavía, pero se lo planteaba en un futuro y el 37% de los hombres trans señaló que le preocupaba la aceptación que tendría dicho cambio en su entorno (Figura 16). En cualquier caso, en los tres grupos, el porcentaje de personas que desean hacer este proceso administrativo pero que se encuentran con barreras para hacerlo es muy importante.

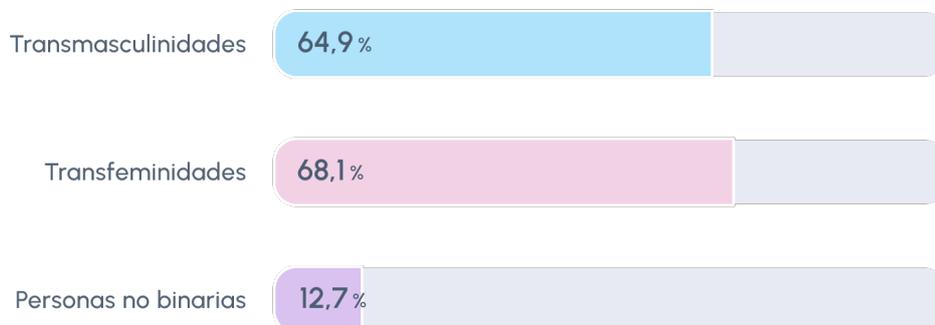
Figura 16. Principales motivos para no realizar el cambio administrativo de nombre



Cambio administrativo de sexo registral

El 43,7% del total de la muestra había realizado o estaba realizando algún proceso legal de cambio de "sexo" en el registro civil. En la figura 17 se constata que este trámite fue mucho más frecuente entre las personas trans binarias (casi dos de cada tres lo señalaron) que en las personas no binarias (12,7%), algo comprensible dado que en España no se ha reconocido el derecho a las opciones registrales fuera del binarismo.

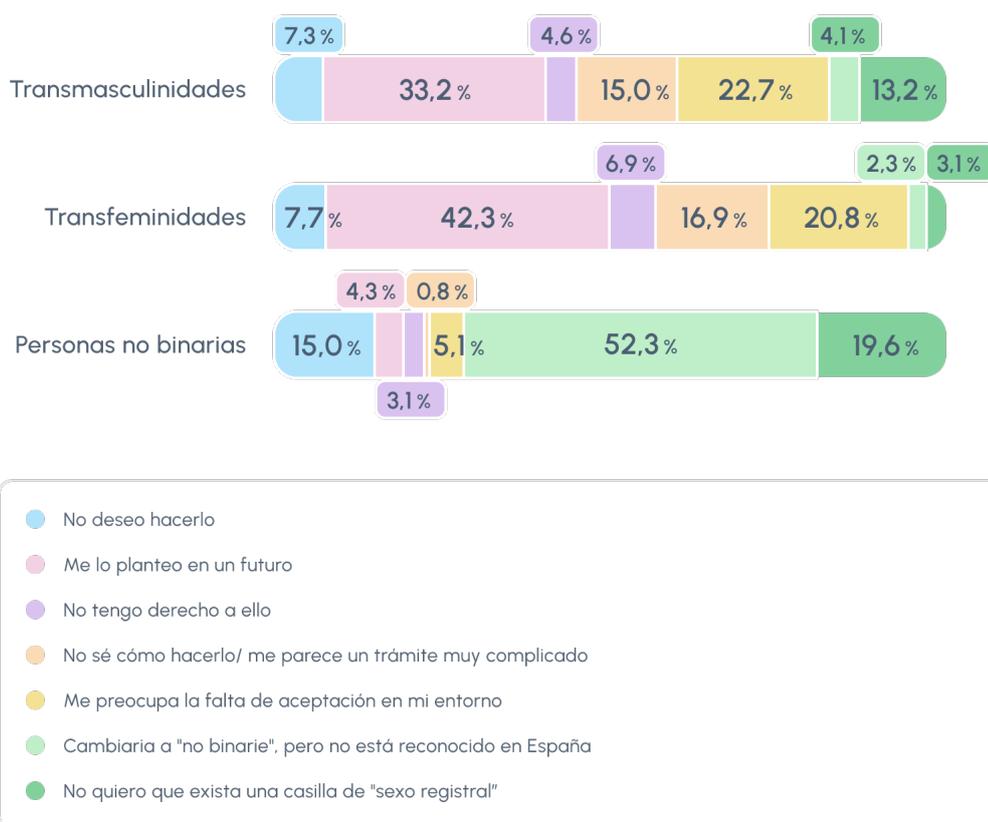
Figura 17. Proporción de personas que han realizado el cambio de sexo registral



Motivos para no realizar el cambio de sexo registral

Las principales razones para no realizar el cambio de sexo registral también difieren notablemente en función de la identidad de género. Más de la mitad de las personas no binarias cambiaría a "no binarie", pero esta categoría no está reconocida en España (Figura 18). En el caso de las personas trans binarias, la mayoría no lo había hecho, pero se lo planteaba en un futuro (42,3% del grupo de transfeminidades y 33,2% en el de transmasculinidades). Las barreras tanto administrativas como sociales por miedo a discriminación continúan siendo muy importantes de cara a que las personas puedan ejercer este derecho.

Figura 18. Principales motivos para no realizar el cambio administrativo de sexo registral

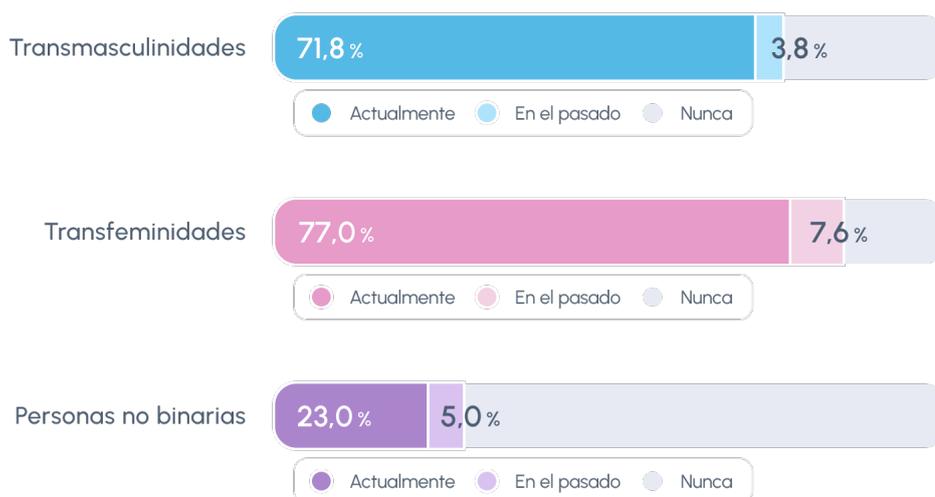


4.3.3. Procesos médicos relacionados con la transición

Transición hormonal

Aproximadamente tres de cada cuatro hombres y mujeres trans y una de cada cuatro personas no binarias estaban realizando algún proceso de transición hormonal en el momento de participar en el estudio (Figura 19).

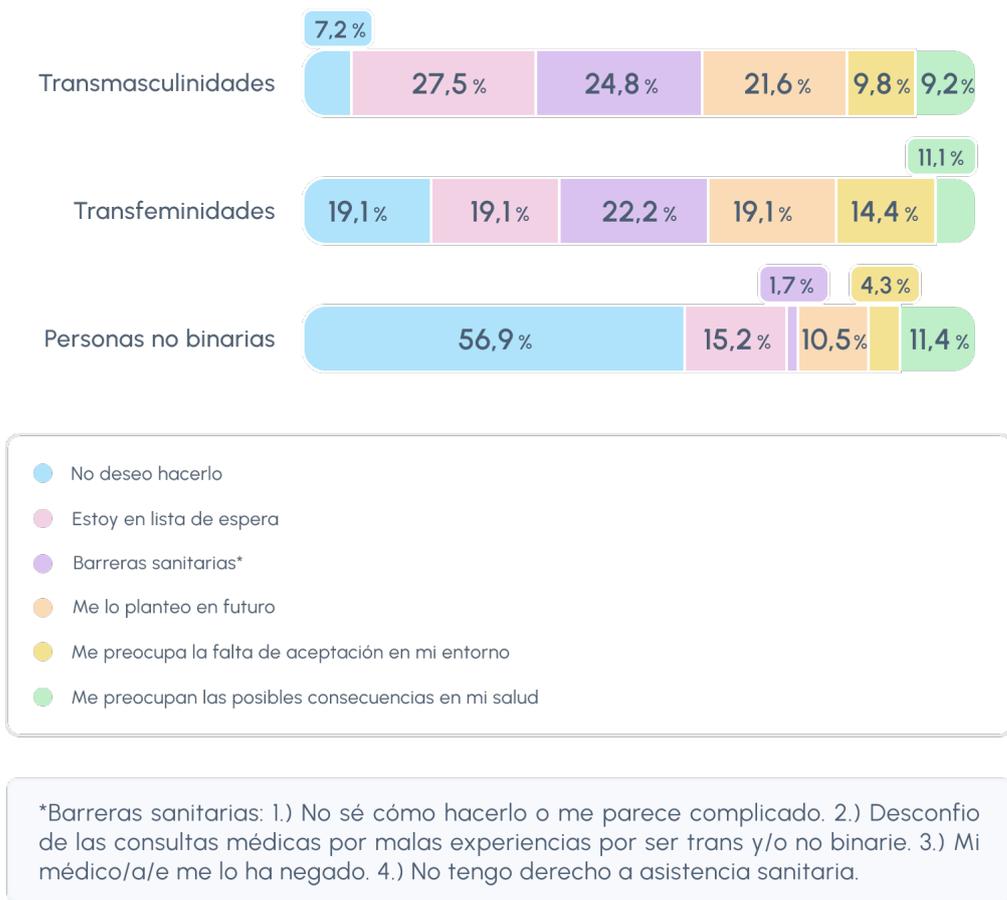
Figura 19. Proporción de personas que ha realizado algún proceso de transición hormonal



Motivos para no realizar ningún proceso de transición hormonal

A las personas que no habían realizado una transición hormonal, se les preguntó por la razón principal para no hacerlo. Mientras que, entre las personas no binarias, el 56,9% manifestó que no deseaba hacerlo, en el caso de las personas trans binarias se debió a que estaban en lista de espera o a que se lo planteaban en un futuro (Figura 20). Las barreras sociales por miedo a la discriminación o falta de acceso al sistema sanitario, de nuevo, supusieron un problema importante para las personas trans y/o no binarias, dado que fueron el motivo para no realizar este proceso en más de la mitad de las personas que deseaban hacerlo, pero no lo habían hecho aún.

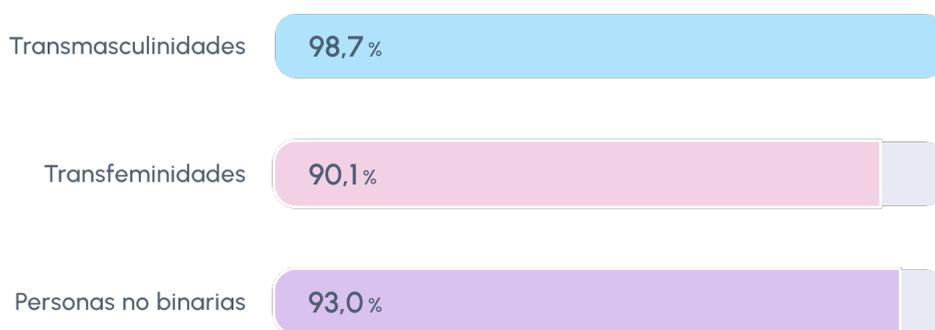
Figura 20. Principales motivos por los que no se ha realizado ningún proceso de transición hormonal



Seguimiento médico de procesos de transición hormonal

El 94,7% de las personas que habían realizado transición hormonal lo hicieron bajo supervisión médica. En el grupo de transfeminidades esa proporción fue ligeramente inferior.

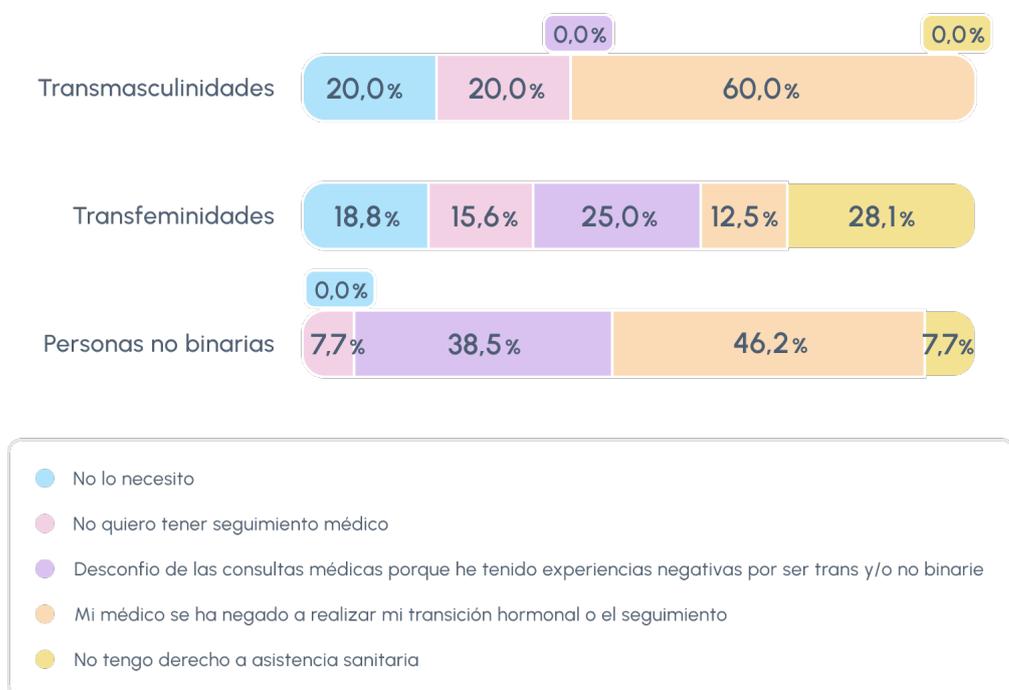
Figura 21. Proporción de personas que han realizado seguimiento médico de los procesos de transición hormonal



Motivos para no tener seguimiento médico de la transición hormonal

A quienes realizaban una transición hormonal sin supervisión médica, se les preguntó la razón principal para ello, y fueron muy diferentes según la identidad de género. En el grupo de transmascullinidades y personas no binarias destaca la negativa del médico para hacerlo (60,0% y 46,2% respectivamente) y entre las personas transfemeninas los motivos más importantes fueron: referir no tener derecho a asistencia sanitaria (28,1%) y las experiencias negativas en las consultas médicas (25,0%). Esta última razón también fue importante entre las personas no binarias (38,5%). Cabe destacar que estas barreras del sistema sanitario, como las negativas de profesionales a prestar servicios a los que se tiene derecho o que algunas personas trans y/o no binarias no acudan a espacios médicos por discriminaciones previas, puede tener importantes consecuencias para su salud, y deben por tanto ser abordadas (Figura 22).

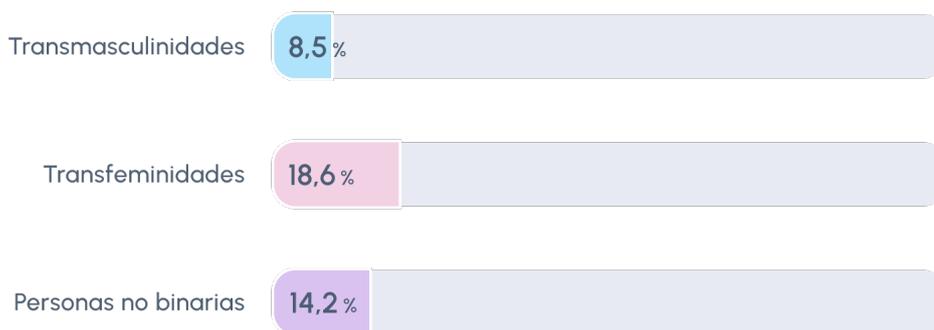
Figura 22. Motivos por los que no se ha tenido seguimiento médico de la transición hormonal



Interrupción de algún proceso de transición hormonal por falta de suministro en farmacias

Un 13% de las personas que realizaban transición hormonal alguna vez había tenido que dejar de tomar hormonas en los últimos 12 meses por desabastecimiento en la farmacia, siendo esta situación más frecuente en el grupo de transfemeninidades y en el de personas no binarias (Figura 23).

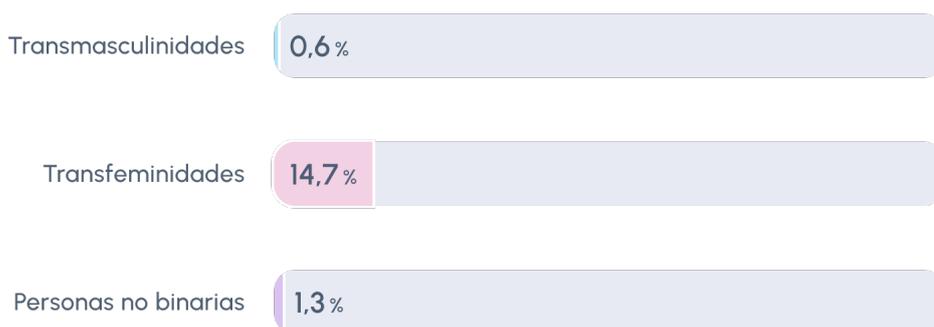
Figura 23. Proporción de personas que han interrumpido algún proceso de transición hormonal en los últimos 12 meses por falta de suministros en farmacia



Inyección de hormonas sin receta

El 4,1% de las personas participantes refirió haberse inyectado hormonas sin receta médica, lo que puede suponer un riesgo importante para la salud si los productos no son dispensados en farmacia y no tienen, por tanto, los controles de calidad necesarios. Las diferencias son muy notables en base a la identidad de género, dado que los inyectables de testosterona están comercializados en España, pero los de estrógenos no. Como muestra la figura 24, el 14,7% de las personas transfemeninas se había inyectado hormonas no recetadas, mientras que las personas no binarias que lo había hecho fueron tan solo el 1,3%, siendo anecdótico en personas transmasculinas (0,6%).

Figura 24. Proporción de personas trans y/o no binarias que se ha inyectado hormonas no recetadas por un/a/e médico/a/e



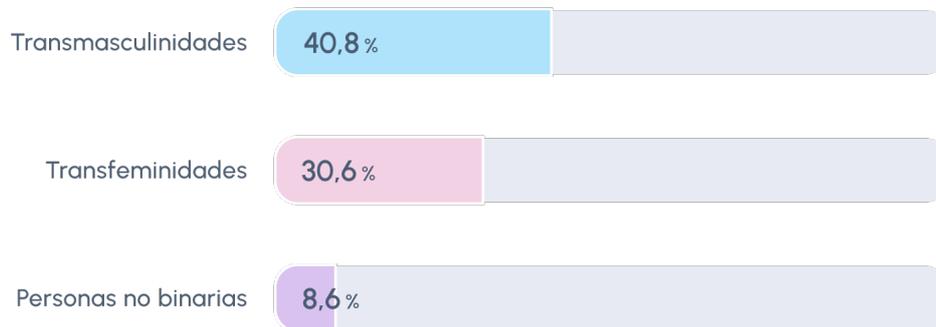
Transición quirúrgica

Cirugías relacionadas con la transición

Una de cada cuatro personas (25,0%) había realizado algún proceso de transición quirúrgica, aunque dicha proporción fue muy diferente según la identidad de género, como se observa

en la figura 25.

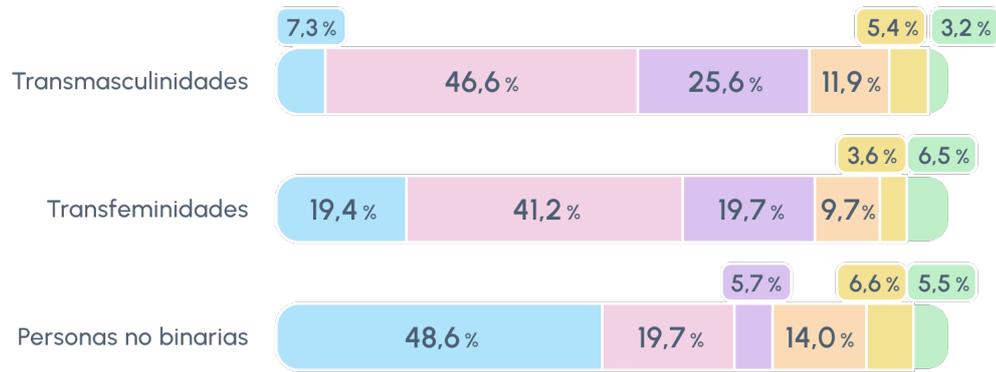
Figura 25. Proporción de personas que han realizado algún proceso de transición quirúrgica



Motivos para no realizarse cirugías relacionadas con la transición

A las personas que no habían realizado ningún proceso de transición quirúrgica, se les preguntó por la principal razón para no hacerlo. Las personas trans binarias principalmente señalaron que no habían dado el paso, pero se lo planteaban en un futuro (46,6% y 41,2% respectivamente) y estar en lista de espera fue la segunda razón mencionada (25,6% y 19,7% respectivamente). Casi la mitad de las personas no binarias (48,6%) no deseaba hacerlo. Entre un 14,0% y un 9,7% señaló alguna de las barreras sanitarias que se especifican al pie de la figura 26.

Figura 26. Principales motivos por los que no se ha realizado ningún proceso de transición quirúrgica



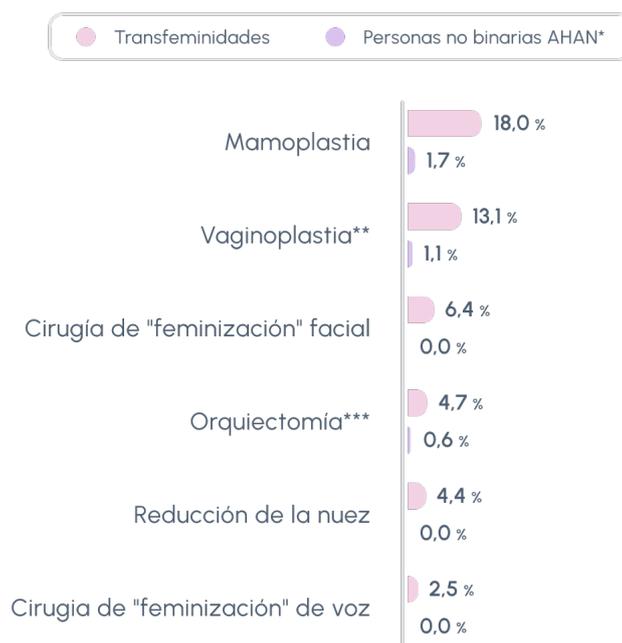
- No deseo hacerlo
- Estoy en lista de espera
- Barreras sanitarias*
- Me lo planteo en futuro
- Me preocupa la falta de aceptación en mi entorno
- Me preocupan las posibles consecuencias en mi salud

*Barreras sanitarias: 1.) No sé cómo hacerlo o me parece complicado. 2.) Desconfío de las consultas médicas por malas experiencias por ser trans y/o no binarie. 3.) Mi médico/a/e me lo ha negado. 4.) No tengo derecho a asistencia sanitaria.

Tipos de cirugías relacionadas con la transición según identidad de género

En la siguiente figura se observa la distribución de los diferentes tipos de cirugías realizadas en el grupo de personas transfemeninas y no binarias asignados hombres al nacer (AHAN), siendo la más frecuente la mamoplastia (18% y 1,7% respectivamente), seguida de la vaginoplastia (13,1% y 1,1% respectivamente).

Figura 27. Tipo de cirugías relacionadas con la transición en el grupo de personas transfemeninas y no binarias AHAN



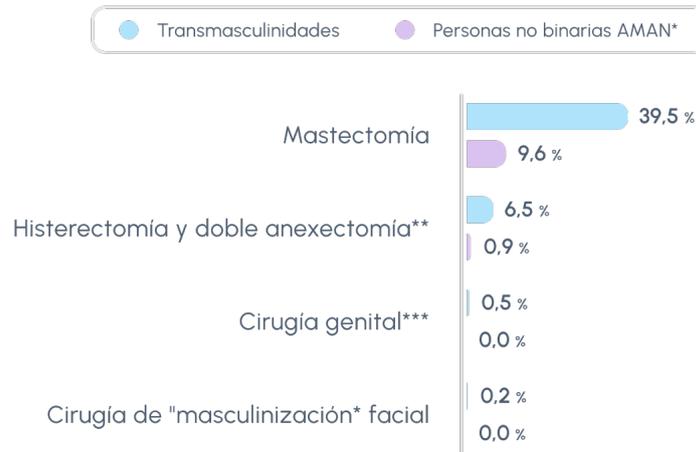
* **Personas no binarias AHAN:** personas no binarias asignadas hombres al nacer.

** **Vaginoplastia:** reconstrucción quirúrgica de la vagina. En ocasiones, simultáneamente a la vaginoplastia, se realiza la orquiectomía.

*** **Orquiectomía:** retirada quirúrgica de testículos.

La figura 28 muestra la proporción de personas transmasculinas y no binarias asignadas mujer al nacer (AMAN) que se han realizado diferentes tipos de cirugía, siendo la mastectomía la más frecuente (39,5% y 9,6% respectivamente) seguida de la histerectomía y doble anexectomía (6,5% y 0,9% respectivamente).

Figura 28. Tipo de cirugías relacionadas con la transición en el grupo de personas transmasculinas y no binarias AMAN



* **Personas no binarias AMAN:** personas no binarias asignadas mujer al nacer.

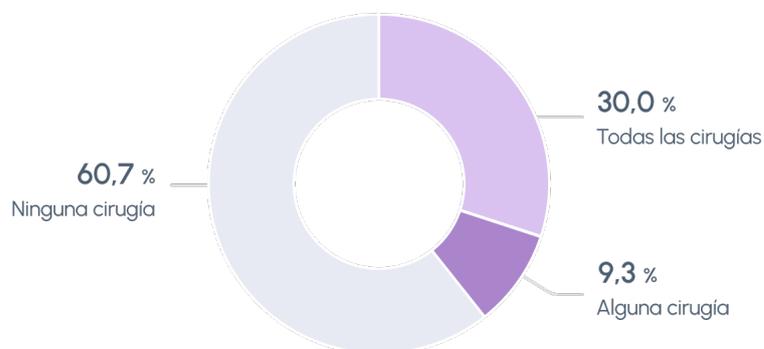
** **Histerectomía** (extirpación de útero) y **doble anexectomía** (retirada de ambos ovarios).

*** **Cirugía genital:** incluye faloplastia y escrotoplastia. Para poder realizar este procedimiento, se suele realizar conjuntamente o anteriormente histerectomía y doble anexectomía.

Procesos de transición quirúrgica realizados en la sanidad pública española

El 60,7% de las personas que han realizado algún proceso de transición quirúrgica, los han hecho en su totalidad fuera de la sanidad pública española (Figura 29).

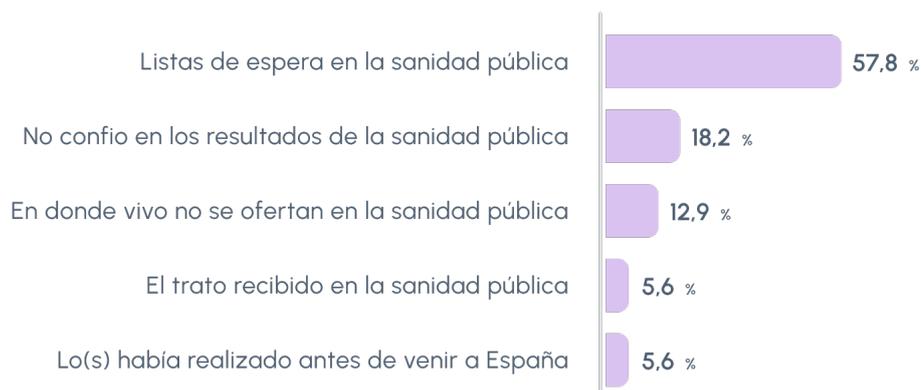
Figura 29. Proporción de personas que han realizado alguna cirugía relacionada con la transición en la sanidad pública española



Motivos para no realizarse las cirugías relacionadas con la transición en la sanidad pública española

La lista de espera destaca como principal motivo para no haber realizado todos los procesos quirúrgicos en la sanidad pública española (Figura 30), seguido de otros tipos de barreras de acceso.

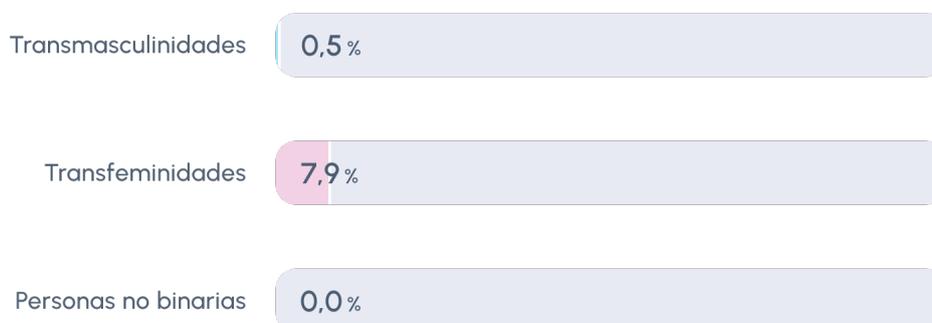
Figura 30. Principales motivos por los que no se ha realizado todas las cirugías relacionadas con la transición en la sanidad pública



Inyección de siliconas alguna vez en la vida

El 3% de las personas que realizaron algún tipo de proceso de transición hormonal se había inyectado siliconas alguna vez en la vida. La mayor proporción se observó en el grupo de personas transfemeninas (Figura 31). Se trata de un procedimiento de transición muy marcado por diferencias culturales e históricas, de hecho, un 77,3% de estas mujeres habían nacido en Latinoamérica.

Figura 31. Proporción de personas con algún proceso de transición hormonal que se ha inyectado siliconas alguna vez en la vida



4.4. Estado de salud, uso de servicios y necesidades sanitarias no cubiertas

4.4.1. Salud autopercebida

Un 54,3% de las personas participantes manifestó que su estado de salud era muy bueno o bueno. En la figura 32 se observa que, por identidad de género, esta proporción fue algo superior entre las personas trans binarias (63,3% entre las mujeres trans y el 60,5% entre los hombres trans). Las personas no binarias refirieron un peor estado de salud (el 18,9% lo describió como malo o muy malo).

Figura 32. Proporción de personas según estado de salud autopercebido

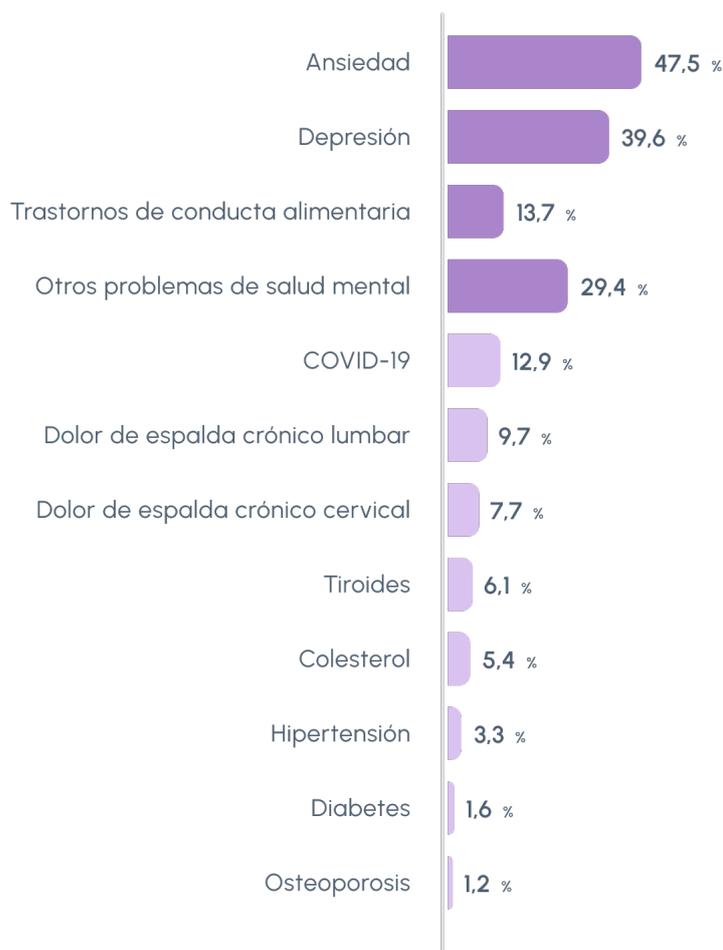


4.4.2. Principales problemas de salud diagnosticados

Entre los principales problemas de salud diagnosticados en los últimos 12 meses, destaca con mucha diferencia haber tenido algún problema de salud mental (71,4%). Es importante tener en cuenta que la salud mental está muy influenciada por las situaciones de discriminación y otros tipos de violencia.

A mucha distancia se sitúan otros problemas de salud como la infección por COVID-19 o problemas traumatológicos o endocrinos y metabólicos, que suelen ser menos frecuentes entre personas jóvenes. En la figura 33 se observa la distribución de las principales enfermedades diagnosticadas en dicho periodo de tiempo.

Figura 33. Principales problemas de salud diagnosticados por un/a/e médico/a/e en los últimos 12 meses



4.4.3. Salud mental



AVISO DE CONTENIDO · TRIGGER WARNING

Este apartado del informe incluye información relativa a autolesiones y pensamientos e intentos de suicidio.

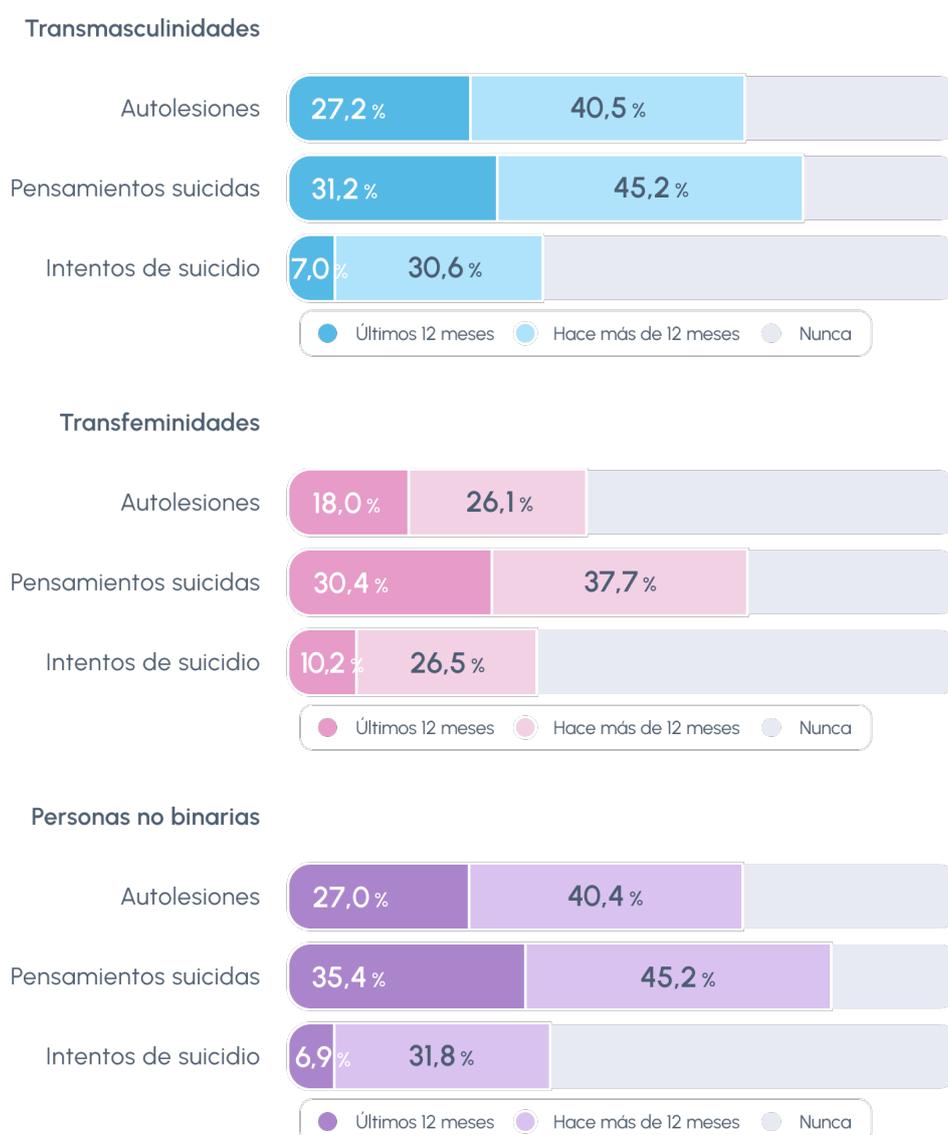
Autolesiones, pensamientos e intentos suicidas

Las cifras de este apartado dan una idea de las serias consecuencias de la exclusión, discriminación y violencia que experimentan las personas trans y/o no binarias. En la siguiente figura se representa la proporción de personas de cada identidad de género que refiere haber tenido autolesiones, pensamientos e intentos suicidas. En las tres identidades de género los pensamientos suicidas son

los actos más frecuentes, seguidos de las autolesiones y los intentos suicidas.

En la Figura 34 se observa que el 80,6% de las personas no binarias, el 76,4% de los hombres trans y el 68,1% de las mujeres trans alguna vez había pensado seriamente en quitarse la vida. Aproximadamente dos de cada tres hombres trans y personas no binarias y el 44,1% de las mujeres trans se han autolesionado alguna vez. Las cifras relativas a los intentos de suicidio son alarmantes, especialmente si consideramos que se trata de población muy joven, superando un tercio de las personas participantes. Apenas se observan diferencias entre las tres identidades: el 38,7% de las personas binarias, el 37,6% de los hombres trans y 36,7% de las mujeres trans participantes habían intentado quitarse la vida alguna vez (Figura 34).

Figura 34. Proporción de personas que refirieron autolesiones, pensamientos suicidas o intentos de suicidio



4.4.4. Salud sexual

Infección por VIH

En el conjunto de la muestra, un 40,7% se había realizado alguna vez la prueba del VIH. En las tres identidades de género, lógicamente, este porcentaje fue inferior entre las personas menores de 25 años (21,7%) en comparación con las de 25 años o más (62,6%). El grupo que con mayor frecuencia se había hecho la prueba del VIH fue el de personas transfemininas, seguido por el de personas no binarias y los hombres trans es el grupo que menos se había hecho la prueba del VIH (Figura 35).

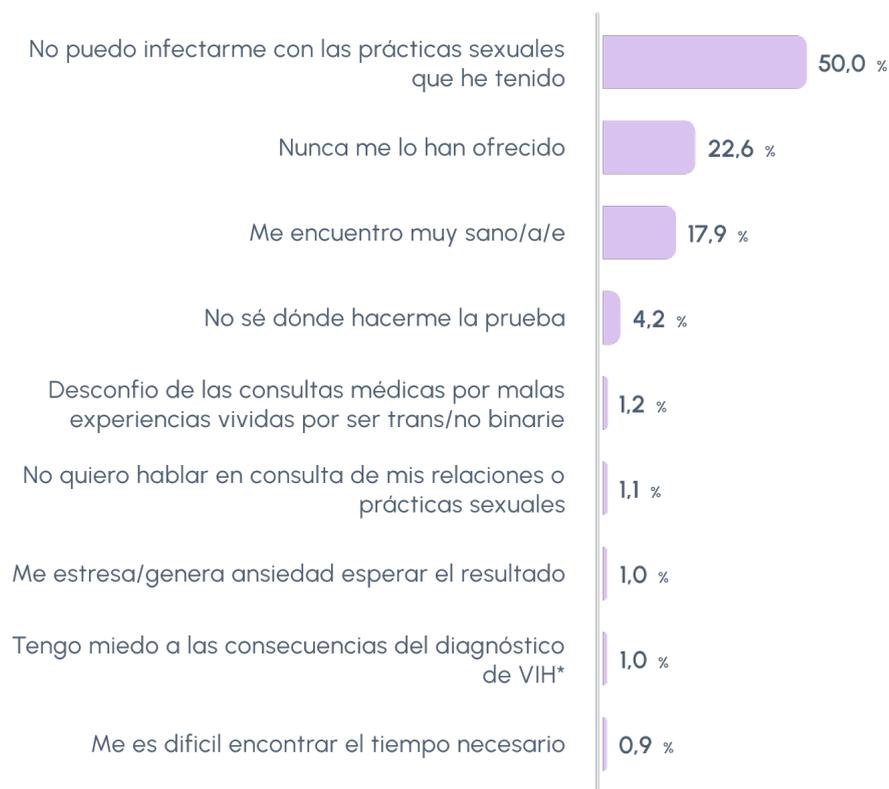
Figura 35. Proporción de personas que alguna vez se han hecho la prueba del VIH por edad e identidad de género



Motivos para no realizarse la prueba de diagnóstico de VIH

La mitad de las personas que nunca se han hecho la prueba del VIH señaló como razón: "Con las prácticas que he tenido no puedo haberme infectado". La segunda razón, a distancia de la anterior, fue porque "Nunca me la han ofrecido" (22,6%) y el tercer motivo más frecuentemente señalado fue: "Me encuentro muy sano/a/e". El resto de las razones fueron señaladas por menos del 5% de las personas que no se habían hecho la prueba (Figura 36).

Figura 36. Motivos principales referidos por los participantes para no realizarse la prueba de diagnóstico de VIH



*Miedo al rechazo, miedo al retraso de la transición u otras consecuencias en salud.

Personas que viven con VIH

El 1,8% del total de la muestra refirió vivir con VIH, aunque a la hora de interpretar este resultado, hay que tener muy presente que casi seis de cada diez personas (59,3%) nunca se había hecho la prueba.

El grupo más afectado por la infección por el VIH es el de mujeres trans con una prevalencia cuatro veces superior que las personas no binarias (5,6% y 1,3% respectivamente). En este estudio ningún hombre trans refirió vivir con VIH (Figura 37).

Figura 37. Resultado de la última prueba del VIH



Conocimiento y uso de herramientas farmacológicas de prevención del VIH

En cuanto al conocimiento de las estrategias farmacológicas de prevención del VIH sobre las que se preguntó en el cuestionario, la profilaxis pre-exposición (PrEP) fue más conocida que la profilaxis post-exposición (PEP) (50,7% y 32,0% respectivamente).

Considerablemente inferior fue la proporción de personas que sabrían solicitar tanto la PrEP como la PEP: 14,7% y 13,3% respectivamente. El uso de ambas profilaxis fue anecdótico; el 2,8% del total de la muestra ha usado la PrEP alguna vez en la vida y el 1,3% la PEP, lo que muestra que son poblaciones que aún podrían tener importantes barreras a la hora de acceder a estas herramientas.

El conocimiento, saber solicitarla y el uso de la PrEP fueron mayores en el grupo de mujeres trans y en el de personas no binarias en comparación con el grupo de hombres trans (Figura 38). Este mismo patrón se observa con la PEP (Figura 39).

Figura 38. Proporción de personas que conocen, sabrían solicitar y han usado/usan la profilaxis pre-exposición frente al VIH (PrEP) alguna vez



Figura 39. Proporción de personas que conocen, saben solicitar y usan o han usado la profilaxis post-exposición frente al VIH (PEP)



Infecciones de transmisión sexual

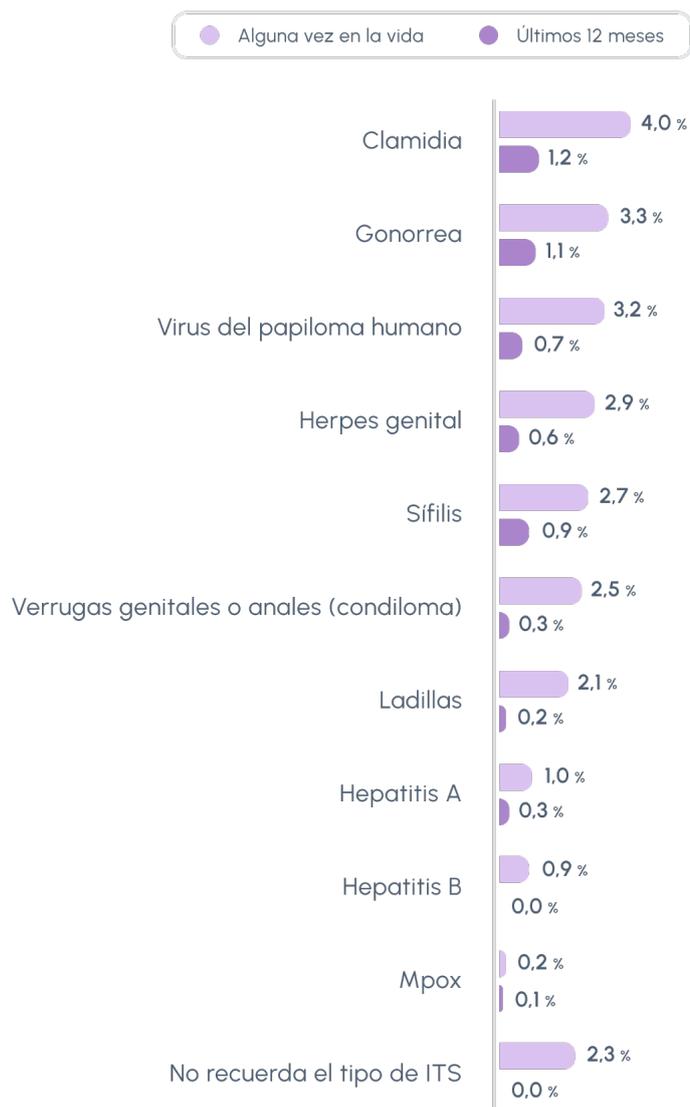
El 15,9% del total de personas trans de la muestra refirió que alguna vez en la vida le han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual (ITS) y solo un 3,7% tuvo algún diagnóstico reciente (últimos 12 meses). Por identidad de género, en el grupo de personas transfemeninas es donde se observa una mayor frecuencia de ITS, seguidas por el grupo de personas no binarias y el de personas transmasculinas es el menos afectado (Figura 40). Hay que tener en cuenta que, de forma general, las ITS se producen frecuentemente en edades comprendidas entre los 25 y 34 años, que son las edades más comunes entre las personas que han participado en este estudio, y que su prevalencia suele descender con la edad.

Figura 40. Proporción de personas con diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual



Tal y como se observa en la figura 41, las ITS más frecuentemente diagnosticadas fueron la clamidia, la gonorrea y el virus del papiloma humano.

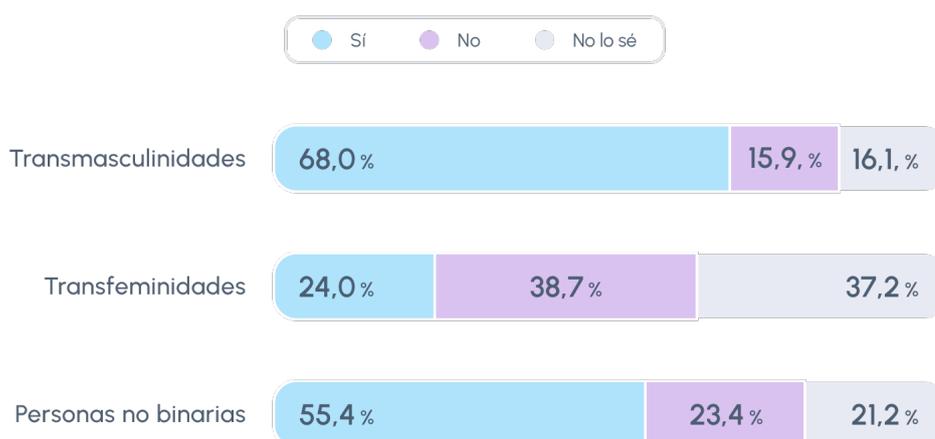
Figura 41. Tipo de infecciones de transmisión sexual diagnosticadas



Vacunación frente al virus del papiloma humano

A la pregunta de si se habían vacunado frente al virus del papiloma humano (VPH), algo más de la mitad de los participantes (52,8%) respondió que sí, el 24,2% que no y el 23% no lo sabían. El grupo de personas transfemeninas fue el que refirió menor frecuencia de vacunación en comparación con las otras identidades de género y también en el que había mayor proporción de personas que no sabían si les habían vacunado (37,2%), lo que concuerda con su no inclusión en los calendarios de vacunación para el VPH hasta recientemente. En el grupo de personas transmasculinas es en el que se observa mayor frecuencia de vacunación (Figura 42).

Figura 42. Proporción de personas vacunadas frente al VPH

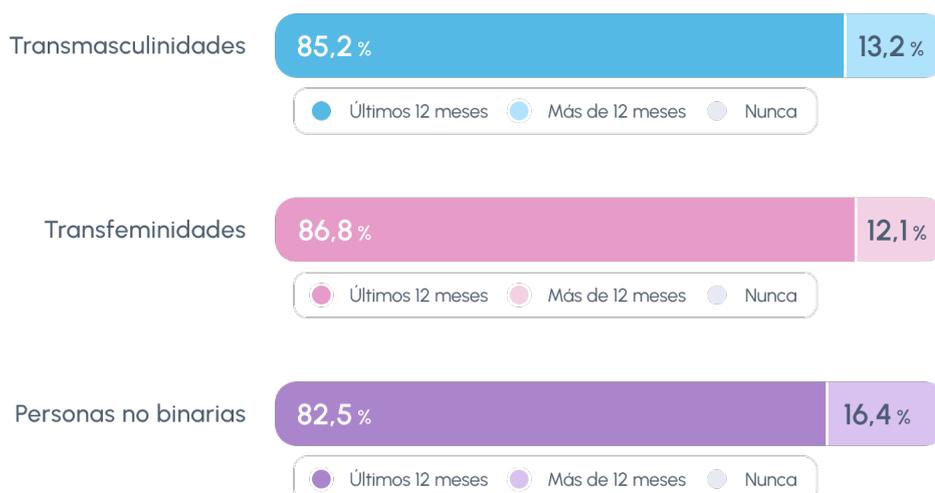


4.4.5. Uso de servicios sanitarios

Asistencia a consultas de medicina de familia

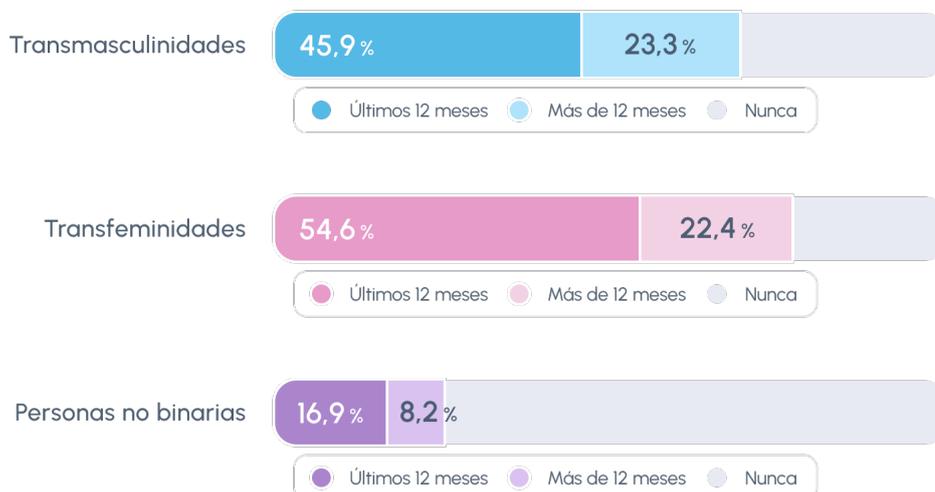
La práctica totalidad de las personas (98,7%) había acudido a la consulta de medicina de familia alguna vez en la vida y la gran mayoría lo hizo en los últimos 12 meses (84,4%). Apenas hay diferencias notables por identidad de género (Figura 43).

Figura 43. Proporción de personas que han acudido a la consulta de medicina de familia



En la figura 44 destaca que, mientras que entre las personas trans binarias es frecuente acudir a la consulta del centro de salud por procesos relacionados con la transición, entre las personas no binarias es donde se observa una mayor proporción que nunca lo ha hecho.

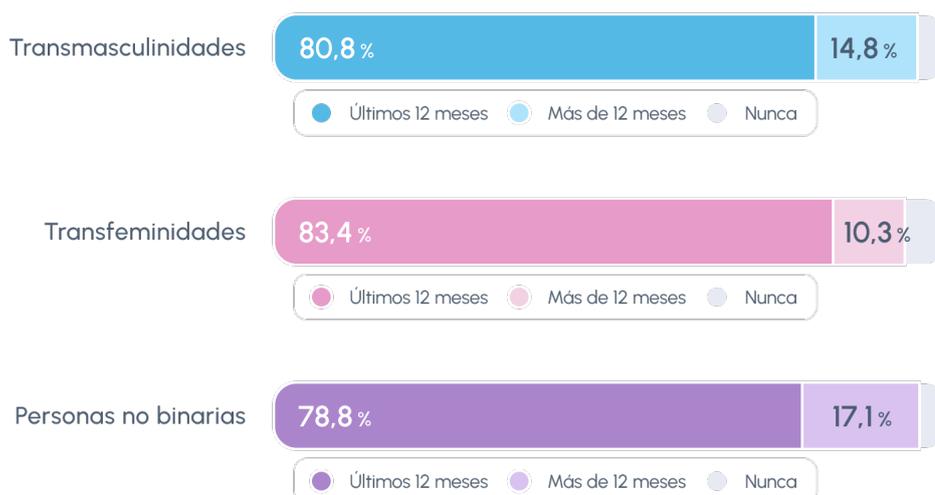
Figura 44. Proporción de personas que han acudido a la consulta de medicina de familia por proceso relacionado con su transición



Asistencia a consultas de atención especializada

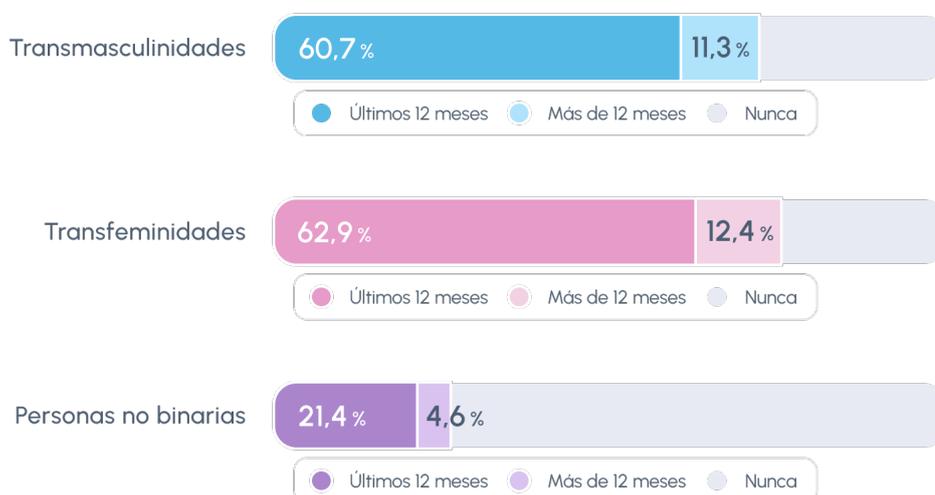
La gran mayoría de personas (80,5%) había consultado con otros especialistas en los últimos 12 meses sin observarse apenas diferencias por identidad de género (Figura 45).

Figura 45. Proporción de personas que refirieron acudir a consulta especializada



Al igual que pasaba con las consultas de atención primaria, entre las personas trans binarias también es más frecuente acudir a consultas de otros especialistas por procesos relacionados con la transición (Figura 46).

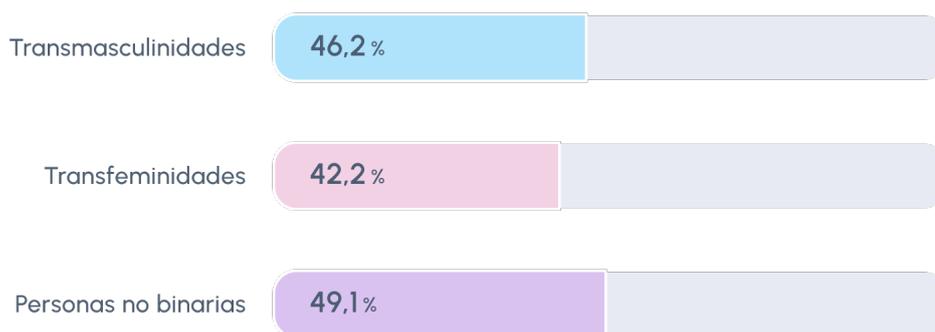
Figura 46. Proporción de personas que han acudido a la consulta de un especialista por un proceso relacionado con su transición



Asistencia a servicios de urgencias

El 46,5% del total de la muestra había acudido a un servicio de urgencias en los 12 meses previos. Apenas hay diferencias por identidad de género (Figura 47).

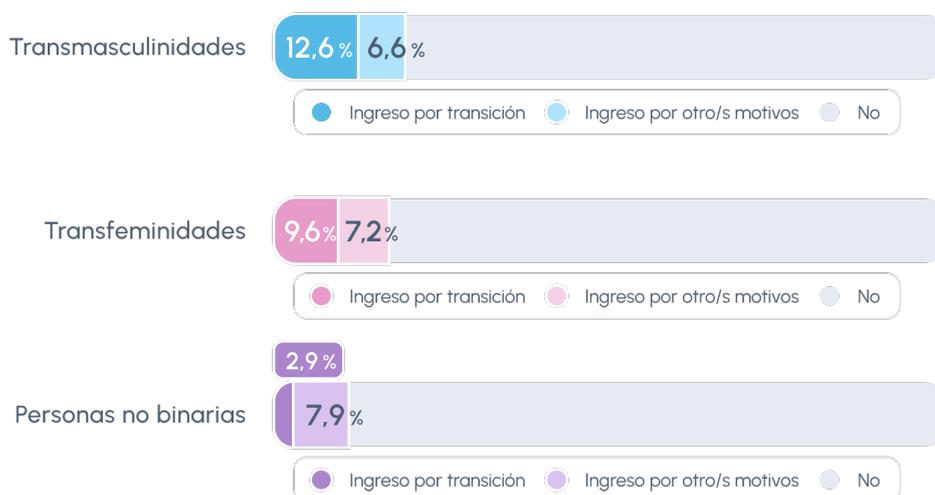
Figura 47. Proporción de personas que refirieron acudir a urgencias en los últimos 12 meses



Ingreso hospitalario

El 15,2% de las personas había tenido algún ingreso hospitalario en los últimos 12 meses: un 7,9% por algún proceso relacionado con la transición y un 7,3% por otros motivos. Esta situación varió por identidad de género, ya que la mayor proporción de ingresos relacionados con la transición se observa entre las personas transmasculinas (12,6%) y la menor entre las personas no binarias (2,9%) (Figura 48).

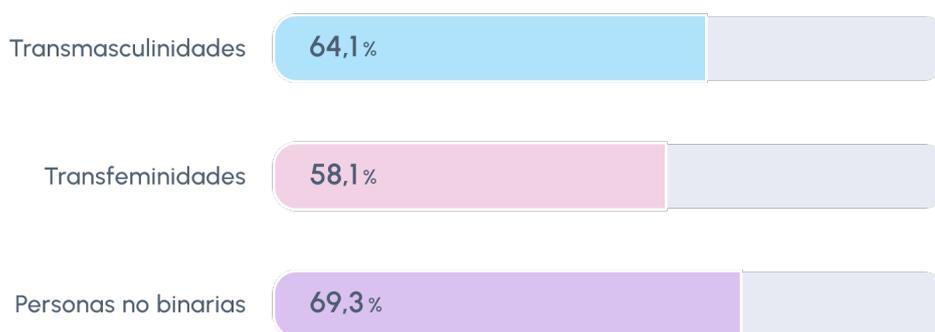
Figura 48. Proporción de personas con algún ingreso hospitalario en los últimos 12 meses



Asistencia a consulta de psicología o psiquiatría

El 64,9% había acudido a alguna consulta de psicología, psicoterapia o psiquiatría en los últimos 12 meses. Tal y como se observa en la figura 49, este tipo de consulta fue algo más frecuente entre las personas no binarias (69,3%) y algo menos entre las mujeres trans (58,1%).

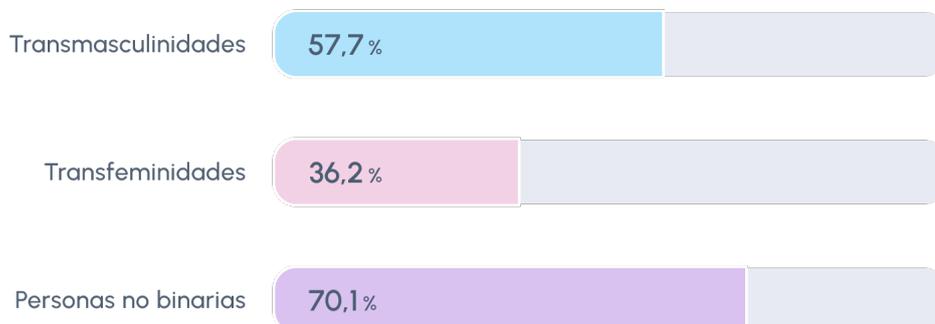
Figura 49. Proporción de personas que han acudido a consulta de psicología o psiquiatría en los últimos 12 meses



Consulta de ginecología

Entre el total de personas con vagina el 62,5% refirió haber acudido alguna vez a consultas de ginecología. Esta proporción varía en función de la identidad de género (Figura 50).

Figura 50. Proporción de personas con vagina que han acudido alguna vez en la vida a consulta de ginecología

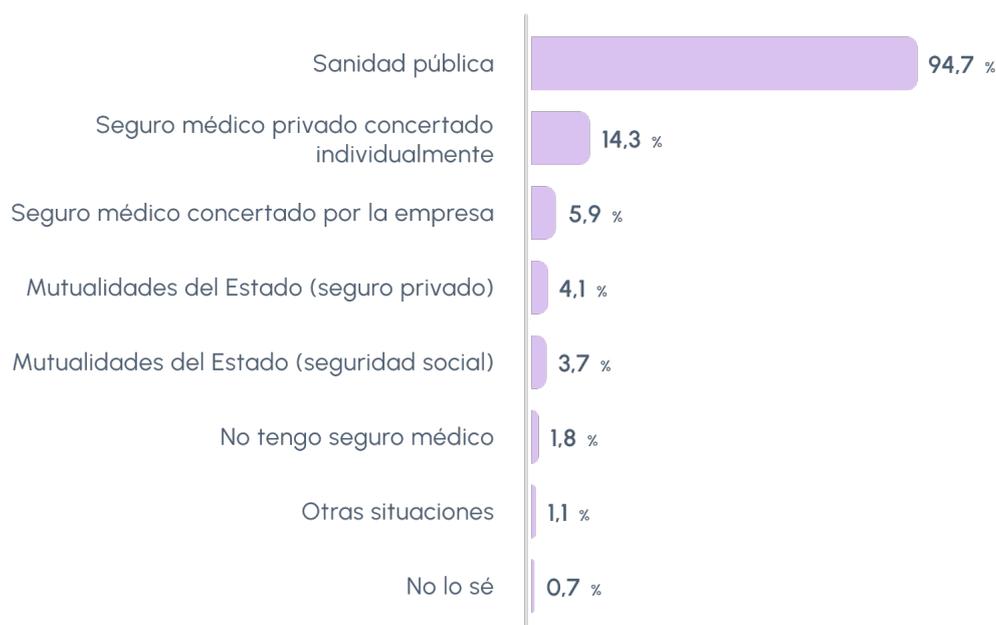


Tipo de seguro sanitario

En la Figura 51 se observa la proporción de personas que refiere tener cada tipo de seguro sanitario. Las personas podían señalar un máximo de dos respuestas (las que consideraran prioritarias). La práctica totalidad tenía sanidad pública (94,7%). El 1,8% refirió no tener ningún seguro médico (Figura 51).

Casi dos de cada cinco personas (19,5%) tenían simultáneamente seguro público y privado, y solamente el 1,4% tenía exclusivamente seguro privado.

Figura 51. Distribución del tipo de seguro sanitario

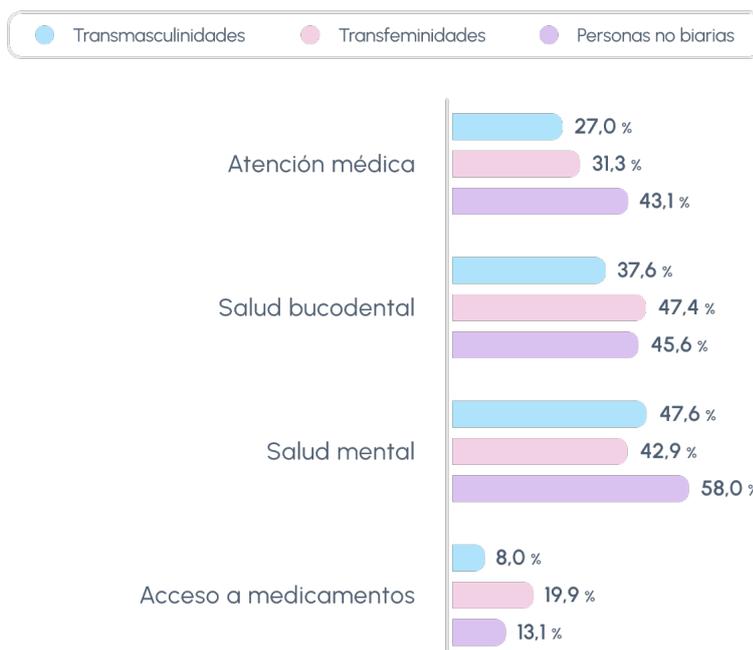


4.4.6. Necesidades sanitarias no cubiertas

Se incluyeron algunas preguntas para conocer la proporción de personas que habían necesitado diferentes tipos de atención sanitaria en los últimos 12 meses y que no se los pudieron permitir por motivos económicos. En el conjunto de la muestra, la atención en salud mental fue la principal necesidad no cubierta por motivos económicos (51,2%), seguida de la salud bucodental (43,3%), la atención médica (34,4%) y en último lugar el acceso a medicamentos (13,1%).

Por identidad de género (Figura 52), el grupo de personas no binarias fue en el que se observó mayor necesidad no cubierta en salud mental y médica en general. En salud bucodental las personas transfemeninas y no binarias tenían una proporción muy similar de necesidad no cubierta por motivos económicos (47,4% y 45,6% respectivamente) y superior a la expresada por las personas transmasculinas (37,6%). Las mayores diferencias por identidad de género se observaron en el acceso a medicamentos recetados (Figura 52).

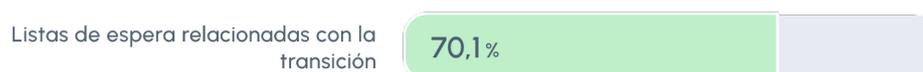
Figura 52. Proporción de personas que han necesitado diferentes tipos de atención sanitaria en los últimos 12 meses y no se los pudieron permitir por motivos económicos



Lista de espera relacionada con la transición

A las personas que habían realizado algún tipo de transición médica, hormonal y/o quirúrgica, o que habían iniciado los trámites de acceso al proceso, se les preguntó si en los últimos 12 meses alguna vez habían tardado demasiado en recibir asistencia médica por algún motivo relacionado con su “transición” por una lista de espera demasiado larga. Pese a que parte de estas personas ya habían podido acceder a estos servicios y, por tanto, en la actualidad sólo tenían consultas de seguimiento, el 70,1% contestó que había experimentado una demora en su atención por motivos relacionados con su transición (Figura 53).

Figura 53. Proporción de personas que han realizado algún proceso de transición médica y que refieren demora en la atención sanitaria por estar en lista de espera

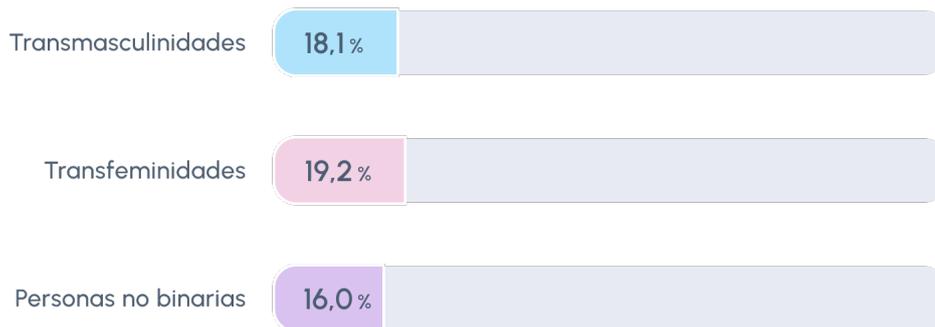


4.5. Consumo de sustancias

4.5.1. Consumo diario de tabaco

El 17,5% del total de muestra fumaba tabaco a diario en el momento de responder al cuestionario. Tal y como se observa en la figura 54 apenas se encontraron diferencias por identidad de género.

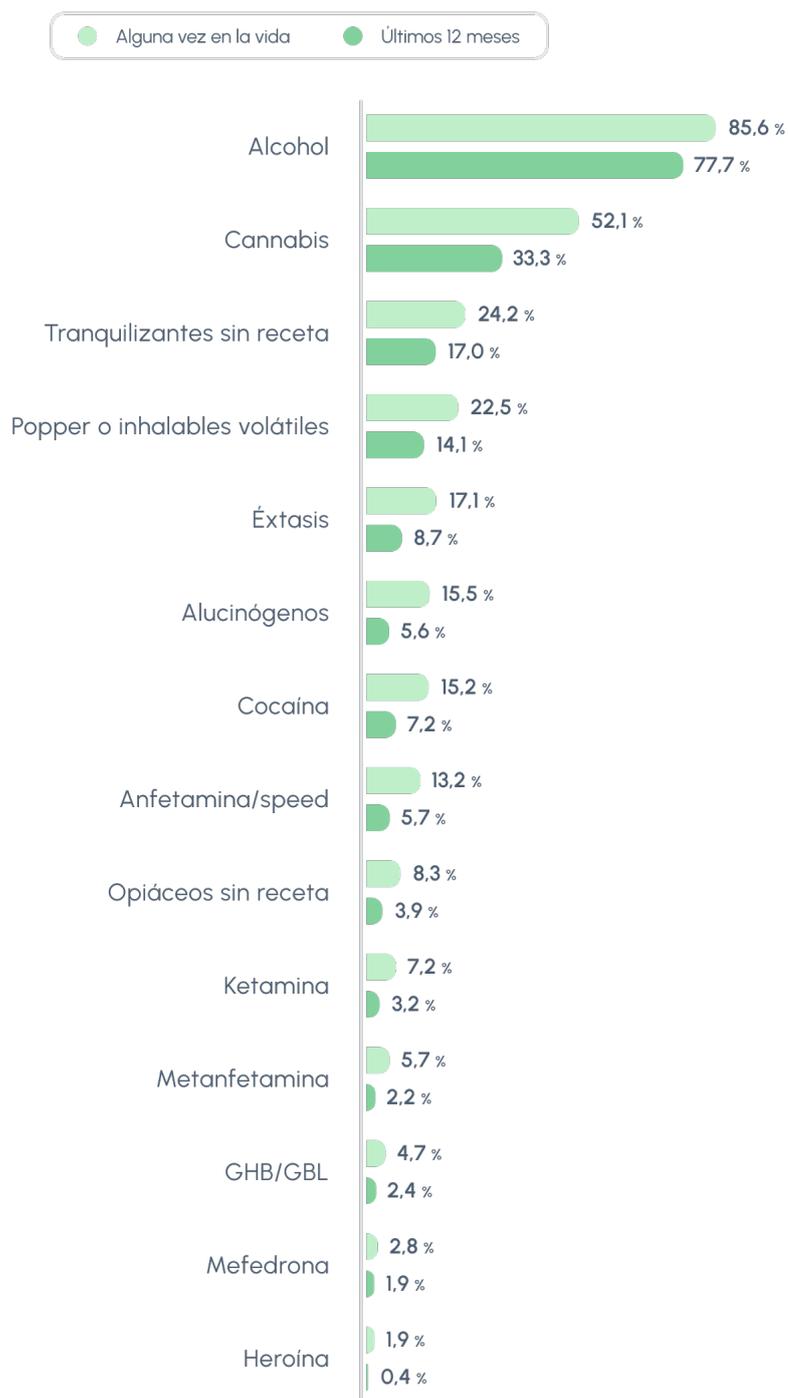
Figura 54. Proporción de personas que consume tabaco a diario



4.5.2. Consumo de alcohol y otras sustancias

Tal y como se observa en la figura 55, el alcohol es la sustancia más consumida seguida del cannabis y de los tranquilizantes sin receta tanto alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses.

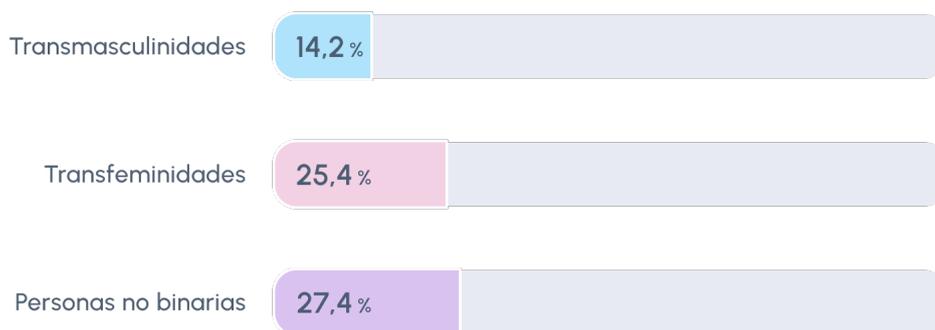
Figura 55. Proporción de personas que ha consumido alcohol y otras sustancias



4.5.3. Consumo sexualizado de drogas

El 22,2% de las personas participantes había consumido drogas en contexto sexual, es decir para mantener relaciones sexuales o durante las mismas. Por identidad de género, este tipo de consumo fue más frecuente entre las personas no binarias (27,4%) y menos frecuente entre personas transmasculinas.

Figura 56. Proporción de personas que han consumido drogas para mantener relaciones sexuales alguna vez en la vida

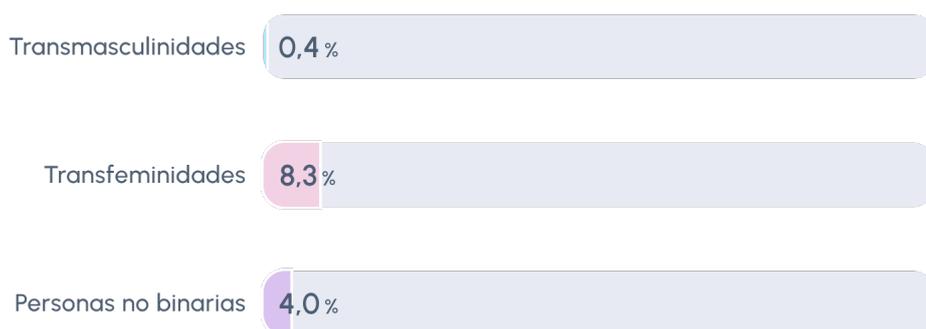


4.5.4. Práctica de Chemsex

Para conocer la frecuencia de práctica del chemsex se incluyó esta breve definición en el cuestionario: "En ciertos contextos de la cultura LGBTIQA+ se ha popularizado un fenómeno llamado chemsex, también conocido como sesión, colocón, guarrichill... que se caracteriza por tener largas sesiones en las que se consumen sustancias para mantener relaciones sexuales o durante las mismas".

El 3,7% del conjunto de la muestra señaló que había estado en alguna sesión de chemsex. Esta proporción fue muy diferente según identidad de género (Figura 57). En las personas transfemeninas esta proporción fue del 8,3%, se redujo a la mitad entre las personas no binarias (4,0%) y fue anecdótico entre los hombres trans (0,4%), algo que refleja el componente cultural del chemsex.

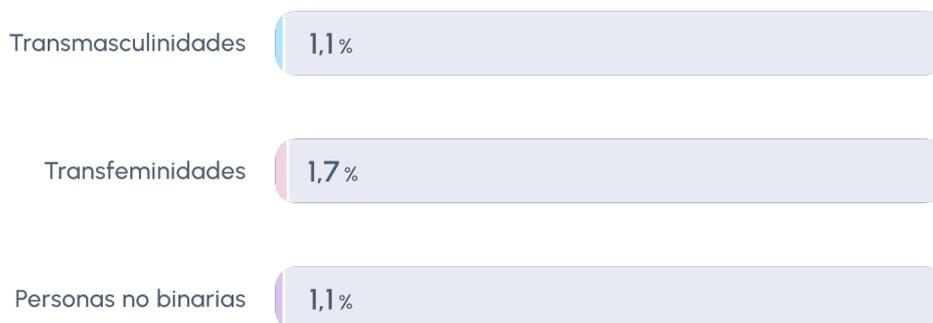
Figura 57. Proporción de personas que han practicado chemsex alguna vez en la vida



4.5.5. Inyección de drogas

El 1,2% de las personas se habían inyectado drogas alguna vez en la vida. La figura 58 muestra dicha proporción por identidad de género.

Figura 58. Proporción de personas que se han inyectado drogas alguna vez en la vida



4.5.5. Consumo problemático

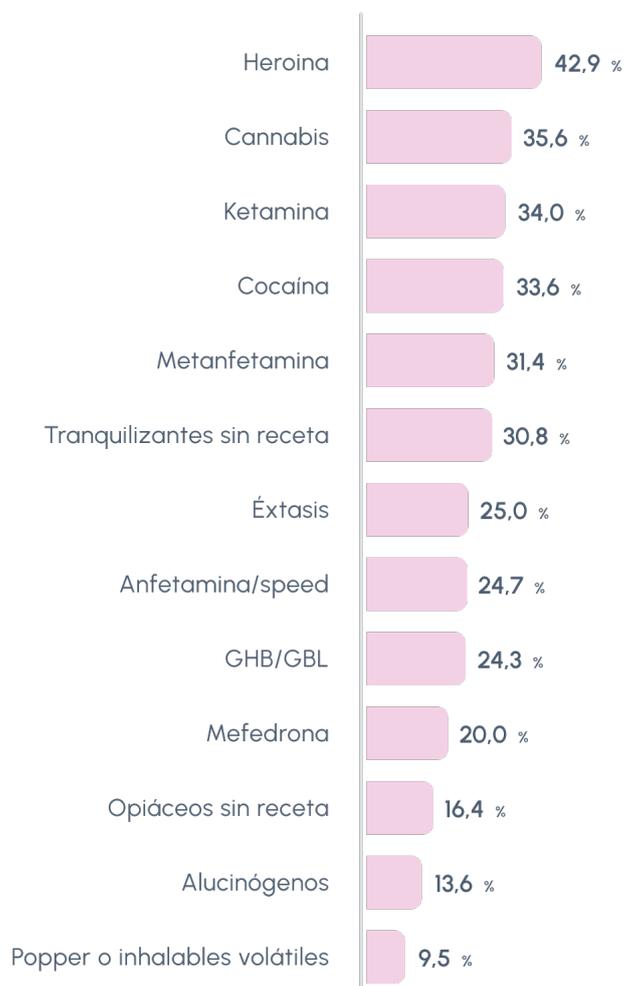
A las personas que habían consumido drogas en los últimos 12 meses, se les realizó una serie de preguntas para identificar si su consumo resultó problemático para cada una de las diferentes sustancias que habían usado, salvo el alcohol.

Se les preguntó si para cada sustancia que habían consumido en los últimos 12 meses: 1) consumían más tiempo o cantidad de lo deseado, habían intentado dejar de consumir sin lograrlo, invertían mucho tiempo en obtener o consumir la sustancia o tenían deseos tan fuertes de consumir que les impedía pensar en otra cosa; 2) había descuidado obligaciones laborales, de estudio o domésticas y/o habían reducido las relaciones sociales, actividades sociales o de ocio por el consumo y 3) consumían en situaciones donde suponía un riesgo o a pesar de tener problemas de salud física o mental relacionados con la sustancia.

En la siguiente figura se representa la proporción de personas consumidoras de cada sustancia que afirmaron que les había ocurrido alguna de esas tres situaciones anteriormente detalladas en los últimos 12 meses.

La heroína fue la sustancia de la que más usuarios refirieron al menos uno de estos tipos de consumo problemático (42,9%), seguida del cannabis, ketamina, cocaína, metanfetamina y tranquilizantes sin receta, con proporciones muy similares. El popper fue la sustancia sobre la que se refirió menos consumo problemático.

Figura 59. Proporción de consumidores de cada sustancia en los últimos 12 meses que refirieron consumo problemático



Nota: el porcentaje se ha calculado sobre el número de personas que refirieron consumo de cada droga en los últimos 12 meses.

4.6. Violencia y discriminación



AVISO DE CONTENIDO · TRIGGER WARNING

Este apartado del informe incluye información relativa a transfobia, enebefobia y situaciones de violencia (incluida sexual) contra personas trans y/o no binarias.

4.6.1. Violencia y transfobia

Recibir situaciones de violencia está muy extendido en la vida de las personas trans y no binarias tal y como se refleja en la figura 60. Prácticamente la totalidad de las personas (92,4%) habían sufrido alguna de las experiencias violentas incluidas en el cuestionario a lo largo de su vida.

Si nos centramos en un periodo reciente (últimos 12 meses), dos de cada tres personas habían padecido alguna de las situaciones incluidas en la figura 60. En concreto, casi la mitad de las personas refirió haber recibido comentarios ofensivos o insultos (45,7%) o miradas ofensivas o amenazantes (43,0%). Una de cada cinco había sufrido amenazas verbales sobre agredirlas físicamente (19,7%) y a casi una de cada diez le habían agredido físicamente (8,8%). El acoso por redes sociales en los últimos 12 meses lo refirió el 15,1% de las personas.

Figura 60. Proporción de personas que han experimentado algún tipo de violencia y/o transfobia



Consecuencias de las agresiones en la salud y el bienestar

A las personas que habían sufrido a lo largo de su vida algún tipo de violencia, se les preguntó si alguno de esos episodios tuvo consecuencias en su salud y bienestar. Ocho de cada diez personas (80,6%) señalaron algún tipo de repercusión (Figura 61). Dos de cada tres personas sufrieron problemas de salud como ansiedad o depresión (67,1%) y algo más de la mitad tuvieron problemas para dormir (50,2%), miedo a salir de casa (49,6%) o ideas de autolesión o pensamientos suicidas (46,9%) a causa de estas agresiones. Un 12,6% tuvo que recibir asistencia médica como consecuencia de las agresiones sufridas, el 4,3% necesitó solicitar la baja laboral y un 2,5% ingresar al menos una noche en un hospital (Figura 61).

Figura 61. Proporción de personas a las que les ha afectado en diferentes esferas de la salud las agresiones sufridas



4.6.2. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja

Tres de cada cuatro personas (74,7%) habían sufrido a lo largo de la vida algún episodio de violencia por parte de alguna pareja, actual o pasada.

El siguiente gráfico (Figura 62) refleja la magnitud de los diferentes tipos de violencias en las relaciones de pareja. Se recogió información sobre violencia psicológica (emocional, control o miedo), física, verbal y sexual, específicas o no por ser una persona trans. Casi una de cada cuatro personas (23,6%) había sido víctima de una agresión sexual y un 15% había sufrido una agresión física por parte de parejas o exparejas alguna vez en la vida. Los episodios de violencia específicos por ser una persona trans o no binaria fueron señalados por un 27,5%.

Figura 62. Proporción de personas que han sufrido diferentes situaciones de violencia en las relaciones de pareja alguna vez en la vida



4.6.3. Violencia sexual fuera de las relaciones de pareja

Sufrir violencia sexual también está muy presente en el colectivo de personas trans y no binarias. El 69,8% de las personas refirió haber sufrido algún tipo de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja a lo largo de la vida. Tal y como se refleja en la figura 63, las situaciones de violencia sexual vividas

con más frecuencia fueron las bromas sexuales o comentarios ofensivos sobre su cuerpo (49,3%) y los tocamientos sexuales sin consentimiento (46,0%). Los intentos o episodios de violación son señalados por aproximadamente una de cada cinco personas y un 11,0% de las personas afirmó haber sido sufrido una agresión sexual cuando estaban bajo los efectos del alcohol o las drogas.

Figura 63. Proporción de personas que refiere diferentes situaciones de violencia sexual fuera de la pareja alguna vez en la vida

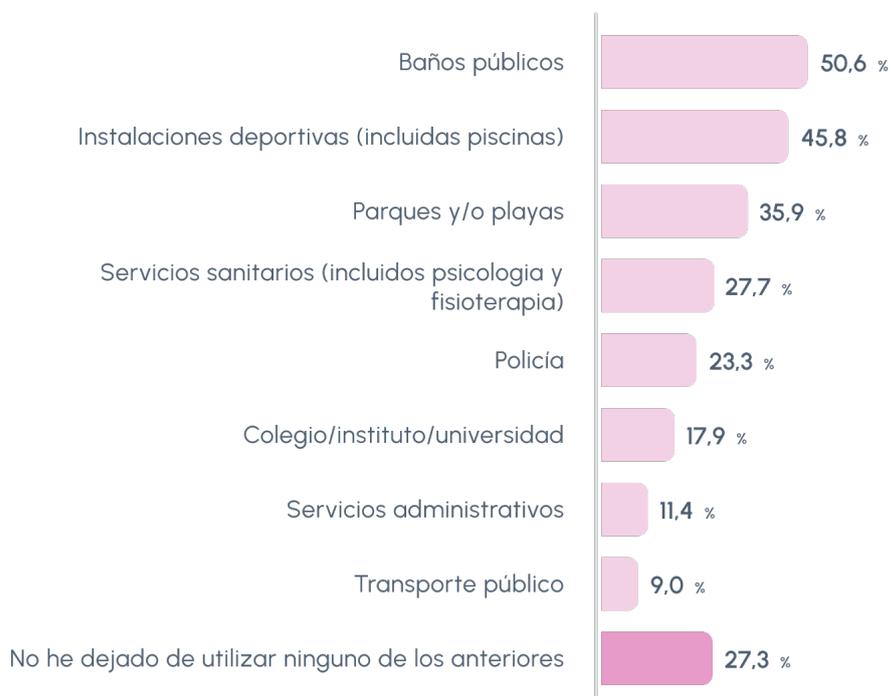


4.6.4. Discriminación en el uso de servicios públicos

El 72,7% de las personas había dejado de utilizar algún servicio público por discriminación o miedo a la discriminación por ser una persona trans o no binaria (Figura 64). Los tres servicios o espacios públicos que con mayor frecuencia habían dejado de utilizarse fueron: los baños públicos (50,6%), las instalaciones deportivas (45,8%) y los parques y/o playas (35,9%). Alrededor de una de cada cuatro personas había dejado de acudir por discriminación a servicios públicos básicos como los

sanitarios (27,7%) o la policía (23,3%) alguna vez en la vida (Figura 64).

Figura 64. Proporción de personas que han dejado de utilizar algunos servicios públicos por discriminación o miedo a la discriminación por ser una persona trans o no binaria



Cuando nos centramos el uso de los servicios sanitarios, el 82,2% de las personas habían experimentado alguna de las situaciones de miedo o discriminación recogidas en la figura 65. Casi la mitad de la muestra (48,4%) en alguna ocasión no se atrevió a decir abiertamente al personal sanitario que era una persona trans o no binaria. Un 43,7% afirmó que el personal sanitario no supo cómo atenderles como personas trans o no binarias y un 38,4% había tenido que soportar situaciones incómodas por no tener cambiada la documentación sanitaria para que reflejara su nombre. Más del 10% de las personas: 1) se había visto forzadas a someterse a exámenes médicos o psicológicos; 2) el personal sanitario les había expresado que ser trans y/o no binarie es una enfermedad o 3) se habían tenido que cambiar de profesional sanitarie por la reacción negativa que tuvieron al saber que eran trans y/o no binaries. Un 5% había recibido acoso verbal o insultos en una consulta (Figura 65).

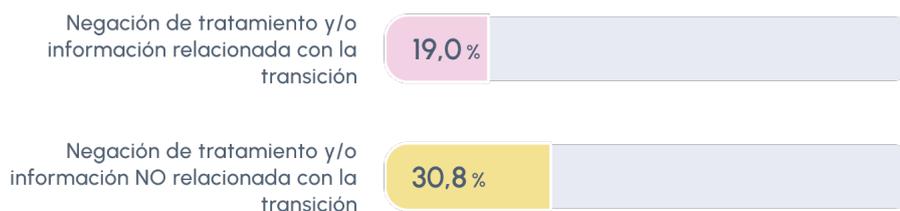
Figura 65. Proporción de personas que han experimentado algún tipo de miedo y/o discriminación en el acceso a servicios sanitarios



4.6.5. Discriminación por peso corporal

Entre las personas trans y/o no binarias que se identificaron como gordas, el 37,7% había experimentado alguna vez discriminación por su peso corporal a la hora de recibir información y/o tratamiento en los servicios sanitarios. A un 19,0% se le negó información o tratamientos relacionados con la transición por su peso corporal y a un 30,8% sobre procesos no relacionados con la transición.

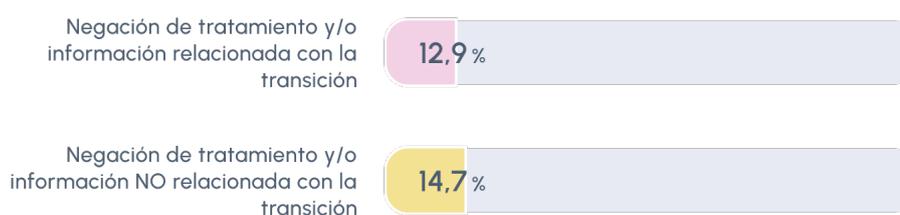
Figura 66. Proporción de personas que se identifican como gordas que refieren que alguna vez en la vida se les ha negado tratamiento o información por su peso corporal



4.6.6. Discriminación por algún diagnóstico de salud mental

Entre las personas que refirieron algún problema de salud mental, el 21,5% indicó que alguna vez les habían negado información y/o tratamiento en los servicios sanitarios debido a su problema de salud mental. A un 12,9% se le negó información y/o tratamientos relacionados con la transición médica y a un 14,7% por otros motivos de salud no relacionados con la transición.

Figura 67. Proporción de personas con diagnóstico de salud mental que refieren que alguna vez en la vida se les ha negado tratamiento o información por problemas de salud mental



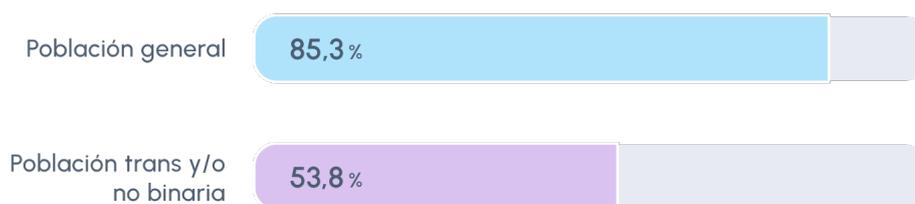
4.7. Comparación de indicadores entre Transaludes y la población general

A continuación, se comparan algunos indicadores sobre: 1) salud y uso de servicios sanitarios; 2) consumo de tabaco y alcohol y 3) violencia, a partir de preguntas que se formularon igual y con las mismas categorías de respuestas en Transaludes y en la Encuesta Nacional de Salud de 2017, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España de 2017 y la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer del 2019. Tal y como se ha señalado en la sección de Metodología, para realizar dicha comparación, se han seleccionado a las personas que tenían entre 15 y 44 años. La técnica estadística utilizada permite la comparación teniendo en cuenta las diferencias de las muestras en cuanto a su distribución por edad, estatus migratorio, nivel de estudios y tamaño del municipio de residencia.

Salud y uso de servicios sanitarios

Estado de salud autopercibido

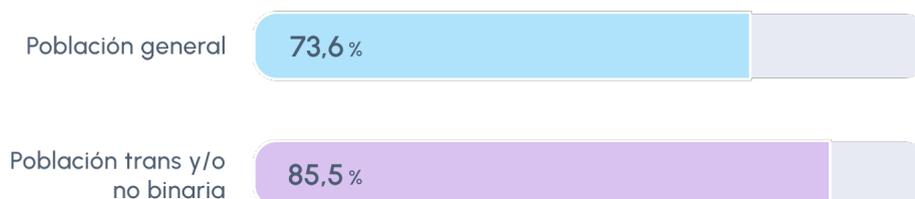
Figura 68. Consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno



Es 1,7 veces más frecuente en la población general que en las personas trans y/o no binarias.

Consultas de medicina de familia

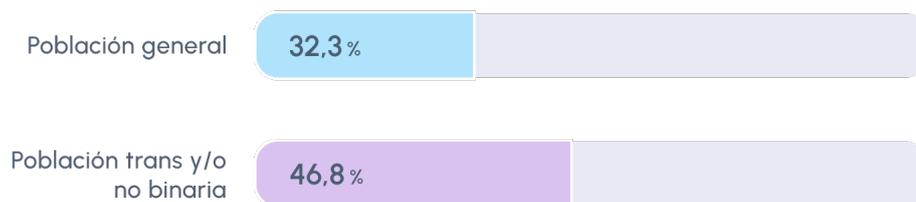
Figura 69. Han acudido a la consulta de medicina de familia en los últimos 12 meses



Es 1,2 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general.

Servicios de urgencias

Figura 70. Han acudido a urgencias en los últimos 12 meses



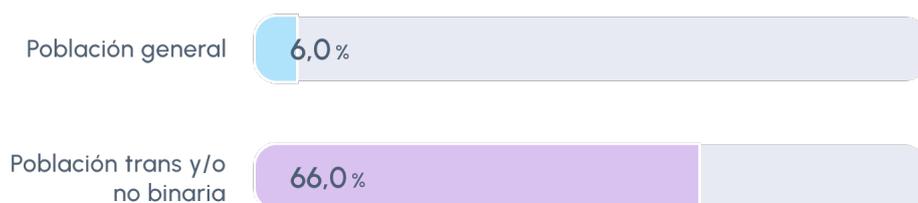
Es 1,4 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general.

Salud mental

Es importante interpretar los datos de salud mental teniendo en cuenta que está muy influenciada por las situaciones de discriminación y otros tipos de violencia a las que se enfrentan las personas trans y/o no binarias.

Consultas de salud mental

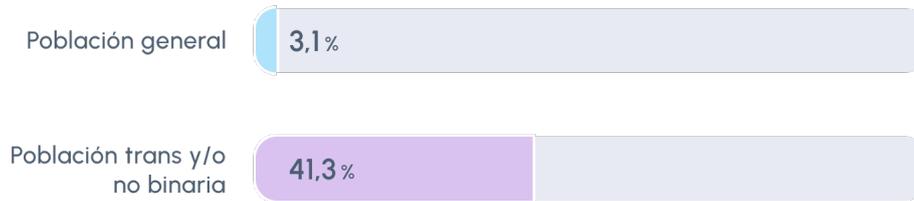
Figura 71. Han acudido a la consulta de psicología, psicoterapia o psiquiatría en los últimos 12 meses



Es 10,4 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general.

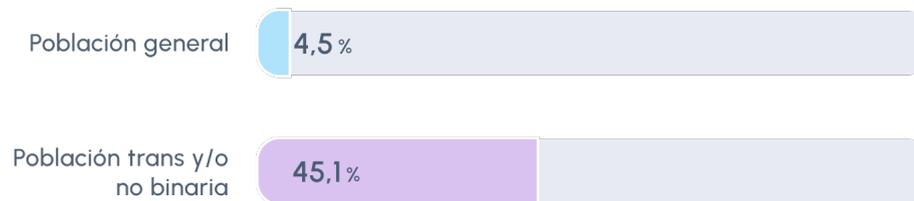
Principales diagnósticos

Figura 72. Diagnóstico de depresión en los últimos 12 meses



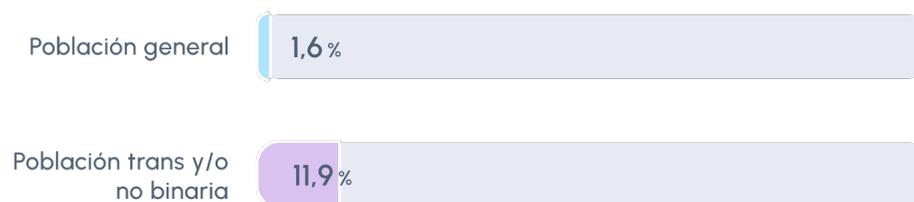
Es 16,7 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general.

Figura 73. Diagnóstico de ansiedad en los últimos 12 meses



Es 11,3 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general.

Figura 74. Diagnóstico de otros problemas de salud mental en los últimos 12 meses

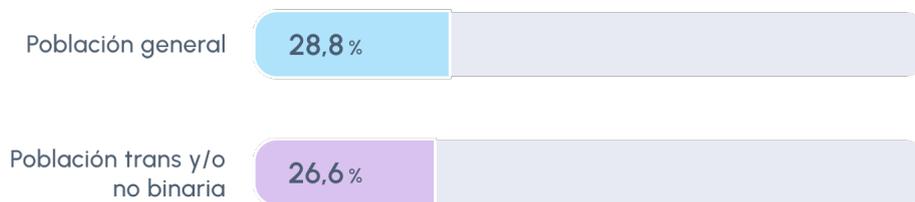


Es 7,7 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general.

Consumo de tabaco y alcohol

Consumo de tabaco

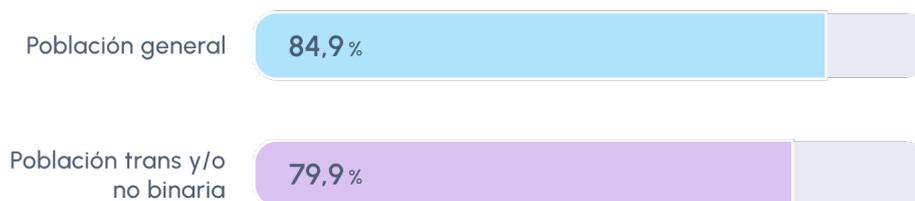
Figura 75. Consumo diario de tabaco



Es prácticamente el mismo en ambas poblaciones.

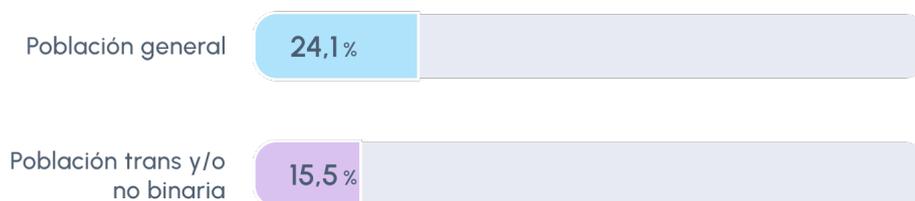
Consumo de alcohol

Figura 76. Han consumido alcohol en los últimos 12 meses



Es 1,2 veces más frecuente en la población general que en las personas trans y/o no binarias.

Figura 77. Han consumido alcohol dos o más veces por semana

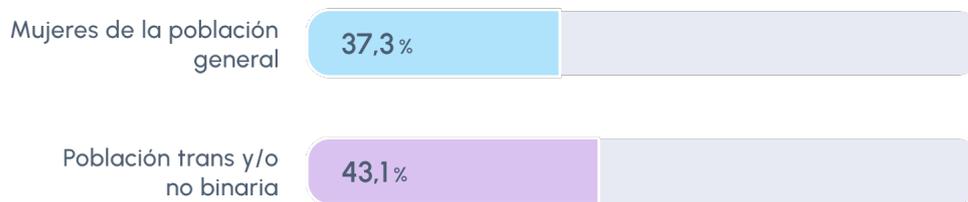


Es 1,3 veces más frecuente en la población general que en las personas trans y/o no binarias.

Violencia

Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja

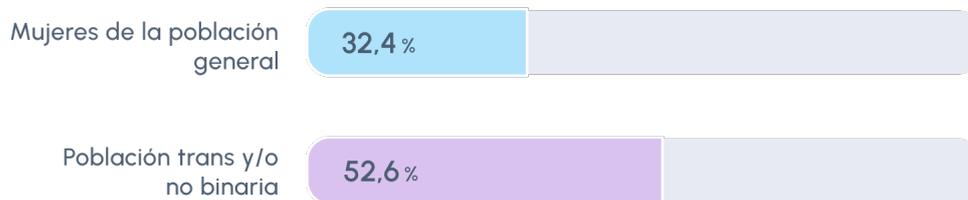
Figura 78. Ha sufrido al menos un episodio de violencia por su pareja o expareja alguna vez en la vida



Es 1,2 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en las mujeres de la población general.

Violencia sexual fuera de las relaciones de pareja

Figura 79. Ha sufrido episodio de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja alguna vez en la vida



Es 1,4 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en las mujeres de la población general.



05 Conclusiones

Visibilidad y transición

A pesar de que en los últimos años en España se han producido importantes avances legislativos para las personas trans, una amplia mayoría de las que participaron en Transaludes siguen encontrando barreras para visibilizarse como personas trans y/o no binarias en todos los aspectos de su vida. Un importante porcentaje no había podido realizar los cambios de nombre o de sexo registral que deseaba, tanto por miedo al rechazo como por barreras en el proceso administrativo. Esta situación es más frecuente en las personas no binarias, dado que su derecho a tener un sexo registral acorde a su identidad fue rechazado en los trámites parlamentarios.

Se ha comprobado que cuando se garantiza la posibilidad de transición social y legal, se obtiene un impacto positivo en la salud de las personas trans y/o no binarias, por lo que es importante que se produzcan más avances legislativos en este aspecto en España para eliminar todas las barreras al respecto, especialmente para las personas no binarias.

Respecto a los procesos médicos de transición, también un porcentaje importante de las personas que querían realizarlos refirió no hacerlo por preocupación por la discriminación a la que pudieran enfrentarse,

por barreras sanitarias y por las listas de espera en la sanidad pública. Menos de un tercio de los participantes que había realizado algún tipo de transición quirúrgica, lo hizo por completo en la sanidad pública. La mayoría recurrió a la sanidad privada, sobre todo por las prolongadas listas de espera, lo que, en la práctica, probablemente esté contribuyendo a una privatización progresiva de estos procedimientos. Mejorar la transparencia de las listas de espera para los procesos de transición y reducir su duración debería ser una prioridad dentro del sistema sanitario público, considerando el fuerte impacto negativo que pueden tener en la salud de las personas trans.

Más de una de cada diez personas que estaban en procesos de transición hormonal indicó que se había visto obligada a suspenderlo alguna vez en los últimos 12 meses debido a la falta de suministros en farmacias. Por tanto, es necesario que el sistema público de salud trabaje para asegurar el suministro de hormonas a quienes las necesitan.

Estado de salud, uso de servicios y necesidades sanitarias no cubiertas

Poco más de la mitad de los participantes refirieron que su estado de salud era bueno o muy bueno, cifra inferior a la de la población general española de entre 15 y 44 años. Los principales problemas de salud mencionados están relacionados con salud mental, especialmente con cuadros ansiosos y depresivos, con una prevalencia muy superior a la de la población general. La discriminación estructural que las personas trans sufren en distintas esferas de su vida es la principal causa de estas diferencias en salud, afectando incluso a su acceso al sistema sanitario.

Es necesario que la salud mental de las personas trans se aborde desde el sistema nacional con una perspectiva holística, no patologizante, que coloque a las personas trans y/o no binarias en el centro, y con capacidad de entender y atender sus necesidades específicas. Los datos sobre ideación e intentos autolíticos son especialmente preocupantes y muestran que la capacitación del sistema para atender la salud mental del colectivo no sólo es necesaria, sino urgente. Además, es importante tener en cuenta que algo más de la mitad de las personas refería que no podían cubrir sus necesidades de atención en salud mental por motivos económicos.

El número de hombres trans y personas no binarias asignadas mujer al nacer que nunca ha acudido a consultas de ginecología, pese a la baja edad de los participantes, muestra que pueden existir importantes barreras de acceso a esta especialidad, por lo que es importante asegurar que estas consultas sean espacios seguros a los que las personas trans puedan acudir sabiendo que su identidad es respetada y que se tomen los cuidados específicos requeridos.

VIH y medidas preventivas

El 1,8% de los participantes refirió vivir actualmente con VIH, siendo el porcentaje mayor entre mujeres trans, aunque las diferencias por identidad de género encontradas en la muestra pueden estar influenciadas por la edad y el estatus migratorio. Seis de cada diez personas nunca se habían realizado la prueba del VIH,

aproximadamente la mitad refirió conocer la PrEP y menos del 3% la había utilizado alguna vez.

Los programas de promoción de la salud y prevención del VIH deberían ajustar sus mensajes y enfoques para llegar de manera efectiva a colectivos que tradicionalmente han estado menos involucrados en estas campañas, como los hombres trans y las personas no binarias asignadas mujer al nacer. Adaptar la comunicación a las necesidades y prácticas sexuales específicas de estas personas puede fomentar la realización de la prueba del VIH, promoviendo una mayor equidad en el acceso a la atención y la prevención del VIH.

Consumo de sustancias

La heroína fue la droga con mayor prevalencia de consumo problemático entre sus consumidores, aunque fue la menos consumida. Por el contrario, el popper fue la sustancia con menor prevalencia de consumo problemático entre quienes la utilizaron. Aproximadamente una de cada cinco personas refirió haber consumido alguna sustancia en un contexto sexual, pero menos del 4% refirió haber participado en sesiones de chemsex. El consumo inyectado de sustancias fue anecdótico.

Es importante tener en cuenta estos datos para diseñar programas de reducción de riesgos adaptados a las necesidades de la población trans. Aunque el consumo sexualizado de sustancias no está tan extendido como en otros colectivos, es precisamente esta menor prevalencia la que ofrece una oportunidad ideal para intervenir de manera temprana y prevenir que el consumo en contextos sexuales evolucione hacia formas problemáticas o que surjan situaciones de mayor riesgo.

Violencia y transfobia

La práctica totalidad de las personas trans y/o no binarias había sufrido algún tipo de violencia transfoba o discriminación por su identidad de género a lo largo de su vida. Casi la mitad habían sido agredidas físicamente en algún momento. Estas agresiones tuvieron repercusiones en la salud de ocho de cada diez personas que las sufrieron, generando síntomas de depresión o ansiedad en aproximadamente dos tercios de ellas. Tres de cada cuatro participantes refirieron haber sufrido algún tipo de violencia dentro de la pareja y siete de cada diez sufrieron algún tipo de violencia sexual fuera de la pareja. Una de cada cinco personas había sido obligada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento en algún momento de su vida.

Ante la gravedad de estos datos, es necesario desarrollar programas de prevención, detección y protección frente a la discriminación y violencia hacia las personas trans y/o no binarias. Específicamente en el ámbito de la violencia sexual, las personas LGTBIQA+ han sido históricamente excluidas de la mayoría de las medidas legislativas y recursos, así como de iniciativas en materia de prevención y/o educación. Dado el alcance de estos resultados, es necesario asegurar la protección legal de esta población contra la violencia sexual, así como desarrollar programas y recursos adecuados para abordar sus necesidades.

Discriminación en el uso de servicios públicos

Casi la mitad de las personas encuestadas refirieron haber dejado de utilizar instalaciones deportivas debido a la discriminación o al miedo a ser discriminadas. Asimismo, aproximadamente una de cada cuatro había dejado de acceder a servicios sanitarios o policiales por la misma razón, a pesar de haberlos necesitado. Esta situación es especialmente grave si consideramos las disparidades en salud y la alta proporción de personas trans que han sufrido violencias. Muchas de ellas se enfrentan a barreras para denunciar estos actos, lo que explicaría la considerable infraestimación de dichas violencias al analizar los datos de denuncias.

Por lo tanto, todos los servicios públicos deben contar con personal capacitado en la atención a personas trans y llevar a cabo esfuerzos proactivos para eliminar las barreras que dificultan su acceso. Esto no solo implica ofrecer formación continua al personal, sino también implementar políticas inclusivas que promuevan un entorno seguro y libre de discriminación.

Discriminación en el uso de servicios sanitarios

Casi la mitad de las personas no se atrevieron a revelar abiertamente en la consulta médica que son personas trans y/o no binarias. Cuatro de cada diez manifestaron que sus profesionales de la salud no sabían cómo atender al colectivo de personas trans y/o no binarias, y una de cada diez indicó que el personal que les atendió consideraba que ser una persona trans o no binaria es una enfermedad.

Estos resultados evidencian la necesidad de implementar programas de formación y sensibilización dirigidos al personal sanitario sobre la atención adecuada a este colectivo. Se recomienda integrar módulos específicos sobre diversidad de género en la formación inicial y continua del personal sanitario para garantizar una atención respetuosa y libre de patologización. La patologización de las personas LGTBIAQ+ sigue siendo un problema real. Las medidas legislativas a nivel estatal son de reciente aplicación, por lo que sus efectos pueden no haberse reflejado en este estudio.

Además, un 5% de las personas trans y/o no binarias reportaron haber sufrido acoso verbal e insultos en consulta, lo que subraya la necesidad de establecer mecanismos efectivos para prevenir y abordar cualquier tipo de discriminación por parte del personal sanitario. Estos mecanismos deberían incluir protocolos claros de actuación y procedimientos de seguimiento para garantizar un entorno seguro y respetuoso en la atención sanitaria de las personas trans y no binarias.

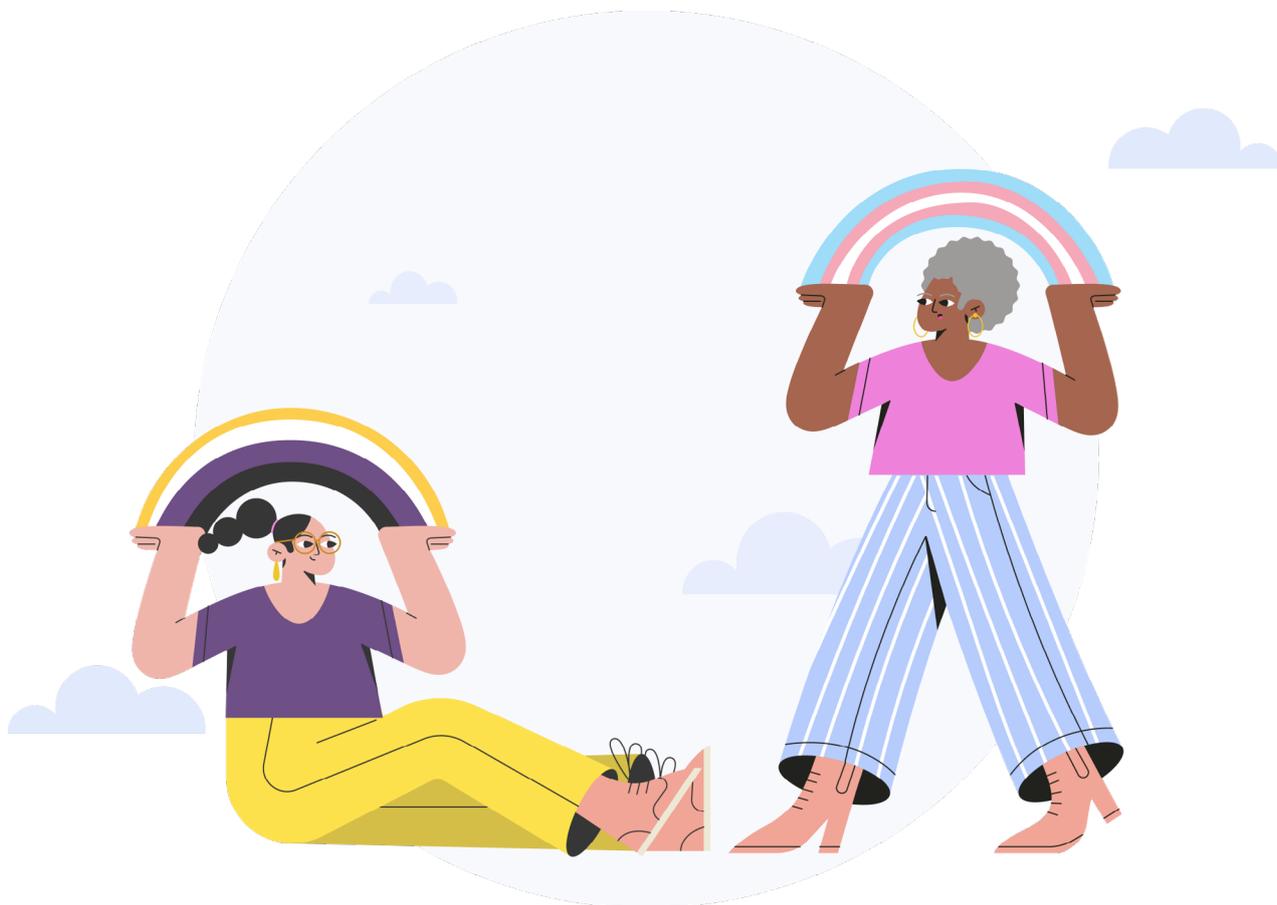
Desde un marco interseccional, observamos que la gordofobia (discriminación hacia las personas con un peso corporal socialmente percibido como elevado) y el neurocapacitismo (discriminación hacia personas neurodivergentes, incluyendo a aquellas con diagnóstico de salud mental), están presentes en el ámbito de la atención sanitaria y suponen una barrera para el acceso de las personas trans a la transición. A una de cada cinco personas trans que se percibía gorda se les negaron los procesos de transición debido a su corporalidad, y a una de cada ocho personas neurodivergentes se les negó por sus diagnósticos de salud

mental. Esto muestra que tanto el peso corporal como los diagnósticos de salud mental restan autonomía a les usuaries en consulta. Por lo tanto, es necesario incidir en la formación del personal sanitario para evitar estas situaciones contrarias a la igualdad de trato.

Recomendaciones finales

Las personas trans presentan importantes diferencias en salud en comparación con la población general, derivadas de la discriminación estructural y la transfobia a las que se enfrentan. Aunque los cambios legislativos que han garantizado nuevos derechos a las personas trans en España son recientes y, por lo tanto, sus efectos aún no se han observado plenamente en estudios de estas características, parecen insuficientes para abordar parte de las discriminaciones y violencias a las que se enfrentan las personas trans y que tienen importantes consecuencias en su salud.

Es necesaria una coordinación desde el sistema nacional de salud que garantice una atención integral y respetuosa a las necesidades específicas de las personas trans y/o no binarias, integrando en su diseño a personas expertas del colectivo. Además, sería recomendable plantear estudios longitudinales, que requieren grandes equipos y financiación, para aportar información a largo plazo sobre la salud de las personas trans, especialmente aquellas de mayor edad.



06 Agradecimientos

Agradecemos profundamente a las entidades comunitarias LGTBQA+ y grupos por su valiosa colaboración en la difusión del Estudio Transaludes. Su compromiso y apoyo han sido fundamentales para ampliar el alcance de nuestra investigación, asegurando que las voces y experiencias de la comunidad trans y no binaria sean visibilizadas y tomadas en cuenta. Gracias a su esfuerzo, hemos logrado conectar con un mayor número de personas, lo cual enriquece nuestros resultados.

Nuestro agradecimiento se extiende también a quienes, desde sus redes sociales, han ayudado a difundir el estudio, permitiéndonos llegar a un público más amplio y diverso. En particular, queremos reconocer a Elsa Ruiz, cuyo compromiso con la visibilización y defensa de los derechos de las personas trans se ha mantenido firme incluso ante los ataques que sufrió por parte de grupos TERF en redes sociales. Su apoyo ha sido un ejemplo de valentía y determinación. Agradecemos también a todas las personas que nos han apoyado en las diferentes fases del estudio. En especial, a Luis de la Fuente, por su valiosa contribución en la fase de concepción del proyecto, y a Marcelino Gómez por su generosa ayuda promoviendo la difusión del estudio.

Por último, agradecemos sinceramente a todas las personas trans y no binarias que participaron en este estudio, aportando su tiempo y experiencia para hacer posible esta investigación.

Entidades, asociaciones, servicios y grupos participantes por orden alfabético:

- **Acción Triángulo**
- **Aet-Transexualia** - Asociación Española de Transexuales
- **ALEGA** - Asociación de Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales y más de Cantabria
- **ARELAS** - Asociación de Familias de menores e Mocidade Trans de Galicia
- **Arcópoli** - Asociación para la Promoción de la Diversidad, la Igualdad y la Inclusión de las personas LGTBI+
- **AT Andalucía** - Asociación de Transexuales de Andalucía Sylvia Rivera
- **ATC llibertat** - Associació de Trans, Intersex de Catalunya
- **CESIDA** - Coordinadora Estatal de VIH y SIDA
- **FELGTBI+** -Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más
- **Colectivo Gamá** - Asociación LGTB de Canarias por la Diversidad Sexual y de Género
- **DEKUMAS LBT** - Asociación LBT+ de Lesbianas y Bisexuales Kultural y Deportiva
- **Espacio Alere** - Plataforma inclusiva e interseccional de información, formación y acompañamiento a la maternidad, paternidad, xaternidad y crianza
- **Euforia** - Familias Trans-Aliadas
- **Extremadura Entiende** - Asociación de mujeres LTBI+
- **Fundación Triángulo**
- **GT-GIDSEEN** - Grupo de Trabajo de gónada, Identidad y Diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología
- **Iguals USAL**- Asociación LGTB+ de Salamanca y provincia
- **Imagina Más**
- **In Género**- Asociación (Interculturalidad, Género y Diversidad)
- **JereLesGay**- Asociación LGTB Jerez
- **La Llave del Armario**- Asociación LGTBI Ibiza y Formentera
- **Lambda Valencia**- Col·lectiu LGTB+ per la diversitat sexual, de gènere i familiar
- **Loratzu Lotu** - Euskal Herriko trans helduentzako elkartea/Asociación para personas trans adultas del País Vasco
- **Médicos del Mundo** (España)
- **Naizen** - Adingabe Transexualen Familien Elkartea/Asociación de Familias de menores Transexuales
- **No Binaries (España)** - Asociación Estatal de Personas no binarias
- **Nós Mesmas** - Asociación feminista pola loita dos dereitos das mulleres LGTBIQA+ e persoas T e NB de Vigo
- **Plataforma Trans** - Federación de colectivos Trans
- **La Pluma** - Asociación LGBTI+ de Parla
- **Trànsit** - Servicio de promoción de la salud de las personas Trans*
- **Segoentiende** - Asociación LGTBH de Segovia

- **SESIDA** - Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida
- **SOMOS LGTB+ de Aragón** - Asociación LGTB+ de Aragón
- **ONG Stop** (Barcelona y Sevilla)
- **Xega** - Asociación Xente LGTBI+ Astur



transaludes