

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLÍTICA

Tesis Maestría en Ciencia Política

La inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en las políticas sanitarias del primer nivel de atención: análisis de la experiencia de policlínicas 'Libres de LGTBI-Fobia' en la Intendencia de Montevideo

Marcela Schenck
Tutora: Niki Johnson

2017

Agradecimientos

Quiero comenzar este trabajo agradeciendo a todas y todos quienes lo hicieron posible.

En primer lugar, agradezco al Fondo de Población de las Naciones Unidas, a través de su asesor sobre VIH/Sida Juan José Meré, a la Secretaría de la Diversidad de la Intendencia de Montevideo (en especial a su coordinador, Andrés Scagliola) y a la División de Salud de la IM (en la figura de su directora, Analice Beron y de la responsable del Servicio de Atención a la Salud, Alicia Guerra), el haberme permitido utilizar los datos que recabé en el marco de la consultoría para alcanzar servicios libres de discriminación en la IM tanto en lo referente a diversidad sexual como al abordaje sobre VIH, como base para desarrollar la reflexión académica de este trabajo. Asimismo, agradezco la participación de todas y todos aquellos quienes aportaron a su construcción, así como también quiero agradecer especialmente los intercambios con el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, integrado en el momento de realizar este trabajo por Eugenia Robledo, Álvaro Díaz, Edgar Tubin, Verónica Sánchez, Enrique Banizi y Rina Piana.

Quiero agradecer además al Departamento de Ciencia Política a través de la figura de su colegiado (José Miguel Busquets, Daniel Chasquetti, Adolfo Garcé, María Ester Mancebo y Jaime Yaffé), por otorgarme una beca de investigación que me permitió realizar la reflexión académica sobre mi objeto de estudio. En especial, quisiera agradecer a José Miguel y María Ester, cuyos comentarios marcaron un apoyo constante para realizar el trabajo. También en este punto quiero agradecer especialmente a Javier Gallardo, que leyó y comentó una versión anterior de esta tesis, realizando aportes sustantivos para mejorarla.

Este trabajo se inscribe en la reflexión que surge en el marco del Área de Política, Género y Diversidad del Departamento de Ciencia Política, que integro junto a Laura Gioscia, Ana Laura de Giorgi, Niki Johnson, Verónica Pérez, Paulo Ravecca, Cecilia Rocha y Diego Sempol. Allí, particularmente las líneas de investigación promovidas por Niki Johnson y Diego Sempol, de las que he participado junto a Cecilia Rocha y Maia Calvo, han sido una motivación constante para investigar sobre las dimensiones políticas del género y la sexualidad. Tengo mucho que agradecer a Niki y Diego por la posibilidad del aprendizaje continuo en el contexto de las tareas de investigación, docencia y extensión de las que he participado a su lado. Y quiero hacer un agradecimiento muy especial a Niki, tutora de esta tesis, cuya lectura atenta y agudos aportes hicieron de este trabajo lo que es. Simplemente, el producto final no habría sido posible sin sus contribuciones.

Este trabajo también se nutre de la reflexión que se ha desarrollado desde la Unidad de Sociología de la Salud del Instituto de Higiene de la Facultad de

Medicina, que integro desde hace varios años: a Rodolfo Levín, Franco González Mora, Marcia Barbero y Víctor Ribero, mi agradecimiento por cada instancia en donde hemos discutido acerca de las implicancias de las construcciones sociales vinculadas a las nociones de salud y enfermedad, sobre las políticas sanitarias, y sobre las nuevas concepciones en torno a los problemas de salud pública.

Por último, quiero agradecer a quienes estuvieron (y están) en cada paso del camino, compartiendo y ampliando la reflexión constante que alimenta la investigación: a Santiago Picasso, Rocío Severino, Santiago Cardozo, Mariana González Burgstaller, Gustavo Robaina, Alejandro Vignolo, Mariana Fleitas, Ana Laura Rodríguez, Nicolás Iglesias, María Goñi, Melissa Ardanche, Diego Puntigliano, Josefina González, Lucía Álvarez, Tania Biramontes, Elisa Borba, Gimena Castela, Andrea Macari, Emiliano Brugman, Luis Delio, Julia Castillo y Marcela Armúa... gracias.

A mi familia y especialmente, a mi madre, Claudia, a mi padre, Jorge, a mi abuelo Júver y a mi abuela Lilián: ustedes me hicieron interesarme por la política. Por ustedes tengo la mirada puesta en deconstruir las (in)justicias. Creo que para eso no alcanzan los agradecimientos.

Glosario de siglas empleadas¹

APS_ Atención Primaria en Salud

ASEPO_ Asociación de Ayuda al Sero Positivo

ASSE_ Administración de los Servicios de Salud del Estado

ATRU_ Asociación Trans del Uruguay

CIDH_ Comisión Interamericana de Derechos Humanos

DSyETS_ Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de Argentina

ETS_ Enfermedades de Transmisión Sexual

GTB_ Gays, Bisexuales y Trans

IM_ Intendencia de Montevideo

ITS_ Infecciones de Transmisión Sexual

LGTB_ Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales

LGTBI_ Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersex

MSP_ Ministerio de Salud Pública (de Uruguay)

OMS_ Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA_ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

OPS_ Organización Panamericana de la Salud

OSC_ Organización de la Sociedad Civil

OSN_ Objetivos Sanitarios Nacionales

PNUD_ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PVV_ Personas que Viven con VIH

RAP_ Red de Atención Primaria

RIEPS_ Red Integrada de Efectores Públicos de Salud

RUJAP_ Red Uruguaya de Jóvenes y Adolescentes Positivos

¹ No se incluye en este glosario a siglas o acrónimos que aparecen con una única mención en el texto.

SAS_ Servicio de Atención a la Salud de la IM

SEIC_ Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas

SIDA_ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNIS_ Sistema Nacional Integrado de Salud

SUS_ Sistema Único de Salud de Brasil

TARV_ Tratamiento Antirretroviral

TBU_ Trans Boys Uruguay

UCI_ Unidad Central de Información de la IM

UdelaR_ Universidad de la República

UNFPA_ Fondo de Población de las Naciones Unidas

UTRU_ Unión Trans del Uruguay

VDRL_ Venereal Disease Research Laboratory (prueba serológica para la sífilis)

VIH_ Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice

1. Introducción	7
2. Discusión teórica	15
2.1. Sobre la dimensión pública de lo privado, la universalidad excluyente y la resignificación de discursos estigmatizantes: algunas claves teóricas	
2.2. De la invisibilidad a la inclusión: explicar el cambio en la política sanitaria	
3. Diseño de investigación y estrategia metodológica	35
3.1. Características del diseño	
3.2. Operacionalización	
3.3. Modelo para el análisis de la información	
4. Antecedentes	43
4.1. Breve contextualización sobre salud y diversidad sexual en Uruguay	
4.2. Síntesis de antecedentes regionales y nacionales destacados por quienes diseñaron la política de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" de la IM	
4.3. Recapitulación	
5. Contexto de la experiencia: características de la política sanitaria de la IM	52
5.1. Niveles asociados a la provisión de atención de la política sanitaria de la IM	
5.2. Definición de la población que cubre la política sanitaria de la IM	
5.3. Abordaje de la IM sobre VIH/SIDA	
5.4. Breve descripción de las policlínicas seleccionadas en el marco de la Estrategia	
5.5. Recapitulación	
6. Disponibilidad potencial de servicios	64
6.1. Existencia de diagnóstico que contemple la intersección entre diversidad sexual y salud	
6.2. Características del diseño de la estrategia de la IM para abordar las diferencias en el acceso a la salud de las personas LGTBI	
6.3. Posibilidad de alianzas con otros actores relevantes para la política sanitaria con el objetivo de ampliar la repercusión de la estrategia	
6.4. Recapitulación	
7. Barreras en la utilización	82
7.1. Receptividad frente a la implementación de la estrategia en todos sus niveles de ejecución	
7.2. Percepción sobre incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud en todos los niveles de ejecución de la política sanitaria	
7.3. Existencia de prácticas de incorporación de diversidad en la atención	

en salud

7.4. Recapitulación

8. Amplitud del encuadre sobre diversidad sexual en salud 103

8.1. Abordaje acotado sobre diversidad sexual en salud (centrado en el riesgo, particularmente frente a ITS/VIH/SIDA) o más abarcador (no centrado en el riesgo)

8.2. Recapitulación

9. Reflexiones finales: salir del armario institucional 111

Bibliografía 115

*¿Qué somos?, me preguntaste una semana o un año después,
¿hormigas, abejas, cifras equivocadas
en la gran sopa podrida del azar?
Somos seres humanos, hijo mío, casi pájaros,
héroes públicos y secretos.*

Roberto Bolaño, "Godzilla en México"

1. Introducción

En este trabajo se analizan los desafíos que presenta la incorporación del enfoque de diversidad sexual en una política sectorial, la política sanitaria, desde una perspectiva que implica transversalizar dicho enfoque en las principales dimensiones asociadas a los conceptos centrales con los que se construye universalidad e integralidad en dicha política. Concretamente, se estudiará en profundidad su puesta en práctica en el caso de un efector del segundo nivel de gobierno, la Intendencia de Montevideo (IM), a través de la estrategia de certificación de policlínicas municipales del primer nivel de atención como "Centros de Salud Libres de LGTBI-fobia", ejecutada a partir del año 2016 en seis policlínicas de la capital.

Este trabajo parte de una concepción de salud que no se reduce a la ausencia de enfermedad (OMS, 1948) y que contempla dimensiones históricas, sociales y culturales en la forma en que el binomio salud/enfermedad es construido. De esta forma, comprender lo que la política sanitaria implica se relaciona con la negociación de sentidos sobre el cuerpo y las corporalidades, así como los significados que actúan a nivel social (Mello et al, 2011).

Desde una perspectiva de derechos, tanto la Declaración Americana de los Derechos del Hombre como la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagraron el derecho a la salud como un Derecho Humano Fundamental en el año 1948², lo cual fue ratificado por el Estado uruguayo. De todas formas, no se estableció explícitamente como derecho en Uruguay hasta 2008, año en que entró en vigencia el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley 18.211. En este sentido, el SNIS se configuró como un cambio de paradigma, ya que responsabiliza al Estado en la generación de condiciones para que la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud, apartándose del paradigma anterior en el que velar por la salud era un deber de las personas³.

El SNIS también priorizó el primer nivel de atención⁴ dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que es el nivel de más baja complejidad y en el

² Más recientemente, el derecho a la salud se ha reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), del 19 de diciembre de 1966, así como es reconocido en el ámbito interamericano en el Protocolo de San Salvador (1988), Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

³ Ver Artículo 44 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/constitucion>

⁴ En su artículo 36, la Ley 18.211 lo define de la siguiente forma: "El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.

que se resuelve la amplia mayoría de los problemas de la salud (Vignolo et al, 2011). Es además el contacto inicial que las/los usuarios tienen con el sistema sanitario, por lo que tiene la potencialidad de ser una puerta de entrada al sistema o la primera barrera que un usuario/a debe enfrentar, si se trata de servicios inequitativos que al reproducir situaciones de discriminación, se configuran como espacios no inclusivos (Bertone et al, 2012).

En este sentido, tanto la incorporación del enfoque de género como el de diversidad sexual han permitido generar un marco de análisis que brinda herramientas para desentrañar relaciones de poder que naturalizan asimetrías. El primero, estudiando principalmente cómo las diferencias entre mujeres y varones, al pasar por el tamiz de nuestra cultura y de nuestro tiempo, se manifiestan como desigualdades en el acceso a oportunidades y derechos que privilegian a lo masculino por sobre lo femenino (Scott, 1996; Saltzman, 1992). El segundo, enriqueciendo aún más este enfoque, complejizándolo al introducir nuevas aristas de desigualdad.

Así, el enfoque analítico de la diversidad sexual ha permitido visibilizar las inequidades que se producen respecto a las identidades y expresiones de género que no se comportan de acuerdo con la heteronormatividad (Warner, 1991), que ve a la heterosexualidad y a la forma estereotípica de comportarse de acuerdo a los modelos hegemónicos de expresión del género como las únicas formas viables, "válidas", de sexualidad. Se ha señalado que el heterocentrismo (Rich, 1980) tiene un papel muy importante en los procesos de salud-enfermedad de las personas que se identifican como gays⁵, lesbianas⁶, bisexuales⁷ y trans⁸, ya que la discriminación que estas personas pueden haber experimentado en el sistema de salud se erige como una barrera que les impide acceder a los servicios sanitarios y contribuye al agravamiento de problemas de salud, dado que las y los usuarios recurren al sistema como "último recurso" una vez que un problema está instalado (Rocha, 2009). En el caso de las personas intersex⁹, si bien es el menos abordado y

Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios".

⁵ El término refiere a los varones que se sienten atraídos afectiva y/o sexualmente por otros varones.

⁶ El término refiere a las mujeres que se sienten atraídas afectiva y/o sexualmente por otras mujeres.

⁷ El término refiere a las personas que se sienten atraídas afectiva y/o sexualmente por varones y mujeres.

⁸ El término refiere a las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer. Las personas cuya identidad de género se corresponde con el sexo asignado al nacer se denominan cis género.

⁹ El término refiere a las personas cuya anatomía sexual no se ajusta a lo esperado para un cuerpo ni de varón ni de mujer, ya que nacen con características biológicas de ambos sexos.

está comenzando a visibilizarse muy recientemente¹⁰, se ha señalado que existe un vínculo problemático con el sistema de salud dado que se ha denunciado que se le practican a estas personas cirugías "cosméticas" para adecuar su cuerpo al estándar dominante de lo que se considera un cuerpo masculino o femenino: estos procedimientos, coaccionados e irreversibles, constituyen "una práctica estándar en los países de América" (CIDH, 2015: 14) y pueden causar por ejemplo esterilización, dolor crónico y falta de sensibilidad. Asimismo, se ha denunciado que las personas intersex pueden experimentar sometimiento excesivo a exámenes médicos, fotografías y exposición de genitales, negación de servicios, entre otras violaciones de derechos¹¹.

De esta forma, las y los usuarios LGTBI¹² (sigla que surge del reconocimiento de las experiencias comunes de discriminación y exclusión que -a pesar de su gran heterogeneidad en términos de otros factores como pertenencia a una etnia o raza, nivel socioeconómico, edad, etc.- experimenta esta población) pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida. Por ello, se ha señalado la importancia de incorporar la perspectiva de diversidad sexual desde el primer nivel de atención (Bertone et al, 2012; Sempol et al., 2016), para que las instituciones sanitarias sean verdaderamente receptivas y no un ámbito que al reproducir la violencia, genere mecanismos de expulsión y re vulnerabilización.

El incorporar una perspectiva de diversidad en el abordaje sanitario está en consonancia con las consideraciones internacionales sobre la noción de integralidad en salud desde una perspectiva de derechos, que ha incorporado específicamente a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género (Observación General N° 14 y N°20 del Comité Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas). En este marco, es ineludible la referencia a los "Principios de

¹⁰ Esta "invisibilidad" es algo que comparten tanto las políticas públicas como la literatura especializada. De hecho y como se verá en el capítulo de discusión teórica de este trabajo, la mayoría de la literatura que aborda la diversidad sexual deja por fuera a las personas intersex.

¹¹ Esto ha sido catalogado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como una forma de violencia por prejuicio contra la diversidad corporal, y se ha recomendado a los estados miembros de la OEA que modifiquen su legislación y políticas para que no se realicen procedimientos innecesarios en niños, niñas y adultos intersex, cuando sean realizados sin su consentimiento, previo, libre e informado (salvo en casos de riesgo médico o necesidad).

¹² En este trabajo, se utilizarán variaciones de esta sigla que responden en gran medida al empleo de estas categorías en el discurso de las políticas públicas o de la literatura especializada: en ese sentido, se observa que por lo general "diversidad sexual" se asocia a las personas LGBT, pero también a las personas LGB (es decir, sin considerar a las personas trans), o con menor frecuencia, a las personas LGBTI (ya que como se indicó previamente, las personas intersex han sido en gran medida invisibilizadas, hasta por la propia literatura que aborda diversidad sexual). En la literatura de corte epidemiológico, se utilizan asimismo categorías como HSH ("hombres que tienen sexo con hombres") en vez de referirse a términos que se interpretan en clave identitaria (como "gay", "bisexual" u "homosexual"). Si bien más adelante en este trabajo se hará referencia más explícitamente a este término, cabe adelantar aquí que solo se lo utiliza si es empleado por la literatura que se referencia.

Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género"¹³, un instrumento que establece pautas para que las Naciones Unidas y los gobiernos avancen hacia garantizar el alcance universal de las protecciones a los derechos humanos. Allí se establece el derecho al disfrute de la salud (Principio 17) y a la protección contra abusos médicos (Principio 18)¹⁴. También de modo reciente en la región, en 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso potencial y la utilización de los servicios de salud por parte de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (documento CD52/18), señalando que el acceso universal requiere abordar los obstáculos políticos, socioculturales e históricos a la atención en salud de quienes integran grupos poblacionales estigmatizados. En ese sentido se insta a los Estados miembro de OPS a:

[...] otorgar prioridad a promover el acceso igualitario a los servicios de salud en las políticas, los planes y la legislación, y considerar la posibilidad de elaborar y fortalecer políticas integrales universales de protección social, incluida la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención de salud, y de promover la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar y el acceso a ellos, teniendo en cuenta el estigma, la discriminación y la persecución que experimentan los integrantes de la comunidad LGBT. (OPS, 2013: 77)

Esta discusión, si bien explícitamente a nivel formal no se retoma en los mismos términos que en los documentos internacionales mencionados, no ha sido ajena a Uruguay y forma parte del horizonte prospectivo de la política sanitaria. Se observa que incluso, en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) -que constituyen una hoja de ruta del sistema sanitario trazada desde el Ministerio de Salud Pública¹⁵ para 2015-2020- también se plantea la acreditación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia. Aunque en los OSN no se especifica en qué consisten estos servicios, se observa que se los vincula con facilitar el acceso "a poblaciones en particular riesgo" frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Líneas de acción 34.5 y 73.4). Los OSN parten de comprender el derecho a la salud como un derecho inclusivo, reconociendo la obligación del Estado no solo en lo que refiere a la atención sanitaria, sino vislumbrándolo de una forma que involucra el cumplimiento de otros derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, "en la medida que sus violaciones repercuten de forma directa y negativa sobre la salud y bienestar de las personas" (MSP, 2016b: 7). Nuevamente, también en los OSN se reafirma la necesidad de potenciar el primer nivel de atención.

¹³ Ver: <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>. Última fecha de consulta: 16/10/2016.

¹⁴ Para una revisión más exhaustiva de la normativa internacional y regional sobre diversidad sexual y salud, ver: Rocha, 2015 y Forrissi y Gelpi, 2015.

¹⁵ Con apoyo técnico de OPS y OMS.

En un marco que desde la política sanitaria nacional privilegia el primer nivel y destaca sus potencialidades para un abordaje integral en salud, es de suma relevancia observar la experiencia que durante años desarrolló la Intendencia de Montevideo en este nivel, ya que se acompasa con la política nacional actual pero es también pionera en este enfoque. Si bien la IM no integra formalmente el SNIS, sí lo fortalece como efector que actúa en el primer nivel de atención: de hecho, forma parte de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), un ámbito interinstitucional que pretende aportar al SNIS y que cuenta con la coordinación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)¹⁶, que es el principal prestador estatal de atención integral a la salud y tiene como misión liderar el cambio del modelo asistencial de acuerdo a los postulados del SNIS¹⁷. A su vez, la Intendencia se encuentra en un proceso que implica cambios y acciones concretas en materia de diversidad y salud en el primer nivel, donde como se mencionó al inicio, se apuesta por la estrategia de certificación de servicios de salud como "Libres de LGTBI-fobia".

La experiencia de la IM se inscribe en un proceso de progresiva incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en las políticas públicas; proceso que para afianzarse, tuvo una "ventana de oportunidad" (Kingdon, 1995) con la llegada al gobierno nacional a partir de 2005 del centro izquierdista Frente Amplio, el mismo partido que está al frente del gobierno departamental de Montevideo desde 1990 hasta la actualidad.

En este sentido, se observa que en los últimos años Uruguay ha transitado por un camino que crecientemente reconoce el ejercicio de derechos, en donde las perspectivas que transversalizan tanto el género como la diversidad sexual han jugado un importante rol y empiezan a ser reconocidas desde la legislación y las políticas públicas.

En el plano de la diversidad sexual, entre los avances legislativos recientes, debe citarse a la Ley 17.817 contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación, del año 2004, donde se nombra a la orientación e identidad sexual dentro de los motivos en los que puede basarse la discriminación; la Ley 18.246, de unión concubinaria, que en el año 2007 reglamentó la unión concubinaria de todas las parejas, incluyendo a las del mismo sexo; la Ley 18.426, de derecho a la salud sexual y reproductiva (aprobada en 2008 y reglamentada en 2010, que incluye elementos relacionados a la diversidad sexual y a la no discriminación). A su vez, tanto la Ley General de Educación (18.437) como la Ley 18.620, de Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en los documentos

¹⁶ La RIEPS también cuenta con la participación del Banco de Previsión Social, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, y el Banco de Seguros del Estado (Ley 18.719, Art. 741).

¹⁷ De acuerdo con la Ley 18.161 del año 2007, ASSE se crea como servicio descentralizado. En esta ley se separan las funciones de rectoría (a cargo del MSP) y de prestación de servicios de salud (a cargo de ASSE).

identificatorios, fueron ambas aprobadas en 2009. Mientras que la primera incorporó transversalmente la educación sexual y la institucionalizó en todos los niveles de enseñanza, la segunda estableció el derecho a que las personas puedan solicitar en sus documentos la adecuación de su nombre, su sexo, o ambos, en caso de que no se correspondan con su identidad de género. A su vez, también en 2009, se modificaron disposiciones relativas a la adopción (Ley 18.590), donde se reconoció el derecho a adoptar a parejas del mismo sexo (al reconocerse el derecho a adoptar de parejas en unión concubinaria). Finalmente, en 2013, la Ley 19.075, de matrimonio igualitario, legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo, introduciendo a su vez modificaciones en materia de familia. Asimismo, ese año se aprobó la Ley 19.167, de Reproducción Humana Asistida, que habilita el acceso a estas prestaciones a personas que no se identifican como heterosexuales, aunque con limitaciones que han sido denunciadas por colectivos de la diversidad.

En cuanto a las políticas públicas desarrolladas a nivel nacional, destaca el rol que en esta materia lleva adelante el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)¹⁸, que en los últimos años ha implementado diversas iniciativas y dispositivos que incorporan la diversidad sexual. Esta incorporación se da en el marco de un cambio de paradigma de las políticas sociales orientado hacia la perspectiva de derechos humanos, donde la situación de pobreza y la vulnerabilidad socio-económica se abordan desde una mirada atenta a las perspectivas transversales de discriminación y desigualdad (Rocha, 2014). Ejemplos de ello son los dispositivos de apoyo al proceso de adecuación de la identidad de género, la incorporación de medidas orientadas a jóvenes trans en el Plan de Acción de Juventudes 2015-2025, la implementación de acciones afirmativas para personas trans¹⁹ (acceso a la Tarjeta Uruguay Social²⁰, cupos especiales para programas de capacitación, educación e inclusión laboral²¹), la realización de convenios con la Universidad de la República para producir investigaciones sobre diversidad sexual y políticas públicas²² y para implementar servicios de atención psicológica a personas LGTBI²³, convenios con el Centro Nacional de Educación Sexual de Cuba y la creación por Decreto N° 321/015 del Consejo Nacional Coordinador de Políticas

¹⁸ El MIDES también ha buscado transversalizar la perspectiva de la diversidad sexual al interior del ministerio, a través de la sensibilización de sus recursos humanos y la modificación de sus formularios de registro para acceso a beneficios sociales, incorporando por ejemplo la variable identidad de género y la categoría "trans".

¹⁹ También otros organismos han incorporado políticas de acción afirmativa para población trans: de hecho la IM ha incluido medidas de este tipo desde 2014 en el Programa de Barrido Otoñal.

²⁰ A través de esta tarjeta, se brinda un monto mensual para la compra de alimentos y productos de limpieza.

²¹ Uruguay Trabaja, Primera experiencia laboral, Yo Estudio y Trabajo, Nexo, realización de llamado laboral para personas trans para ingresar a trabajar en el MIDES.

²² Convenio celebrado con el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales, que desarrolla esta línea de investigación desde el año 2012.

²³ A raíz de este convenio celebrado con la Facultad de Psicología se crea el Centro de Referencia Amigable (CRAM).

Públicas de Diversidad Sexual, que coordina el MIDES pero que cuenta con la integración de varios ministerios (entre ellos, el de Salud Pública), entes estatales como ANEP, el Congreso de Intendentes, la Suprema Corte de Justicia y la sociedad civil.

En el plano sanitario, la experiencia de la IM se inscribe a su vez en un trayecto que cobró particular relevancia en los últimos cinco años en el país, a través de la implementación de experiencias específicas en el ámbito de salud pública en el primer nivel de atención a las que se hará referencia en este trabajo. También se inspira en las experiencias de incorporación de esta perspectiva en la región, que se difundieron en nuestro medio por los vínculos establecidos entre integrantes de la academia, del gobierno y de organismos internacionales con sus pares de Brasil y Argentina. Por ello, en las orientaciones de la política y en el diseño institucional de la experiencia, es posible ver elementos clave tanto de experiencias anteriores en el primer nivel en Uruguay como de experiencias que tuvieron lugar en Brasil y Argentina.

Como se verá en este trabajo, el caso de la IM destaca en el ámbito departamental de Montevideo por la amplia cobertura de su red de policlínicas en el primer nivel de atención del sector público, así como en la intendencia se observan otras características que vuelven al caso relevante desde el interés selectivo que adopta este trabajo (debido a que la IM presenta institucionalidad específica en Diversidad Sexual, que a su vez se ha trazado objetivos en el plano de la salud).

En este punto, debe indicarse que el *objetivo general* de esta investigación fue el de analizar los desafíos de la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en la política sanitaria de la Intendencia de Montevideo, llevada adelante a través de la estrategia de certificación de policlínicas como servicios "Libres de LGTBI-fobia" a partir del año 2016 en seis policlínicas de la capital.

La mirada en profundidad que permite el estudio de caso de esta experiencia es relevante no solo para el caso en sí, sino también para el contexto más amplio de la política sanitaria que, al igual que la de la IM, se posiciona desde un marco de derechos y desde un discurso que busca asegurar el acceso universal e integral a la salud. En este sentido, un análisis de la estrategia de la IM que explora los desafíos asociados a todos los niveles de ejecución de la política sanitaria (diagnóstico, diseño e implementación), relevando las barreras organizacionales para efectivizarla, es de utilidad para desentrañar las tensiones específicas que representa la incorporación de la perspectiva de la diversidad para las políticas de salud. Además, dado que no hay una forma única de interpretar en qué consiste la adopción de medidas contra la fobia hacia las personas LGTBI en el ámbito de las instituciones prestadoras de salud, el realizar una descripción densa de esta experiencia -que la analiza tanto en su discurso y lineamientos formales, como en las percepciones y acciones de sus operadores directos- también aporta a la

discusión más general sobre la forma de incluir la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria.

Para cumplir con este objetivo, se optó por un abordaje cualitativo que, si bien recurrió al análisis de diversas fuentes secundarias (relevamientos estadísticos, registros, guías, protocolos, sistematizaciones previas, bases de datos, etc.) tuvo como principal estrategia metodológica el relevamiento de datos primarios a través de la técnica de entrevista semiestructurada, realizada a actores clave para la experiencia: dentro de la IM, se entrevistaron todos los perfiles involucrados con la estrategia (desde las/los tomadores de decisión hasta los distintos perfiles profesionales que se encuentran en las policlínicas seleccionadas para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia"), incorporando a su vez a otros actores clave externos a la IM para abordar las posibilidades de profundización de la estrategia. De esta forma, se pudo acceder tanto a características descriptivas sobre la estrategia como a las percepciones y receptividad sobre la misma, lo cual resulta clave a la hora de interpretar si existen factores habilitantes y/o barreras asociadas a su incorporación.

Para orientar el análisis propuesto en esta investigación, se realiza una síntesis teórica que recoge elementos centrales de la literatura especializada en sistemas de salud y de la literatura que se focaliza en diversidad sexual y salud, para elaborar a partir de ello un modelo propio de análisis. En el capítulo 2 se presenta una discusión de las principales dimensiones asociadas a estos conceptos desde un enfoque que contempla la diversidad sexual en salud, mientras que en el capítulo 3, se presenta el diseño de investigación y la estrategia metodológica que se adoptó. Posteriormente, se realiza un mapeo del punto de partida de la estrategia analizada, estudiando sus antecedentes (capítulo 4) y su contexto institucional, en el marco de la política sanitaria de la IM (capítulo 5). Los capítulos 6, 7 y 8 se centran en los elementos clave del diagnóstico, diseño e implementación de la estrategia: el capítulo 6 aborda las características de su diagnóstico, diseño y posibilidades de profundización (a través de la articulación con otros actores), mientras que el capítulo 7 se centra en las posibles barreras asociadas a su implementación. El capítulo 8, por su parte, hace foco en la integralidad; si bien se trata de un concepto polisémico en el ámbito de la salud, en este trabajo se toma en vinculación directa con el abordaje sobre diversidad sexual, entendiendo que una mirada más integral implica un encuadre más abarcador de la diversidad sexual en salud, en contraste a encuadres más acotados centrados en la enfermedad y el riesgo (particularmente, el vinculado a las ITS y al VIH/SIDA). Para concluir, en el capítulo 9, se ofrecen una serie de reflexiones finales sobre la experiencia.

2. Discusión teórica

En este capítulo, se presentan los principales conceptos teóricos que guiarán el desarrollo posterior. El capítulo se articula en dos secciones: en la primera, se ofrece una introducción sobre cambios y reconfiguraciones sustantivas que se dieron en el plano en el que se inscribe este trabajo, que implican un cuestionamiento de las bases de legitimidad de las políticas universalistas del bienestar al traer a la "luz del ágora" asuntos que, hasta entrado el siglo XX, eran invisibilizados por la política pública. Esta sección se subdivide para ello en tres apartados: la dimensión pública de lo privado, la universalidad excluyente y la resignificación de discursos estigmatizantes.

En la segunda sección, se profundiza sobre la inclusión de la perspectiva de la diversidad sexual en salud. Esta sección presenta cuatro apartados: en el primero, se realiza una revisión crítica de la literatura sobre sistemas de salud y políticas sanitarias, particularmente de aquella que se ampara desde un marco discursivo garantista de derechos. En el segundo, se profundiza sobre la literatura que se enfoca en introducir la perspectiva de la diversidad sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias, retomando parte del análisis crítico de dicha literatura sobre los conceptos reseñados en el apartado anterior. A continuación, se aborda el enfoque del *mainstream de género* en el apartado tres, explorando su potencialidad analítica para el estudio de la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en el ámbito de la política sanitaria y de los sistemas de salud. El capítulo termina con un apartado en el que se ofrece un modelo teórico propio de transversalización de la perspectiva de diversidad sexual en conceptos clave de la política sanitaria.

2.1. Sobre la dimensión pública de lo privado, la universalidad excluyente y la resignificación de discursos estigmatizantes: algunas claves teóricas

2.1.1. La dimensión pública de lo privado

Más allá de sus diferentes tipos y adaptaciones, en términos teóricos, la política pública puede definirse como aquel conjunto de acciones (o inacciones) gubernamentales que se vinculan con problemas públicos (Kraft y Furlong, 2006). Siguiendo a Aguilar Villanueva (1993: 10), puede indicarse que estas acciones no son "[...] la gran decisión instantánea en la cúspide del Estado, sino un proceso, una

serie compleja de decisiones, en la que se entremezclan las iniciativas de las organizaciones sociales y las de las instancias gubernamentales".

Estas definiciones hacen foco en dos dimensiones clave de las políticas públicas: primero, su carácter público; y segundo, los modos de incidencia en la fijación de agenda.

Respecto a lo primero, debe indicarse que hasta entrado el siglo XX, los temas vinculados a la diversidad sexual tuvieron la particularidad de ser definidos como íntimos, personales y privados (Fish, 2007). Ello los conceptualizaba como asuntos que escapaban a la luminosidad de la esfera pública y que por tanto se configuraban como "apolíticos", al igual que ocurrió con los temas que problematizaría (y politizaría) la perspectiva de género.

Sin embargo, en el último cuarto del siglo XX, cobraron visibilidad las luchas a favor del reconocimiento de la diferencia en occidente (Honneth, 2007). Éstas situaron el eje de la acción colectiva en torno a reclamos identitarios, dotando de sentido político a temas hasta entonces invisibilizados en la arena pública:

Durante las décadas de 1970 y 1980, las luchas a favor del 'reconocimiento de la diferencia' parecían estar cargadas con la promesa de la emancipación. Muchas de las personas que se agruparon en torno a las banderas de la sexualidad, el género, la etnicidad y la 'raza' no sólo aspiraban a afirmar identidades hasta el momento negadas, sino a incorporar, además, una dimensión lateral más rica a las batallas en torno a la redistribución de la riqueza y del poder. Con el cambio de siglo, las cuestiones relativas al reconocimiento y la identidad se han hecho aún más centrales [...] (Fraser, 2000: 55).

Es importante indicar que, desde un marco postestructuralista (Foucault, 1995), esta "identidad" no era esencializada sino que se la consideraba como un constructo que cristaliza una determinada configuración de poder en una sociedad.

La emergencia de esta arena de conflicto se vincula directamente con el segundo punto antes mencionado respecto a la fijación de agenda, y al cambio de paradigma concerniente a qué es considerado un asunto de interés público. En términos generales, la noción de agenda refiere a un conjunto de asuntos que en un determinado momento están presentes en la discusión pública, política o gubernamental (Elder y Cobb, 1993; Kingdon, 1995). Por su parte, la formación de agenda refiere al proceso de toma de decisiones mediante el que los actores sociales definen cuáles son los problemas a priorizar y cómo captan la atención de los actores políticos, pudiendo originar una política pública para darles solución (ídem). Definir un problema es, según Elder y Cobb,

[...] seleccionar y destacar ciertas realidades y hacer valoraciones sobre ellas [...] los hechos que se consideran relevantes dependen necesariamente del marco de referencia y de las teorías implícitas de las personas que evalúan la situación [...] (1993: 91).

Si bien analizar las estrategias para insertar temas en la agenda no es el objetivo de este trabajo, se busca ilustrar aquí que el nuevo marco interpretativo que introducían estos actores problematizaba ámbitos que eran considerados ajenos a la política pública ("lo personal es político", en términos de la consigna histórica del movimiento feminista). Asimismo, ponía énfasis en un déficit democrático en el abordaje tradicional sobre la ciudadanía (Plummer, 1995; Weeks, 1998), ya que denunciaba que ese "estatus de igualdad" que constituía la base de legitimidad de las políticas universales de bienestar (Marshall, 1998) había sido una construcción excluyente.

2.1.2. La universalidad excluyente

Definiciones como la de "ciudadanía íntima" (Plummer, 1995) o "ciudadanía sexual" (Weeks, 1998) han intentado caracterizar estos cambios, incluyendo una nueva esfera a las teorizadas clásicamente por la teoría de Marshall (civil, política y social). Esta nueva esfera liga elementos asociados a la intimidad a la concepción de ciudadanía, señalando que en torno a la sexualidad emerge un nuevo eje de inclusión y exclusión. Siguiendo a Butler (2001), puede indicarse que las propias categorías identitarias son performativas, produciendo identidad a través de un efecto dual de restricción y producción de subjetividades. En este efecto dual, las normas sociales dan vida a los sujetos pero los oprimen al mismo tiempo: como afirman Coll-Planas y Missé, "la necesidad de pertenecer a la sociedad implica tratar de reconocerse y de ser reconocido en sus categorías", donde la misma noción de lo humano "está presa por categorías como el género" y es impensable una persona sin un género identificable (Coll-Planas y Missé, 2015: 38).

De esta forma, se ha resaltado que la construcción tradicional de la ciudadanía y de las políticas públicas entrañaba supuestos heteronormativos, donde todo lo que no era asociado a la heterosexualidad era inmediatamente considerado una desviación y por tanto rechazado, silenciado o estigmatizado. Ello es particularmente problemático si se vincula con las construcciones asociadas a las políticas del bienestar, que tienen en el carácter universal a uno de sus pilares conceptuales. Como señala Fish,

Los conceptos de privacidad y heteronormatividad (...) sirvieron para excluir a las personas LGB del bienestar. Además, los discursos sociales y políticos suponían que las personas LGB no experimentaban discriminación. Debido a este contexto, muchas personas LGB han sido renuentes a revelar su orientación sexual a los

profesionales y son usuarios invisibles de los servicios de salud y servicios sociales²⁴ [...] (Fish, 2007: 224).

Así, el incorporar la perspectiva de diversidad sexual en el análisis de las políticas públicas, dejaba al descubierto una dimensión hasta entonces ignorada, poniendo el foco en nuevas formas de vulnerabilidad no solo desatendidas, sino también reproducidas desde las propias políticas. Desde un discurso que veía a la heterosexualidad como la única forma de vivir la sexualidad y que universalizaba formas heteronormativas de identidad de género, la discriminación dejaba de ser un evento aislado o de responsabilidad individual y se institucionalizaba como práctica. Retomando a Fish (2007), puede indicarse que estos supuestos heteronormativos tuvieron consecuencias muy concretas sobre las personas no comprendidas "dentro del universal", limitando su acceso a políticas sanitarias en general y de planificación familiar, de adopción, y a prestaciones sociales asociadas a un ideal de familia en cuya base debe estar una pareja heterosexual, entre otras.

Se trata de una "ideología de la heterosexualidad" (Mulé et al., 2009), que se manifiesta en la política como un sistema institucionalizado que la normaliza y naturaliza.

La ideología de la heterosexualidad promueve la no especificidad, o más bien un 'no nombrar' dentro de la política social que parece incluir a todos, pero que, de hecho, excluye las vidas diversas genérica y sexualmente [...] La política pública desarrollada en este clima de homo-negatividad implícitamente normaliza y naturaliza la heterosexualidad, dando lugar a un proceso circular donde continúa la invisibilidad de las necesidades de aquellas personas diversas genérica y sexualmente [...] (Mulé et al., 2009: s/p²⁵).

Como indica Sempol (2013b), es la visibilización de la dimensión política de la sexualidad la que rebate la clásica división entre lo público y lo privado y la lleva al espacio público, lo que busca:

[...] combatir las formas sociales de exclusión, manifestar la diferencia, y volver a la sociedad más inclusiva, al mismo tiempo que critica los discursos tradicionales de ciudadanía (hasta este momento centrados en lo civil político, o en lo social económico), intentando incluir no solo los problemas asociados a la clase social y el género, sino al par heterosexualidad y homosexualidad. El reclamo es de inclusión, de aceptación de la diversidad, y busca por ello la protección jurídica y la justicia sexual, mediante la redefinición de la parentalidad, el status, las formas de educación formal y la organización del empleo, el sistema de previsión social, y la propia institución del matrimonio. Aparece así toda una nueva agenda política, y puntos de fricción, que desnudan estas formas de dominación social y de

²⁴ Esta y toda subsiguiente cita de una fuente en otro idioma ha sido traducido al español por la autora.

²⁵ Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/18>. Última fecha de consulta: 02/7/17.

construcción de la desigualdad hasta ahora naturalizadas e invisibilizadas (Sempol, 2013b: 11).

2.1.3. La resignificación de discursos estigmatizantes

Los procesos de estigma social, tempranamente estudiados por Goffman (1963) para caracterizar las reacciones de rechazo frente a lo que se percibe como una amenaza a "la identidad normal", presentan un marco interpretativo particular al ser afrontados desde el discurso que se construye en el plano sanitario.

Así, el abordar la perspectiva de la diversidad específicamente en el marco de la política sanitaria cobra especial relevancia debido a la importancia que históricamente han tenido las instituciones ligadas a la salud en el mantenimiento de la heteronormatividad. El vínculo entre los procesos de medicalización asociados a la modernidad y la patologización de la otredad ha sido extensamente estudiado, siendo una de las claves de los mecanismos de biopoder que caracterizan a la medicina como una institución moral de control social desde la teoría foucaultiana (Foucault, 1995). Como señalan Cáceres et al (2013),

Durante la primera mitad del siglo XIX, la naciente medicina moderna se preocupó por regular mejor el campo de la sexualidad normal, lo que algunos interpretan como una necesidad planteada por la revolución industrial. Esta sexualidad normal fue definida como una práctica heterosexual conyugal enfocada en la reproducción (y definida por la penetración vaginal casi exclusivamente). Otras prácticas heterosexuales, así como las prácticas homosexuales y autoeróticas, fueron etiquetadas como psicopatías sexuales y se plantearon tratamientos para ellas, dado que no eran vistas como prácticas elegidas sino como expresiones de alguna enfermedad mental [...](Cáceres et al., 2013: 700).

Si bien durante el siglo XX y el XXI surgieron diferencias importantes dentro de esta visión medicalizada de la sexualidad, la disputa por el sentido y la despatologización se extiende hasta nuestros días. De hecho, la forma de nombrar a las categorías identitarias no heterosexuales tiene un fuerte origen en el discurso médico y médico-psiquiátrico. El propio término "homosexual" designaba hasta 1973 una patología en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (o DSM, por su sigla en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense y hasta 1990 se clasificaba a la homosexualidad como patológica en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. También las identidades de género que no se comportan de acuerdo a lo esperado por el modelo heteronormativo (es decir, que expresan una identidad que difiere del sexo asignado al nacer) han sido y son patologizadas, siendo catalogadas aún hoy como enfermedades mentales en la décima versión de la clasificación CIE y problematizadas como "disforia de género"

en la última edición del DSM (DSM V). No obstante, ello está en revisión actualmente: la OMS está realizando consultas con expertos para establecer su despatologización en la próxima edición del CIE en 2018 (OMS, 2016), lo que refleja las tensiones que se expresan a la interna del discurso médico en torno a estos temas, así como la emergencia de nuevos discursos que ya no asocian a la identidad trans con un trastorno mental en sí misma sino que ponen el énfasis en las situaciones de discriminación y exclusión que viven las personas trans como la explicación de los problemas que experimentan.

Sin embargo, se ha indicado que incluso en discursos sanitarios que adhieren a la despatologización de las identidades trans y de las orientaciones no heterosexuales, aún persiste un enfoque que acentúa el déficit, visualizando la salud de la población LGTB predominantemente vinculada a enfermedades puntuales (haciendo énfasis en las de transmisión sexual en general y al VIH en particular). Como argumentan algunos autores (Colpitts y Gahagan, 2016; Mulé et al, 2009), ello no solo puede impedir ver a la salud en su integralidad sino que construye a la población LGTB (y particularmente a algunas de sus identidades) como "población de riesgo", acentuando las percepciones negativas sobre la misma.

Además de los ya referidos cambios a la interna del propio discurso médico y médico-psiquiátrico, en este plano debe resaltarse una vez más el rol de los movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil que actúan en el plano de la diversidad. Estos actores han sido claves en la promoción de enfoques alternativos, denunciando la estigmatización latente en las categorías clasificatorias de la alteridad y reapropiándose a su vez de las mismas para generar nuevos sentidos²⁶. Ello se inscribe en los procesos más amplios de resignificación de las funciones de los sistemas sanitarios y de los actores que los integran, aunque las conceptualizaciones tradicionales asociadas a la atención y al rol de la medicina como institución predominante y "voz autorizada" en la interpretación de los procesos de salud-enfermedad (Zola, 1981) siguen teniendo amplia vigencia en la actualidad.

2.2. De la invisibilidad a la inclusión: explicar el cambio en la política sanitaria

²⁶ Un ejemplo de ello es la campaña internacional "Stop Trans Pathologization", que plantea retirar la clasificación de los procesos de tránsito entre los géneros como trastorno mental del DSM y la CIE, el acceso a una atención sanitaria públicamente cubierta para las personas trans, la promoción del modelo del consentimiento informado, el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, la despatologización de la diversidad de género en la infancia y la protección contra la transfobia. De esta campaña, cuya acción principal consiste en la convocatoria a un Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans en octubre de cada año, participan más de 400 organizaciones de África, América Latina, América del Norte, Asia, Europa y Oceanía (ver: <http://stp2012.info/old/es>. Última fecha de consulta: 02/7/17).

En el apartado anterior, de forma muy general se intentó dar cuenta de cambios y reconfiguraciones sustantivas que se dieron en el plano en el que se inscribe este trabajo. Desde la ciencia política, es muy extensa la literatura que se ha preocupado por entender el cambio en los regímenes de bienestar en general y en distintas políticas sectoriales en particular, ya sea intentando explicar las diferencias en las iniciativas adoptadas en clave comparada entre distintos regímenes institucionales, como los distintos factores que habilitan el cambio internamente en un contexto específico (Hall, 1993; Steinmo y Watts, 1995; Kingdon, 1995, Pierson, 2000, Mahoney, 2000, entre otros). A grandes rasgos, se podría sintetizar que el interés de la literatura del cambio institucional se ha centrado en explicar por qué se produce el cambio y de qué tipo de cambio se trata (por ejemplo, si se trata de procesos de cambio abrupto o gradual), analizando sus resultados a partir de dicha caracterización (Streek y Thelen, 2005; Mahoney y Thelen, 2010).

Sin embargo, en el presente trabajo, si bien se analiza una estrategia que representa un cambio en la política sanitaria de la IM respecto a la situación anterior, el foco no se centra en el interés selectivo de las teorías del cambio institucional reseñadas sino que se busca estudiar en profundidad el modelo que persigue esta estrategia en relación a la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual, abordando sus alcances y limitaciones desde una mirada que integra la complejidad que implica "transversalizar" esta perspectiva en todas las capas de implementación de una política.

Ello lleva, en primer lugar, a una revisión crítica de la literatura sobre sistemas de salud y políticas sanitarias en el apartado 2.2.1, que retoma particularmente aquella que se ampara desde un marco discursivo garantista de derechos, a la luz de lo señalado en la primera sección de este capítulo. En segundo lugar, en el apartado 2.2.2 se profundizará sobre la literatura que se enfoca en introducir la perspectiva de la diversidad sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias, retomando parte del análisis crítico de dicha literatura sobre los conceptos reseñados en el apartado anterior. A su vez, en el apartado 2.2.3, se abordará el enfoque del *mainstream de género*, explorando su potencialidad analítica para el estudio de la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en el ámbito de la política sanitaria y los sistemas de salud. Por último y en base a todo lo anterior, en el apartado 2.2.4 se ofrece un modelo teórico propio de transversalización de la perspectiva de diversidad sexual en conceptos clave de la política sanitaria.

2.2.1. Revisión crítica de los conceptos clave asociados a la política sanitaria que busca garantizar el derecho a la salud

Como señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un potencial objetivo de los sistemas sanitarios es lograr el acceso y cobertura universal en salud, para alcanzar sistemas equitativos basados en derechos²⁷. En este punto, se define al sistema de salud como el "conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva" (Giovannella et al, 2012: 21). Algunos de los componentes fundamentales que cita la literatura sobre la política sanitaria refieren tanto al financiamiento como a la organización de dicho sistema, pero debido al interés de este trabajo, será su fundamento discursivo amparado en el enfoque de garantizar el derecho a la salud el que se aborde a continuación. En este marco, se identifican cuatro conceptos clave que aborda la política sanitaria: i. cobertura; ii. acceso; iii. equidad; e iv. integralidad.

La "cobertura de salud" se define como "la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población" (OPS, 2014: 6) e incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnología y financiamiento. Por su parte, "acceso universal" se define como "la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género" en el plano sanitario (OPS, 2014: 6), y se alcanza precisamente a través de la eliminación de estas barreras. En este sentido, según la OPS la cobertura y el acceso universal sientan las bases para asegurar el bienestar y la equidad en salud. En cuanto a la "equidad en salud", se define como "la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables" (OPS, 2014: 6), reconociéndose que tanto el género, como la etnia, edad o condición socioeconómica pueden relacionarse con la inequidad en salud. La atención integral refiere a la capacidad de atender la salud y resolver los problemas asociados a ésta, y comprende tanto la promoción como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la rehabilitación. En este marco, la "integralidad" refiere a:

[...] acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica o lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a

²⁷ Debe indicarse no obstante que los sistemas de salud difieren en la prioridad que le dan al acceso universal a la salud; en este sentido, los dos tipos ideales son el modelo basado en derechos, y el modelo basando en el mercado. En los sistemas que se basan en el acceso universal asociado a las políticas de bienestar, la equidad se relaciona con el acceso en términos de que todas y todos los usuarios tengan la misma oportunidad de acceder al mismo, vinculando la igualdad de oportunidades con eliminar las barreras económicas para ello (apostando así por sistemas de salud integral financiados públicamente). Estos sistemas se basan en la noción de la salud como un derecho humano, previendo por ello responsabilidades estatales tanto para asegurar como para proveer las bases para garantizar dicho derecho. En contraste, los sistemas que se orientan por mecanismos de mercado tratan a la salud como una mercancía, por lo que la provisión de la misma se deja librada al mercado y a la capacidad individual de pago, garantizando focalizadamente ciertos servicios para aquellos que no pueden costearlos.

la enfermedad (diagnóstico, tratamiento paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios [...] (OPS, 2014: 6).

En base a lo antedicho, se observa que estos cuatro conceptos están interrelacionados y que todos ellos aportan a asegurar el derecho universal a la salud a través de la política sanitaria; de hecho, la descripción de cada concepto es tan amplia que podría contener elementos asociados con los restantes, lo cual hace difícil su operacionalización. Del mismo modo, la literatura académica sobre sistemas de salud refleja esta multidimensionalidad y amplitud de cada uno de los conceptos reseñados desde la perspectiva de la OPS, ya que también en la academia existe falta de claridad y consenso sobre lo que cada uno concretamente implica. Ello ha sido identificado como un problema para la operacionalización y medición de estos conceptos (Levesque, Harris y Grant, 2013). No obstante, en la literatura existe una tendencia a tomar uno de estos conceptos (cobertura) como subdimensión de otro (acceso), a la vez que se toma a la equidad como un supuesto ético para interpretar el acceso.

Se observa que existe una extensa discusión teórica particularmente en torno al concepto de acceso, que se tomará como base para intentar avanzar en la diferenciación de los distintos conceptos y dimensiones. En un trabajo germinal sobre el acceso, Aday y Andersen (1975) señalan que el concepto refiere a la entrada o no en el sistema de aquellos que necesitan atención en salud. En ese sentido, "tener acceso" refiere tanto al potencial de utilizar un servicio si se lo requiere (disponibilidad o acceso potencial) como a lo que refiere al proceso de utilizarlo en sí (obtención de acceso). Esta diferenciación realizada por los autores es muy útil para distinguir dos dimensiones asociadas al concepto de acceso: a. Disponibilidad potencial de servicios, y b. Utilización de servicios y barreras en el acceso.

En cuanto a la primera, puede señalarse que tener acceso potencial a los servicios de salud requiere de una adecuada oferta de servicios que esté disponible para la población (es decir, la noción de "cobertura" en la definición de la OPS). En este plano, el acceso se relaciona con la oportunidad de obtener atención sanitaria cuando se la requiere. Como indica Mooney (1983), de esta forma la equidad en el acceso se traduce como igualdad de oportunidades; "[...] el tema de si la oportunidad se pone o no en práctica no es relevante para la equidad definida en términos de acceso" (1983: 182).

Sin embargo, como señalan Gulliford, Figueroa-Muñoz y Morgan (2003: 5),

La disponibilidad de servicios puede resultar una medida limitada para conceptualizar el acceso a los servicios de salud. Un grupo poblacional que requiere atención en salud puede tener acceso a dichos servicios pero sin embargo encontrar dificultades al utilizar esos servicios. En otras palabras, el acceso potencial puede no implementarse [...]

En este sentido, entra en juego la segunda dimensión reseñada. Como señalan Pechansky y Thomas (1981), el concepto de acceso refiere de esta forma al grado en que los sistemas de salud pueden adaptarse a las/los usuarios. Así, los autores ampliaron el concepto de acceso más allá de medir la disponibilidad de servicios, e incluyeron las barreras personales, organizacionales y financieras para que sean efectivamente utilizados.

Como indican Levesque, Harris y Grant (2013) el acceso se percibe por lo general como un atributo predominante de los servicios y se determina por factores como la disponibilidad, el precio y la calidad de los servicios sanitarios. En la base de esta percepción podría estar la presunción de que es precisamente la política sanitaria la que puede influir sobre el acceso. Por otra parte, los autores indican que la utilización se emplea como proxy del acceso, y en ésta influyen la oferta y la demanda de servicios, incluyendo atributos individuales de las/los usuarios. En este punto, el énfasis de si la utilización depende mayormente de las y los usuarios o de las propias características del servicio varía en la literatura: según Harris (2013), en los países de renta alta, la figura de usuario/a del sistema se asemeja a la de "cliente" de un servicio, poniendo la mayor responsabilidad sobre sus capacidades individuales para obtener la atención que requiere. Sin embargo, en los países de renta baja o media, el obtener una adecuada atención en salud se vincula más con la responsabilidad del sistema en la implementación de la política sanitaria.

En esta discusión, la equidad no solo se asocia al punto *a* (disponibilidad potencial de servicios) como podía desprenderse de la conceptualización de Mooney, sino también al punto *b* (utilización de servicios y barreras en el acceso). Así, Gulliford, Figueroa-Muñoz y Morgan (2003) indican que mientras que la preocupación porque los recursos de atención sanitaria cubran las necesidades de diferentes grupos poblacionales es central para el concepto de acceso, el de equidad introduce la noción de justicia social asociada al acceso. Al igual que el concepto de acceso, la equidad en salud también es un concepto amplio y multidimensional,

[...] compuesto por aspectos relacionados con lograr la buena salud a través de procesos, que no solo tengan que ver con la distribución de la atención sanitaria, sino también con la justicia social y total ausencia de discriminación en la prestación de esa asistencia [...] (Mendoza Parra, 2016: 2).

En las primeras definiciones sobre la equidad, se la asociaba fuertemente a factores socioeconómicos y a atenuar las diferencias asociadas a los ingresos de las/los usuarios. En este punto, Daniels (1982) argumenta que las conceptualizaciones de equidad eran en realidad formas "disfrazadas" de discutir principios de justicia distributiva en la salud. Sin embargo, ello se ha complejizado en la actualidad, reconociendo que otras diferencias sociales (factores relacionados a la estructura social como por ejemplo los étnico- raciales, pero también creencias

sobre la salud asociadas a diferencias educativas, etc.) pueden traducirse asimismo como inequidades en el plano sanitario (Harris, 2013).

En cuanto a la integralidad, si bien es un concepto menos destacado por la literatura que los anteriores, con éste se apunta al rol de los servicios de salud en la provisión de una atención que no sea fragmentada, fortaleciendo a su vez la mirada sistémica sobre la salud. Así, la noción de integralidad está orientada a que los servicios de salud:

[...] conciban el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad, es decir, desde la persona como un ser biopsicosocial, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí, la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa y no separada [...] (Giovannella et al, 2012: 200, 201).

Al analizar críticamente la literatura tradicional que aborda los sistemas de salud y la política sanitaria a nivel macro desde la ciencia política, se observa que la conceptualización de nociones como acceso, cobertura y equidad desde un paradigma universalista no contempla las discusiones introducidas al comienzo de este capítulo sobre el carácter excluyente del abordaje tradicional de las políticas de bienestar, y reproduce una idea abstracta de usuario/a del sistema aún si se enmarca dentro de una perspectiva de derechos sociales. También desde la literatura más amplia que se especializa en sistemas de salud, cuando existe una mirada sobre la justicia asociada a los sistemas sanitarios, las inequidades resultantes de la interpretación desvalorizada de las diferencias sociales se relacionan con diversidades que no incluyen la perspectiva de la diversidad sexual.

Según Colpitts y Gahagan (2016), las necesidades de salud de la población que se identifica como no heterosexual o cuya identidad de género es distinta a su sexo asignado al nacer han sido históricamente entendidas a través de una lente heteronormativa de género binario. Esto ha hecho que las necesidades y experiencias de salud de estas poblaciones sean invisibles tanto dentro de los sistemas de salud convencionales, como de los datos que se relevan sobre salud y de la política sanitaria en general. De acuerdo con las autoras, de esta forma "se ha borrado" a las poblaciones LGTB de las políticas de salud, sin reconocer la discriminación y estigma significativos que enfrentan dentro de los sistemas de atención en salud basados en marcos heteronormativos. Esta discriminación -tanto se manifieste desde la invisibilización como desde la negación explícita- se analiza en términos institucionales y se relaciona con la homo-lesbo-bi-transfobia, entendiendo a ésta como una respuesta negativa basada en estereotipos acerca de las relaciones entre personas del mismo sexo y/o con identidades no heteronormativas (Toro, 2012)²⁸. Tanto de modo individual como a nivel del

²⁸ "La homofobia, como el racismo y la misoginia representan obstáculos mayores para el pleno disfrute de los derechos humanos que toda persona ciudadana debe tener garantizados. De hecho algunos investigadores sobre el tema han planteado que en la sociedad occidental en donde se

sistema de salud, los efectos de la discriminación comprometen el bienestar de las poblaciones diversas genérica y sexualmente. De hecho, Mulé et al (2009) señalan que hay pautas de salud y enfermedad específicas para las personas LGTBI, algunas de las cuales pueden ser resultado de la marginación y discriminación que experimentan²⁹. También resaltan que la población LGTBI experimenta un acceso reducido a la atención sanitaria de calidad y presenta una subutilización de los servicios de atención de la salud, como resultado del temor o la falta de confianza debido a la discriminación generalizada y persistente.

Como señalan Daley y MacDonnell (2011), es por tanto necesario un análisis crítico del discurso asociado a la política sanitaria desde una perspectiva que contemple tanto el género como la diversidad sexual, y que permita desentrañar los supuestos filosóficos subyacentes a estructuras de dominación que pueden permanecer inadvertidas como mecanismos de exclusión.

2.2.2. La incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud

En las últimas dos décadas ha comenzado a desarrollarse la literatura (particularmente en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido) que introduce la perspectiva de la diversidad sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias³⁰. Ello parte de que, como se argumentó anteriormente, se

condena el racismo y el antisemitismo, y en donde la misoginia ha perdido legitimidad, la homofobia permanece quizás como el último prejuicio aceptado socialmente" (Toro, 2012: 72).

²⁹ En los varones homosexuales, ciertos tipos de cáncer, mayor consumo de alcohol y tabaco, mayor propensión a las ITS; en las mujeres lesbianas, se observa mayor propensión al cáncer cervical y ovárico, mayor consumo de alcohol y tabaco, problemas de salud reproductiva; en las personas bisexuales, mayor riesgo frente a infecciones de transmisión sexual y barreras particulares para acceder a la atención de salud debido a la falta de conocimiento por parte de los proveedores de salud; en las personas trans, dificultades de acceso a cirugías de readecuación corporal, ciertos cánceres relacionados con las terapias de hormonización, complicaciones asociadas al uso de esteroides, complicaciones por intervenciones quirúrgicas, el experimentar rechazo cuando asisten al sistema para atenderse por problemas de salud de baja complejidad; en las personas intersexuales, falta de educación y formación de los profesionales de la salud, cirugías no consensuales de readecuación corporal, retención de información, presiones para adecuarse a un género cis (Mulé et al, 2009).

³⁰ Para acceder a esta literatura, en primera instancia se realizó una búsqueda amplia en bases de literatura académica especializada en salud (mediante el buscador Pubmed). Los términos de búsqueda incluyeron: "public policy", "access to health", "health policy", "universal care", "equity in health care", "human rights", "sexual diversity", "homosexuality", "lesbian", "gay", "bisexual", "transgender", "transsexual"; "gender identity", "intersex", "queer", "LGBT", "LGBTQ", "LGBTQI". Las especificaciones de la búsqueda incluyeron que se tratara de artículos que efectuaban revisiones de literatura, cuyo texto completo fuera accesible: se recuperaron así 56 artículos que cumplieran con estos criterios. Posteriormente se amplió la búsqueda para incluir literatura en español, utilizando los mismos términos de búsqueda, recurriendo a la base de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) e incluyendo literatura gris (artículos de debate, artículos en publicaciones no arbitradas). Para lograr la mayor amplitud posible, la búsqueda de bibliografía se realizó sin restricción de marco temporal. Debe indicarse no obstante que en su gran mayoría, se observó que esta literatura no

reconocen inequidades específicas vinculadas a la población LGTB en las políticas públicas en general y en la sanitaria en particular. Tal como señalan Daley y MacDonnell (2011: 10): "existe ahora suficiente evidencia para mostrar que como población, las personas LGTB experimentan inequidades significativas en su salud, con impactos negativos que han sido ampliamente documentados". Según las autoras, a pesar de que criterios como la universalidad de la cobertura y la accesibilidad son centrales en algunos sistemas de salud, las personas LGTB no siempre reciben servicios de salud en los mismos términos y condiciones que las personas heterosexuales y cis género:

Las amenazas cotidianas a la salud de las personas LGTB se han vinculado al heterosexismo, bifobia y transfobia, que forman parte de todas las instituciones sociales y contribuyen a la exclusión social, el estigma y las dinámicas discriminatorias, así como a la invisibilidad y la falta de conocimiento por parte de los proveedores de salud [...] (Daley y MacDonnell, 2011: 11)

El trabajo de estas autoras es particularmente relevante para el objeto de esta tesis, dado que se basa en la identificación de discursos dominantes y de contra discursos en la literatura que conceptualiza la equidad en salud en relación a la diversidad, analizando cómo estos discursos impactan en la inclusión o exclusión de la población LGTB en los marcos conceptuales en los que se basan las nociones de acceso y equidad en la política sanitaria. Para ello, su análisis se estructuró contemplando tres elementos: 1. las representaciones de salud, acceso, cultura y diversidad; 2. las representaciones de género, sexualidad, etnia-raza, clase social y discapacidad; 3. las ausencias o silencios relacionados con género, sexualidad, etnia-raza, clase social y discapacidad. En base a ello, delinean un modelo teórico que identifica cinco discursos que caracterizan la literatura sobre acceso y equidad en salud analizada, los cuales se sintetizan en la tabla 1.

Tabla 1. Tipos de discurso sobre acceso y equidad en salud asociados a la diversidad

Tipo de discurso	Descripción
Multiculturalidad	Se centra predominantemente en la inequidad entre los diferentes grupos lingüísticos y étnicos para acceder a los servicios de salud. Si bien este enfoque no excluye necesariamente a las personas LGTB, a menudo es indicativo de un discurso sobre la diversidad en el que predomina un abordaje que no contempla a esta población.
Diversidad	Se visualiza a la población LGTB como una comunidad cultural relativamente homogénea, imbricada en una cultura dominante que privilegia la heterosexualidad. Se reconoce que las personas identificadas como LGTB enfrentan

reconoce a las personas intersex. Debido a ello, en este apartado se hace referencia prácticamente en exclusividad a las personas LGTB.

	barreras para acceder a los servicios de salud, se identifica a los grupos LGTB como una población vulnerable, y hay referencias a las personas LGTB en las consideraciones sobre equidad. No obstante, el foco está en las experiencias individuales en relación a la salud y no en las experiencias de discriminación y exclusión que las personas LGTB transitan como población. No plantea un cambio estructural de los sistemas sanitarios pero sí medidas puntuales que buscan atender a la diversidad sexual, tales como la formación del personal médico y no médico de las instituciones de salud en una forma de atención que respete la diversidad sexual de las personas.
Determinantes sociales de la salud ³¹	Reconoce la relación entre la identidad social y la salud física. Des individualiza nociones como la de factores de riesgo, asociándolos más a factores estructurales derivados de la heteronormatividad que a estilos de vida puntuales. Se indica que es necesario un cambio estructural para garantizar el acceso y la equidad en salud. Las personas LGTB no son vistas solo como usuarias de los sistemas de salud sino también como administradoras y proveedoras de servicios, así como participan de los mecanismos de gobernanza del sistema.
Anti-opresión	Plantea un discurso basado en la interseccionalidad ³² , en donde la orientación sexual e identidad de género son dos factores que, entre varios, pueden señalar la condición de una persona como vulnerable. Se indica que es necesario un cambio estructural para garantizar el acceso y la equidad en salud. Las personas LGTB son vistas como usuarias de los sistemas de salud, pero también como administradoras y proveedoras de servicios, así como participan de los mecanismos de gobernanza del sistema.
Derechos sociales y ciudadanos	Las recomendaciones y estrategias de equidad desarrolladas para el sector de la salud forman parte de un más amplio enfoque multisectorial que busca la mejora del derecho social al acceso a servicios para las/los ciudadanos LGTB, y que incluye cambios en otras políticas sectoriales(educación, empleo, etc.).

Fuente: Elaboración propia, en base a Daley y MacDonnell (2011).

Las autoras plantean estos cinco tipos ideales discursivos como un continuo, reconociendo que en la práctica en una política (e incluso en una misma institución) pueden convivir diversos discursos. Este continuo empieza con el tipo discursivo vinculado a diversidad sexual y salud menos transformador (el discurso

³¹ En su formulación inicial, este modelo fue propuesto por Lalonde (1981) y ampliado posteriormente por Epp (1986).

³² Ello se inspira en el planteo de Crenshaw (1989), quien a través de este enfoque analiza la generación de situaciones y experiencias únicas de discriminación a partir de la intersección entre diferentes sistemas de opresión.

multicultural) y termina con el más transformador (el discurso sobre derechos sociales y ciudadanos), pasando por grados intermedios que están representados por los discursos de diversidad, determinantes sociales de la salud y anti-opresión. A su vez, a medida en que se avanza en el continuo también se complejiza el análisis de la diversidad, incorporándolo dentro de un enfoque interseccional.

El modelo, sin embargo, no analiza estos discursos en vinculación con la amplitud con que se aborda la noción de integralidad en salud. Ello es especialmente relevante al analizar la confluencia entre política sanitaria y población LGTB, dado que al respecto existe una tensión en parte de la literatura sobre diversidad sexual y salud. Por un lado, existen visiones acotadas, que apuntan a actuar sobre los riesgos asociados a ciertos colectivos de la población LGTBI (donde en foco está en destacar concretamente la mayor prevalencia de ITS en general y de VIH/SIDA en particular en la población trans femenina y de "hombres que tienen sexo con hombres", HSH³³) (Cáceres et al, 2008, 2013). Por otro lado, existe una concepción más abarcadora sobre la salud de las personas LGTBI, que aunque lo reconoce, no se enfoca en la noción de riesgo sanitario por considerarlo estigmatizante hacia esta población (Colpitts y Gahagan, 2016; Mulé et al, 2009). Ambas visiones pueden plantear transformaciones profundas en la política sanitaria, e incluso ampararse dentro del mismo discurso (de hecho se observa que a menudo ambas hacen referencia al marco de los determinantes sociales de la salud). Sin embargo, tienen efectos distintos sobre la política: mientras que el primero refuerza el abordaje centrado en la enfermedad y los problemas de salud, el segundo intenta privilegiar un acercamiento distinto sobre la noción de salud, que incorpore a la población LGTB.

Por otra parte y volviendo al modelo de Daley y MacDonnell (2011), se observa que -incluso desde los discursos menos transformadores, que no plantean cambios estructurales- se hace referencia a la importancia de capacitar y sensibilizar al personal de salud en la perspectiva de la diversidad. De hecho, este es un elemento recurrente en la literatura sobre diversidad sexual y salud (Colpitts y Gahagan, 2016; Makadon, 2011), que señala a este punto como un factor clave para asegurar que una política sea realmente inclusiva, partiendo del reconocimiento de que el personal de las instituciones es "la cara visible" de la política para las y los usuarios del sistema y de la complejidad que implica incorporar efectivamente la diversidad sexual en la política sanitaria en todos sus niveles de ejecución. Además de lo ya

³³ El término HSH es de uso frecuente en la literatura vinculada al VIH/SIDA, particularmente desde el ámbito epidemiológico. Sin embargo, debe indicarse aquí que el término -y su vinculación con la forma en que se aborda tanto la infección como la prevención- ha recibido críticas, debido a que se considera que "reduce el hecho homoerótico a la marginalidad de una minoría" (Núñez, 2007: 350) sin permitir ver su amplia presencia en el cuerpo social y dinámicas deseantes. Según indica Núñez, a través de este término se circunscriben prácticas a un grupo que se reconoce con otras identidades, siendo el abordaje a su vez insuficiente para designar a un grupo con una identidad estable como tal. En este trabajo se emplea el término solo cuando se utiliza como categoría en la literatura o información analizada.

referido en términos generales sobre la reproducción de la heteronormatividad desde las políticas públicas -y en particular, desde la política sanitaria-, diversos estudios indican que no es posible llevar adelante efectivamente un cambio en la política sanitaria en relación a la diversidad sexual si no se reconocen las barreras que existen en el personal médico y no médico para establecer formas de comunicación y atención inclusivas con la población LGTBI (Colpitts y Gahagan, 2016; Makadon, 2011). Diversos estudios -particularmente de corte cualitativo- señalan que el personal de las instituciones sanitarias argumenta que no se siente capacitado para atender usuarios/as que manifiestan orientaciones no heterosexuales o identidades trans, por lo que evitan abordar todo lo vinculado a sexualidad (Gott et al, 2004; Beagan et al, 2012, Colpitts y Gahagan, 2016). Como señalan Beagan et al (2012), adoptan una estrategia de "no preguntar, no decir", confiando en que la atención de calidad puede ser proporcionada sin reconocer las identidades asociadas a la diversidad y sin reconocer por tanto las formas en que la marginación y la opresión pueden influir en la salud y en la atención sanitaria de las personas LGTB. Ello refuerza asimismo la noción de que la sexualidad no heterosexual y las identidades trans son algo que escapa a lo esperado, lo que afianza la percepción de excepcionalidad y hace que se visibilice esa "otredad" no ya como patológica en sí misma, pero sí como problemática.

También en América Latina, desde la academia diversos estudios han señalado que en la práctica existen en el sistema sanitario obstáculos y discriminaciones hacia la población LGTB que se asocian a conductas de las y los trabajadores de la salud. Así, Albuquerque et al (2013) señalan que el acceso de personas LGTB a la salud continúa teniendo obstáculos como discriminación o conductas inadecuadas por parte de los profesionales y demás trabajadores de la salud. En este sentido, la investigación de Cerqueira-Santos et al (2010), que se centra en percepciones de las y los usuarios, señala que no existe un reconocimiento por parte de las y los profesionales de la salud de la población LGTB, por lo que pueden no atender sus necesidades y demandas en el plano de la atención en salud. De hecho, varios estudios apuntan sobre la dificultad de enunciar lo referente a sexualidad, deseo y orientación sexual en el plano de la consulta médica (Cerqueira-Santos et al, 2010; Ostermann y Rosa, 2012), que al constituirse como "tema tabú" puede invisibilizar incluso el tema que motivó al usuario/a a realizar la consulta (Ostermann y Rosa, 2012). En el caso de la población trans, estudios como los de Muller y Knauth (2008) y Tagliamento (2012) han señalado la necesidad de capacitar a las y los trabajadores de la salud para no reproducir la discriminación que esta población experimenta en otros ámbitos sociales, ya que de la investigación surgió que uno de los principales obstáculos percibidos por las usuarias trans era que no se les respetaba su nombre de uso social. Varios estudios señalan que cuando las personas trans se vinculan con el sistema sanitario se enfrentan a dificultades como:

[...] situaciones de discriminación, preconcepciones, violencias institucionales, irrespeto al nombre de uso social, atención no humanizada, fragmentada, con profesionales poco calificados/as para tratar sus asuntos, lo que termina por restringir el acceso y configurar atención con baja resolutivez [...] (Guaranha, 2014: 33).

En función de los obstáculos observados, la literatura sobre diversidad sexual y salud recurrentemente hace referencia a otros dos elementos a la hora de llevar adelante políticas sanitarias que contemplan la diversidad sexual:

- i. la adecuación de los espacios físicos de las instituciones, para que generen un entorno habilitante (a través de folletería, posters, etc., en donde se representen diversas formas de habitar la sexualidad y el género);
- ii. la necesidad de adecuación de los instrumentos de relevamiento de datos (tanto con fines estadísticos como administrativos) e historias clínicas, para que incluyan la diversidad sexual.

Como señalan Jackson et al (2006), las actitudes negativas que expresan los profesionales de la salud, combinadas con la discriminación sistémica, dejan a los usuarios/as LGTB sujetos a prejuicios, discriminación y atención deficiente. En este marco, los formatos de historia clínica,

[...] suelen excluir las experiencias de las personas genérica y sexualmente diversas, desalentando así la divulgación de la identidad de género, la orientación sexual y las conductas o circunstancias relacionadas con la salud. En consecuencia, las personas LGTB pueden evitar o retrasar prácticas de auto cuidado (por ejemplo, la detección de diversas condiciones de salud) y/o permanecer en silencio sobre importantes problemas de salud. Por lo tanto, los problemas de salud pueden no ser diagnosticados, ser mal diagnosticados, y/o no tratados hasta que son más graves y menos susceptibles de tratamiento. Estos problemas se complementan con un conocimiento limitado por parte de los proveedores de atención de la salud sobre el género y las cuestiones de salud de la población sexualmente diversa [...] (Jackson et al, 2006: 44)

Por todo lo anteriormente referido, se insiste en que las políticas que busquen interpelar el constructo heteronormativo e incluyan la perspectiva de diversidad en salud deben incorporar sustantivamente a todos los niveles de ejecución (desde el macro, de diseño de la política, hasta el micro, de ejecución en cada una de las instituciones sanitarias involucradas).

2.2.3. El aporte analítico del *gender mainstreaming*

Este énfasis en el "multinivel" no es novedoso, y ya había sido señalado en relación a la perspectiva de género desde el enfoque de *gender mainstreaming* como

estrategia para reconocer y afrontar las desigualdades de género en las políticas³⁴. El *gender mainstreaming* implica incorporar la perspectiva de género en la corriente principal de una política³⁵. Según el Consejo de Europa, este enfoque:

[...] implica la reorganización, fortalecimiento, desarrollo y evaluación del proceso de las políticas públicas, a fin de que la perspectiva de la igualdad de género sea incorporada en todas las políticas, a todos los niveles y en todas sus fases, por los actores normalmente involucrados en su elaboración" (García Prince, 2008: 56)

A esta definición del Consejo de Europa, el PNUD añade que una iniciativa efectiva de *mainstreaming* requiere la interacción compleja de diversas habilidades y competencias, "usualmente coordinadas en un equipo de trabajo integrado para tal fin" (ídem). Como parte de esta estrategia, se prevé la designación de figuras expertas (*gender focal points*³⁶) para que faciliten y monitoreen la implementación de la misma, así como generar mecanismos de seguimiento. Estos elementos son centrales para enfrentar el problema del "desvanecimiento" de la política, que refiere a que no haya responsabilidades claras respecto al *mainstreaming*, lo cual implica en la práctica que nadie se haga cargo de llevarlo adelante.

Siguiendo a García Prince, para efectivamente lograr que una política alcance la igualdad (de género, en este caso), deben considerarse elementos como:

[...] la sensibilización en materia de desigualdades de género y de sus implicaciones políticas, sociales, culturales y económicas y/o la capacitación teórica, metodológica y técnica que haga falta para el personal, en todos los niveles de la estructura organizacional [...] (2008: 61)

Dado que el enfoque del *gender mainstreaming* tiene puntos de contacto sustantivos con un abordaje en políticas públicas que incorpore la perspectiva de la diversidad sexual, también aporta otras claves que pueden aplicarse a la hora de estudiar las formas de implementar estrategias para la igualdad en dicho marco. Concretamente, el enfoque plantea que el diseño de las políticas de igualdad parta de un diagnóstico de las desigualdades existentes, expresando con claridad lo que

³⁴ Según indica García Prince, "Las políticas de igualdad surgen y se desarrollan dentro de los contextos políticos de aquellos Estados con vocación social y han sido instrumentos de avanzada en el Estado del Bienestar. Representan las respuestas claves a las desigualdades, y en el caso de las desigualdades de género, se constituyen en instrumentos insustituibles para el logro de la igualdad sustantiva o de hecho. La necesidad de la existencia de políticas de igualdad ha sido demostrada ampliamente por la coincidencia de los diagnósticos que han puesto en evidencia que aún en los casos donde las políticas sociales y económicas tienen carácter universal y distributivo o redistributivo de los recursos que se asignan, las discriminaciones de género no desaparecen. Las políticas de igualdad han representado un avance significativo frente a las anteriores tradiciones de políticas públicas que eran políticas 'ciegas al género' o 'neutrales al género'" (2008: 40).

³⁵ Teóricamente, ello distingue al *mainstreaming* del enfoque de transversalización, que no refiere necesariamente a la corriente principal de una política (Beramendi, 2012). Sin embargo, en español muchas veces los términos se utilizan de modo intercambiado, particularmente en el ámbito de las/los hacedores de políticas.

³⁶ Ver: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/gmfpstudy.htm>. Última fecha de consulta: 16/10/2016.

implica la igualdad (a través de los objetivos o metas de la política, que podrán ser luego evaluados o medidos a través de instrumentos específicos), y que se hagan efectivos en todos los niveles de ejecución de una política. Es decir, si bien el adoptar una estrategia de *mainstreaming* de estas características responde a la existencia de una voluntad política de avanzar en este sentido, el proceso en sí recae en la generación de capacidades técnicas en el funcionariado vinculado a las políticas en donde se incorpora el enfoque.

2.2.4. Modelo analítico de transversalización de la perspectiva de diversidad sexual en conceptos clave de la política sanitaria

En base a las consideraciones realizadas en la literatura analizada, en la tabla 2 se presenta un modelo analítico que pretende incorporar la perspectiva de la diversidad sexual en las nociones clave de la política sanitaria y los sistemas de salud, desde una óptica que apunta a estudiar su transversalización en los servicios. Se toma para ello como base el concepto de acceso, interpretando la equidad en este contexto como la superación de las inequidades específicas que se visualizan desde el enfoque de la diversidad sexual, a partir de lo cual se elabora un modelo que permite representar distintas dimensiones y sub dimensiones asociadas al acceso si se contempla la diversidad sexual en salud. A su vez, la lógica del modelo plantea una secuencia en el estudio de las sub dimensiones que asocia el análisis al ciclo de elaboración de las políticas públicas: análisis, diseño, puesta en práctica (Aguilar Villanueva, 1993), en donde la evaluación es el eslabón final del proceso. Asimismo, el modelo incorpora el concepto de integralidad, no ya como dimensión del acceso sino a través de una conceptualización que refleja las tensiones específicas que se visualizan en la literatura sobre diversidad sexual y salud.

De esta forma, el modelo contempla las dimensiones identificadas en la literatura especializada en política y sistemas de salud en relación al acceso (acceso potencial y utilización), y las operacionaliza teóricamente en función de las consideraciones identificadas en la literatura sobre diversidad sexual y salud, estructurando el análisis en base a la lógica del ciclo de elaboración de las políticas públicas.

Así, las dimensiones en cada uno de los conceptos pretenden analizar tanto la presencia como la ausencia de la perspectiva de la diversidad sexual en salud, contemplando la complejidad reseñada en la literatura y permitiendo por lo tanto el análisis multinivel de las dimensiones y sub dimensiones asociadas a cada concepto. A diferencia del modelo centrado en tipos discursivos propuesto por Daley y MacDonnell (ver la tabla 1), el modelo de la tabla 2 permite tanto el análisis de una política, estrategia o experiencia particular, como el desentrañar

diferencias sustantivas en el diseño e implementación de distintas políticas o experiencias que buscan incorporar la diversidad sexual en salud y se amparan bajo un mismo discurso.

Tabla 2. Modelo de incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en los servicios de salud

Concepto	Dimensión	Sub dimensión
Acceso	Disponibilidad potencial de servicios	Existencia de diagnóstico que contemple la intersección entre diversidad sexual y salud
		Diseño de estrategia que busque abordar las diferencias en el acceso a la salud de las personas LGTBI
		Posibilidad de alianzas con otros actores relevantes para la política sanitaria con el objetivo de ampliar la repercusión de la estrategia
	Barreras en la utilización de servicios	Receptividad frente a la implementación de la estrategia en todos sus niveles de ejecución
		Percepción sobre incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud en todos los niveles de ejecución de la política sanitaria
		Existencia de prácticas de incorporación de diversidad en la atención en salud
Integralidad	Amplitud del encuadre sobre diversidad sexual en salud	Abordaje acotado sobre diversidad sexual en salud (centrado en el riesgo, particularmente frente a ITS/VIH/SIDA) o más abarcador (no centrado en el riesgo)

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, se trata de un modelo centrado en la oferta de servicios y no en la demanda de los mismos; ello se fundamenta en cuestiones operativas, debido a que la incorporación de la medición de la demanda como sub dimensión de la utilización de los servicios necesitaría de una caracterización previa de la misma, que no es posible realizar adecuadamente en base a los datos disponibles actualmente (ver capítulo 5).

Este modelo será el que guíe tanto el análisis de los datos como su presentación en la estructura del texto de esta tesis, definiendo los capítulos que siguen a éste y los que tratan los antecedentes y el contexto de la experiencia.

3. Diseño de investigación y estrategia metodológica

El presente capítulo aborda el diseño que se adoptó para esta investigación, así como la estrategia metodológica. Para ello se subdivide en tres secciones: en la primera, se describen las características del diseño y se presentan el objetivo general (OG) y los objetivos específicos (OE) de la investigación; en la segunda, las fuentes de información y la estrategia de relevamiento; por último, en la tercera, se vinculan los OE con el modelo analítico presentado en la discusión teórica.

3.1. Características del diseño y objetivos de investigación

Este trabajo pretende contestar a la siguiente pregunta de investigación: *¿cuáles son los desafíos que representa la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en la política sanitaria de la Intendencia de Montevideo, llevada adelante a través de la estrategia de certificación de policlínicas como servicios "Libres de LGTBI-fobia"?* Dado que lo que se busca es una respuesta analítica densa y profunda frente a esta interrogante, que contemple particularmente la mirada de los actores involucrados con el diseño e implementación de la estrategia (así como con su potencial articulación), el paradigma más adecuado para abordar esta pregunta es el cualitativo.

Dicho paradigma de investigación tiene entre sus elementos más característicos el conocer mediante una vía interpretativa, flexible, inductiva, multimetódica y reflexiva (Vasilachis, 2006), el privilegiar la profundidad sobre la extensión (Whittemore, Chase y Mandle, 2001), y el recoger los datos desde el contexto en el cual el fenómeno que se busca estudiar ocurre naturalmente (Shaw, 1999) privilegiando la perspectiva de los actores vinculados con el mismo.

Dentro de este paradigma, la estrategia metodológica escogida para esta investigación es el estudio de caso, dado que permite el análisis en profundidad de un fenómeno y su contexto en su entorno real, a través de una variedad de fuentes (Yin, 1989). En ciencias sociales, a menudo se destaca que este tipo de diseño es particularmente apropiado para abordar temas poco estudiados de modo exploratorio, aunque ello no quita que pueda tener carácter descriptivo o incluso, permita contrastar teoría (Martínez, 2006), siendo esta última una de las aspiraciones de este trabajo.

Siguiendo a Yin (1989), puede indicarse que dependiendo del número de casos que se pretenda estudiar, los estudios de caso pueden ser simples o múltiples, proponiendo una tipología que establece cuatro tipos básicos en función tanto del

número de casos como de los niveles de análisis asociados. El que más se adapta a lo que pretende esta investigación es el denominado "de caso único" (Yin, 1989: 28), en el que la identificación del caso coincide con la unidad de análisis. Así, la unidad de análisis de este trabajo está definida como la estrategia de la IM para incorporar la perspectiva de diversidad sexual en seis policlínicas municipales (a través de su certificación como servicios "Libres de LGTBI-fobia"), implementada a partir del año 2016.

Como ya se adelantaba en la introducción, el *objetivo general* de esta investigación fue el de analizar los desafíos de la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en la política sanitaria de la Intendencia de Montevideo, llevada adelante a través de la estrategia de certificación de policlínicas como servicios "Libres de LGTBI-fobia" a partir del año 2016 en seis policlínicas de la capital (La Teja, La Paloma, Yucatán, Giraldez, Crottogini, Tiraparé).

Como *objetivos específicos*, se buscó:

- I. Realizar un mapeo del "punto de partida" de la IM en relación a la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en salud (antecedentes y contexto institucional).
- II. Analizar el diseño de la estrategia de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" desde los ámbitos de generación de la política de la IM (Secretaría de la Diversidad, División Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).
- III. Indagar sobre la puesta en práctica de la estrategia de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" en la órbita de los efectores directos (policlínicas seleccionadas para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia").
- IV. Explorar las percepciones sobre la estrategia adoptada por la IM entre los actores directamente involucrados en su diseño e implementación y de un marco más amplio de actores clave vinculados con política sanitaria y diversidad sexual.
- V. Analizar las posibilidades de articulación de la experiencia con otros actores externos a la IM que resultan clave para una vinculación más amplia entre política sanitaria y diversidad sexual en el primer nivel público de atención.

3.2. Fuentes de información y técnicas de relevamiento

En cuanto a la recolección de datos, en los estudios de caso Yin (1989) recomienda utilizar múltiples fuentes e instrumentos, de modo de cumplir con el principio de triangulación que garantice la validez interna de la investigación.

Siguiendo estos preceptos, en esta investigación se trabajó con fuentes primarias y secundarias, para contemplar un doble cometido: por un lado, describir en profundidad la estrategia seleccionada y por el otro, analizar las percepciones sobre la misma. De esta forma, se logra abordar la complejidad asociada tanto a su diseño como a su implementación. Sobre el final de este apartado, se presentan las etapas en las que se estructuró el trabajo de campo en base a los OE de la investigación, presentando las principales fuentes asociadas a cada etapa.

Para realizar la descripción, se trabajó en la recopilación, sistematización y análisis de una variedad de fuentes secundarias: relevamientos estadísticos realizados por la Unidad Central de Información de la IM y por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, documentos e información institucional de la IM (información de acceso público que figura en la web institucional de la IM, folletería, documento de proyecto IM + GSK, Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social, actas de reuniones del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, documento de consultoría de apoyo técnico para la implementación de la estrategia de certificación de policlínicas libres de LGTBI-fobia, elaborado desde UNFPA), normativa, protocolos y guías nacionales e internacionales, sistematizaciones previas sobre experiencias nacionales e internacionales, presentaciones en eventos y ateneos, bases de datos (concretamente, se accedió a la base de datos generada desde la Policlínica de Infectología de La Teja), notas publicadas en prensa. Todas las alusiones específicas que se hacen a estas fuentes están debidamente referenciadas, ya sea se trate de documentos públicos o internos facilitados por las instituciones en el marco de este trabajo.

A su vez, la descripción se complementó además con fuentes primarias, donde se empleó como técnica la entrevista semiestructurada, que se efectuó a todos los actores relevantes que se identificaron en vinculación con el objeto de esta investigación. Además de utilizarse esta técnica para realizar una descripción más profunda y específica que la que permitían las fuentes secundarias, se la empleó fundamentalmente para relevar las percepciones de los actores.

Respecto a la definición de *actor relevante* para esta investigación, debe indicarse que en este trabajo se definen dos categorías de actores: los directamente vinculados con la experiencia a través de su diseño y ejecución (actores de la IM) y los actores externos pero relevantes para la misma, en términos de posible articulación y ampliación en el primer nivel público (MSP, ASSE, OSC, UdelaR). Entre estos actores, se incluyó a quienes trabajaban desde la incorporación de la perspectiva de la diversidad y también aquellos que tenían su foco en VIH/SIDA: se optó por incluir a estos últimos dado que existió una vinculación entre ambos abordajes que se reflejó inicialmente en el trabajo de campo y que por tanto se buscó profundizar.

En cuanto a los actores de la IM, para la selección de los perfiles se adoptó la lógica del *gender mainstreaming*, es decir, del análisis multinivel. Así, se incluyó a todos los actores vinculados con el diseño de la experiencia (referentes de la Secretaría de la Diversidad, División Salud, Servicio de Atención a la Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud) y con su ejecución (equipos de trabajo de las seis policlínicas seleccionadas por la IM para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia"). Asimismo, dentro de cada una de las policlínicas, se buscó reflejar las percepciones de los distintos perfiles involucrados³⁷: 1. Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; 2. Personal médico, odontológico y de enfermería; 3. Personal administrativo. Así, en cada una de las policlínicas, se entrevistó a distintas personas que cumplieran con todos estos perfiles. A continuación, en la tabla 3 se presenta una descripción de los actores entrevistados, según su adscripción institucional:

Tabla 3. Actores institucionales entrevistados

Adscripción institucional general	Adscripción institucional específica
Intendencia de Montevideo (IM)	Secretaría de la Diversidad, Dirección de la División Salud, Dirección del Servicio de Atención a la Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, equipos de trabajo de las seis policlínicas seleccionadas por la IM para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia" (policlínicas: La Teja, La Paloma, Yucatán, Giraldez, Crottogini, Tiraparé)
Ministerio de Salud Pública (MSP)	Área de Salud Sexual y Reproductiva, Área Programática ITS-VIH/Sida
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Dirección de ASSE
Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)	Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO), Asociación Trans del Uruguay (ATRU), Ovejas Negras, Red Uruguaya de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RUJAP), Trans Boys Uruguay (TBU), Unión Trans del Uruguay (UTRU)
Universidad de la República (UdelaR)	Facultad de Medicina (Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Cátedra de MFyC, UDA St Bois), Facultad de Psicología (Centro de Referencia Amigable, CRAM).

Fuente: Elaboración propia

³⁷ Para reflejar la especificidad de los perfiles entrevistados pero a la vez resguardar la confidencialidad y anonimato de las/los entrevistados, cuando se cite información extraída de las entrevistas se hará referencia únicamente a los perfiles de cada entrevistado/a.

Entre agosto y diciembre de 2016, se realizaron 37 entrevistas semiestructuradas (ver anexo 1). Las pautas empleadas en las entrevistas buscaron relevar las distintas dimensiones resumidas en la tabla 2 y asociadas a los OE, y presentan variaciones entre sí que responden al perfil de los diferentes actores. Todas las pautas de entrevista pueden consultarse en el anexo 2.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, posteriormente se las desgrabó y se las ingresó en el programa Atlas Ti (versión 7) para su análisis. La técnica utilizada para el análisis de estas entrevistas fue el análisis de contenido, que puede definirse como:

[...] un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada. [...] O, dicho de otro modo, ha de concebirse como un procedimiento destinado a desestabilizar la inteligibilidad inmediata de la superficie textual, mostrando sus aspectos no directamente intuibles y, sin embargo, presentes" (Díaz y Navarro, 1998 en Fernández Chaves, 2002: 37).

La estrategia de recolección de datos se estructuró en base a los objetivos específicos y contempló las siguientes etapas:

1. Realizar un mapeo del "punto de partida" de la IM en relación a la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en salud (antecedentes y contexto institucional)

1.1. Caracterizar los antecedentes relevantes para la experiencia de la IM en relación a la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en salud (tanto a nivel nacional como regional).

a. Breve caracterización de antecedentes nacionales relevantes en materia de salud y diversidad sexual.

Fuentes: información secundaria (sistematizaciones previas, sistematización de protocolos y guías nacionales, notas de prensa).

b. Breve caracterización de antecedentes regionales relevantes en materia de salud y diversidad sexual.

Fuentes: información secundaria (sistematizaciones previas, sistematización de normativa, protocolos y guías internacionales, presentaciones en eventos).

1.2. Caracterizar el contexto en el que se inscribe la experiencia, a través de la descripción de la política sanitaria de la IM.

Fuentes: información secundaria (documentos e información institucional de la IM, relevamientos estadísticos realizados por la Unidad Central de Información de la IM, datos proporcionados por una de las policlínicas, presentaciones en ateneos) y generación de datos primarios (entrevistas a referentes de la Secretaría de la Diversidad, División Salud, Servicio de Atención a la Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).

2. Analizar el diseño de la estrategia de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" desde los ámbitos de generación de la política de la IM (Secretaría de la Diversidad, División Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).

Fuentes: información secundaria (documentos e información institucional de la IM) y generación de datos primarios (entrevistas a referentes de la Secretaría de la Diversidad, División Salud, Servicio de Atención a la Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).

3. Indagar sobre la puesta en práctica de la estrategia de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" en la órbita de los efectores directos (policlínicas seleccionadas para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia").

Fuentes: primarias (entrevistas a referentes de la División Salud, Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud e integrantes de equipos de salud de las policlínicas seleccionadas para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia") y secundarias (documentos e información institucional de la IM).

4. Explorar las percepciones sobre la estrategia adoptada por la IM entre los actores directamente involucrados en su diseño e implementación y de un marco más amplio de actores clave vinculados con política sanitaria y diversidad sexual.

Fuentes: primarias (entrevistas a actores clave identificados en tabla 3).

5. Analizar las posibilidades de articulación de la experiencia con otros actores externos a la IM que resultan clave para una vinculación más amplia entre política sanitaria y diversidad sexual en el primer nivel público de atención.

Fuentes: primarias (entrevistas a actores clave del MSP, ASSE, OSC y UdelaR identificados en tabla 3) y secundarias (relevamiento estadístico realizado por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP).

Si bien estas etapas se presentan como secuenciales y en gran medida reflejan la forma en que se estructuró temporalmente el trabajo de campo, el carácter flexible asociado a los diseños de investigación cualitativa permitió profundizar sobre algunas de ellas a la luz de datos recabados en las siguientes. Es el caso de la etapa 1, donde inicialmente no se había considerado relevar antecedentes de incorporación de la perspectiva de la diversidad ocurridos fuera del país, pero se decidió hacerlo luego de que fueran señalados como significativos para los actores involucrados en el diseño de la experiencia de la IM.

3.3. Modelo para el análisis de la información

Salvo por el OE I, donde se planteaba caracterizar el "punto de partida" de la estrategia de la IM (es decir, se trata del único objetivo específico que apunta a examinar los antecedentes y el contexto institucional en que se inscribe la estrategia, lo cual es previo a su puesta en práctica), todos los objetivos se relacionan a su vez con distintas dimensiones y sub dimensiones enunciadas en la tabla 2. Esta vinculación se resume en la tabla 4:

Tabla 4. Conceptos, dimensiones y sub dimensiones vinculadas a cada OE

Concepto	Dimensión	Sub dimensión	OE Vinculado
Acceso	Disponibilidad potencial de servicios	Existencia de diagnóstico que contemple la intersección entre diversidad sexual y salud	II
		Diseño de estrategia que busque abordar las diferencias en el acceso a la salud de las personas LGTBI	II
		Posibilidad de alianzas con otros actores relevantes para la política sanitaria con el objetivo de ampliar la repercusión de la estrategia	V
	Barreras en la utilización de servicios	Receptividad frente a la implementación de la estrategia en todos sus niveles de ejecución	III, IV
		Percepción sobre incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud en todos los niveles de ejecución de la política sanitaria	III, IV
		Existencia de prácticas de incorporación de diversidad en la atención en salud	III
Integralidad	Amplitud del encuadre sobre diversidad sexual en salud	Abordaje acotado sobre diversidad sexual en salud (centrado en el riesgo, particularmente frente a ITS/VIH/SIDA) o más abarcador (no centrado en el riesgo)	IV, V

Fuente: elaboración propia

4. Antecedentes

En este capítulo, se presentan tres apartados: en el primero, se realiza una breve contextualización sobre política sanitaria y diversidad sexual en Uruguay, mientras que en el segundo, se presenta una síntesis que recoge los principales antecedentes (regionales y nacionales) en esta área, que fueron destacados por los actores de la IM que diseñaron la estrategia de certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia". Por último, en el tercero se presenta una recapitulación que resume los elementos centrales del capítulo.

Así, mientras el primer apartado se centra en Uruguay e inscribe la experiencia de la IM en un plano más amplio de incorporación de la perspectiva de diversidad en salud que involucra otros actores relevantes para la política sanitaria del país, el segundo se enfoca en diferentes características de políticas y experiencias que fueron tomadas como una base más concreta sobre la que construir la experiencia de la IM (tanto a nivel discursivo como del diseño de la estrategia, e incluso inspiraron acciones específicas en el marco de la misma).

De esta forma, tanto este capítulo como el siguiente (que aborda específicamente la política sanitaria de la IM, que es el contexto particular en que se inscribe la estrategia), pretenden dar un mapeo del punto de partida de la estrategia de certificación.

4.1. Breve contextualización sobre salud y diversidad sexual en Uruguay

A diferencia de lo que ocurre en sistemas de salud como el brasileño, en Uruguay no existe una política central que incorpore la perspectiva de la diversidad sexual en salud. La intersección entre diversidad sexual y política sanitaria se ha construido fundamentalmente en base a distintas experiencias, cuya orientación varió en los últimos años, donde se observa que las más recientes por lo general se plantean como integrales y se acompañan con el enfoque de derechos sobre diversidad sexual y políticas públicas abordado en la introducción de este trabajo, mientras que en las primeras, se observa un enfoque más acotado al riesgo de ciertos colectivos LGTB frente a las ITS (y al VIH/SIDA en particular) o se visualiza un acercamiento patologizante sobre las identidades genérico-disidentes. No obstante lo antedicho, no se debe interpretar este cambio de orientación como un proceso lineal, ya que los derechos configuran un campo en disputa donde hay tensiones simbólicas y de legitimidad inherentes a los cambios de paradigma sobre quiénes "tienen una voz autorizada" para discutir temas vinculados con la salud. Así, no puede afirmarse que el enfoque de derechos sobre diversidad sexual que

promueve una mirada abarcadora sobre la salud LGTBI desplaza al enfoque anterior, ya que aunque se observa que ha ganado terreno en la política sanitaria, se sitúa en un contexto de tensión en donde aún convive con visiones más acotadas y/o patologizantes.

El primer antecedente relevante que debe citarse sobre este punto es el servicio de operaciones de reasignación de sexo, que funcionó en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela de la UdelaR entre 1991 y 2014. Sin embargo, dicho servicio universitario funcionaba desde la lógica de la disforia de género, lo que representaba dificultades por no enmarcar la atención desde un paradigma despatologizador (Johnson y Sempol, 2016). En los años en que funcionó, este servicio realizó 19 intervenciones de reasignación de sexo. Según declaró el director del Hospital de Clínicas, dejó de realizar operaciones por restricciones presupuestales y debido al avance del paradigma despatologizador³⁸.

Desde el Ministerio de Salud Pública, se comenzó a incorporar a la población LGTB en agenda desde el Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual/ITS-VIH/SIDA³⁹. Según Rocha (2015) y Forrissi y Aguirre (2015), esto hoy en día es leído críticamente debido a que no abarcaba la diversidad existente dentro del colectivo LGTB, por un lado, mientras por otro reforzaba el estigma y prejuicio vinculados a considerar la diversidad únicamente asociada a la mayor vulnerabilidad hacia el VIH y otras ITS. Entre las actividades realizadas por este Programa debe citarse que en el sistema de monitoreo planificado para 2015 se incluyó la variable "identidad de género" en la notificación epidemiológica de VIH/SIDA (producto de haber identificado esta brecha en la vigilancia epidemiológica en 2012⁴⁰), se realizaron campañas gráficas de prevención sobre VIH (dirigidas a HSH, mujeres trans y trabajadores/as sexuales), encuentros con la

³⁸ Como expresó el director del Hospital de Clínicas, Víctor Tonto, se había optado por no seguir adelante con el servicio frente al cuestionamiento sobre el diagnóstico de disforia de género que lo sustentaba, lo que se interpretaba como un desplazamiento del rol médico frente a la intervención del cuerpo de las personas trans. "(Antes) Había intervención de los médicos, del aparato de salud. Pero ahora hay una reivindicación de los movimientos LGTB de que se reconozca que esto es una opción, no una patología y entonces no intervendríamos (...) La remodelación parcial de su cuerpo sería opción de cada uno. Nosotros teníamos un proceso en que el paciente era evaluado por psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales. Se definían como casos de mujeres encerradas en cuerpos de hombres y ahora hay quienes sostienen que no es tan así. Los urólogos y cirujanos no operan si no hay diagnóstico psiquiátrico previo. Es un momento de contradicción en el tema y no se sabe cuál va a ser la síntesis", declaró Tonto al diario El País, el 3 de marzo de 2014. Tomado de: <http://www.elpais.com.uy/informacion/reasignacion-sexo-revision.html>. Última fecha de consulta: 16/12/2016.

³⁹ Desde el año 2010, este programa está a cargo de la conducción de la respuesta nacional al VIH/SIDA, aunque su origen data de 1987, año en que se crea el Programa Nacional de SIDA (Decreto N° 345/87).

⁴⁰ Ver: "Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011 Uruguay - Informe 2014", disponible en http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/102_file1.pdf. Última fecha de consulta: 15/3/2017.

sociedad civil e instancias de capacitación, con el objetivo de mejorar la atención y eliminar las barreras asociadas al estigma y la discriminación.

Varias de estas actividades se realizaron como parte del proyecto en Uruguay del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que orientó sus acciones a personas trans y HSH, y tuvo como principal receptor estatal al MSP y a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) como receptor no estatal, junto con tres sub receptores de la sociedad civil: Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Centro Virchow e Iniciativa Latinoamericana. En ese marco tuvo lugar la experiencia de 2013 denominada Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (Centros EDISA) que se desarrolló en Artigas, Colonia, Maldonado, Melo, Montevideo y en dos centros móviles, pero que se desmanteló a fines de ese año debido a que el Fondo Mundial se retiró del país. Esta estrategia buscaba generar centros exclusivos para la población que pretendía atender: según Johnson y Sempol (2016), estos centros tuvieron grandes problemas para captar usuarias/os, e implicaban en los hechos una re-estigmatización de los mismos.

Asimismo, también entre las actividades realizadas por el MSP debe citarse la inclusión de un capítulo sobre diversidad sexual en las Guías en Salud Sexual y Reproductiva publicadas en 2009 desde el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, como producto de un trabajo conjunto entre instituciones de la sociedad civil y del gobierno departamental y nacional⁴¹. Aquí, el MSP establecía una serie de recomendaciones para que los servicios de salud fueran inclusivos de la diversidad sexual.

A nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), de modo reciente se han desarrollado experiencias que contemplan particularmente la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en el ámbito sanitario, en concordancia con el enfoque de derechos asociado a la misma. Como señalan Sempol et al. (2016), para situar el contexto de estas experiencias y en particular de la segunda, es importante retomar las reformas sustantivas en el sector salud que se produjeron en los últimos años: en este marco, tanto el SNIS que se gestó a través de la reforma que comenzó en 2007, como la Segunda Reforma Universitaria y su particular anclaje en el nuevo Plan de Estudios de 2008 de la Facultad de Medicina de la UdelaR (que profundizó el abordaje integral y comunitario en la atención en salud en la formación de grado), son factores ineludibles a la hora de comprender el entorno habilitante para las mismas.

⁴¹ Es interesante señalar que esta guía nace como una propuesta realizada al MSP desde la Mesa de Trabajo de Diversidad Sexual en el marco del 2º Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones (PIOD 2007-2010) de la Intendencia de Montevideo. Dicha Mesa surge el 17 de abril de 2008 en la Casa de las Ciudadanas, y estuvo integrada por distintas OSC e instituciones estatales, donde por la IM participaban representantes de la Comisión de Equidad y Género. Sin embargo, no había integración de la División Salud de la IM y en la elaboración de contenidos no figuran representantes de dicha división.

En este marco, se desarrollan, por un lado, el proyecto Centros de Salud Libres de Homofobia implementado desde una red de múltiples actores de la academia, sociedad civil, efectores públicos y organismos internacionales en dos centros de salud de ASSE a partir de 2012; y por otro lado, la experiencia de atención a personas trans en el Hospital Saint Bois, que se viene desarrollando desde el año 2014 en el ámbito de la Unidad Docente Asistencial allí situada (que depende de la Facultad de Medicina de la UdelaR) en el primer nivel de atención (RAP ASSE)⁴².

Tanto la experiencia de los Centros de Salud Libres de Homofobia como la experiencia de atención a personas trans en el Hospital Saint Bois comparten el plantearse como punto de partida una problematización del universal que se construye en las políticas sanitarias, buscando volver "realmente universal" a la atención primaria en salud, lo que será retomado en el apartado siguiente.

Por último, debe consignarse en este apartado que como "onda expansiva" del proceso de centros de salud libres de homofobia (González y Soto, 2015), se ha desarrollado un curso sobre salud y diversidad sexual que se dicta anualmente en la Universidad de la República y que está a cargo de la alianza de actores que se generó a partir de la experiencia de Centros Libres de Homofobia. Producto de este curso, se desarrolló una guía para profesionales de la salud (MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, 2015).

4.2. Síntesis de antecedentes regionales y nacionales destacados por quienes diseñaron la política de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" de la IM

La estrategia de certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia" de la IM parte de una base que se inscribe en la mencionada trayectoria de Uruguay en diversidad sexual y salud, pero se alinea más específicamente en términos conceptuales y de diseño con dos antecedentes nacionales y otros dos regionales. En este sentido, la experiencia que aquí se analiza toma como antecedente a políticas y experiencias en diversidad y salud de Brasil (Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB), Argentina (experiencia de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual) y de nuestro medio (experiencia Centros de Salud Libres de Homofobia y experiencia de atención a personas trans en la UDA dependiente de la RAP ASSE que funciona en el Hospital Saint Bois).

⁴² Dado que estas experiencias han sido de suma relevancia en nuestro medio, existen diversos trabajos que las sistematizan y que pueden consultarse para profundizar sobre las mismas (Sempol et al., 2016; Rocha, 2015; González y Soto, 2015; MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, 2015). No obstante ello, se ofrece en el anexo 3 de este trabajo una descripción que detalla sus principales características, así como se hará referencia a ambas experiencias en el apartado siguiente por ser de relevancia para la IM en la planificación de su estrategia.

Este apartado se centra así en experiencias que fueron desatacadas como significativas por los actores entrevistados de la IM, que las consideraron los antecedentes más relevantes para su estrategia de certificación de centros libres de LGTBI-fobia. Aquí se realiza no obstante una reconstrucción más profunda de la que permiten las entrevistas (donde las referencias a por qué se consideraba que estas políticas o experiencias eran relevantes tendían a ser puntuales o imprecisas), en base al análisis de fuentes secundarias. A continuación se expresan las características centrales de cada uno de estos antecedentes, comenzando por los regionales y finalizando con los nacionales (una referencia más descriptiva a cada uno de estos antecedentes puede consultarse en el anexo 3):

En Brasil, desde 2011 existe una línea de política sanitaria dentro del Sistema Único de Salud que se ocupa de la diversidad sexual: se trata de la Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB (Decreto N° 2.836, del 1° de diciembre de 2011), que guía el plan operativo de Salud Integral LGTB. Esta política implicó "un punto de inflexión para las políticas de salud pública en Brasil y un reconocimiento histórico de las demandas de esta población en condición de vulnerabilidad" (Ministerio de Salud de Brasil, 2013: 6), y se guió por las directrices gubernamentales expresadas en el Programa Brasil sin Homofobia⁴³ de 2004, con el objetivo de abordar las discriminaciones y exclusiones específicas de la población LGTB en el sistema de salud. Esta política se plantea como una vía para reforzar la universalidad real del sistema, contemplando acciones dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, además de estimular la producción de conocimientos y el fortalecimiento de la representación de la población LGTB en instancias de participación. De hecho la elaboración de esta política comprendió un proceso de consultas y en ella se reconoce explícitamente el rol de los movimientos sociales en este tema, lo que se inscribe en una tradición que se remonta a la década de 1980, en donde dichos movimientos dieron visibilidad a los problemas de salud vinculados a la epidemia de VIH/SIDA que afectaban a la población LGTB y fueron parte de las estrategias desarrolladas por el Ministerio de Salud frente al tema (particularmente hacia los considerados "grupos de riesgo": varones homosexuales y personas trans).

En Argentina, la línea de trabajo dirigida a la diversidad sexual comenzó a implementarse desde la Dirección de SIDA y ETS⁴⁴ (DSyETS) del Ministerio de

⁴³ En 2004, el gobierno estableció el Programa Brasil sin Homofobia, con el fin de combatir la violencia y la discriminación contra las personas LGTB y la promoción de la ciudadanía no heterosexual. Este programa fue promovido por la Secretaría Especial de Derechos Humanos (SEDH) de la Presidencia de la República, con la participación de la sociedad civil, y consistió en realizar recomendaciones generales a diferentes sectores del gobierno con el fin de asegurar que las políticas, programas y acciones no reprodujeran la discriminación y promovieran la equidad de acceso a los servicios públicos.

⁴⁴ Debe indicarse que actualmente, la OMS recomienda reemplazar el término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por infección de transmisión sexual (ITS). "En 1999 se adoptó el término

Salud de la Nación, tomando el reclamo de las organizaciones de la sociedad civil. En 2009, en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la DSyETS decidió profundizar su política preventiva-asistencial hacia la población LGTB. Fue entonces que realizó una investigación diagnóstica para conocer cuáles eran las condiciones de atención de las personas de la diversidad sexual en los hospitales públicos, como resultado de la cual se buscó generar una respuesta focalizada en el marco de políticas universales de acceso a la salud, con un abordaje de equidad que se proponía atender a las vulnerabilidades encontradas. Así, entre 2010 y 2012 se crearon e implementaron los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual, orientados hacia personas GTB. El proyecto fue impulsado por la DSyETS en alianza con agencias del Sistema de Naciones Unidas, que conformaron una Mesa de Gestión que se transformó en un motor tanto técnico como político para el proyecto, que consistió en impulsar la creación de los consultorios a través de la oferta de apoyo político, técnico y financiero. Dichos consultorios se instalaron en hospitales o centros de salud seleccionados en base a la dimensión de la epidemia del VIH/SIDA en la población GTB, la receptividad de las autoridades sanitarias locales frente a la propuesta, la existencia de un hospital público dispuesto a experimentar una nueva forma de trabajo y la existencia de al menos una organización de la sociedad civil en el plano local que actuara en el área de diversidad sexual.

Pasando ahora al plano nacional, debe indicarse que la experiencia de Centros de Salud Libres de Homofobia surgió en junio de 2012, con el objetivo de generar un aprendizaje entre la comunidad médica y el colectivo LGTB que generara una atención en salud libre de homofobia. Se llevó adelante en dos centros de salud de ASSE: el Centro de Salud Ciudad Vieja (ubicado en la región sur de Montevideo) y la policlínica de Barros Blancos (situada en el departamento de Canelones). Esta experiencia no surgió como un servicio específico para las personas LGTB sino que pretendía incorporar la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria general del primer nivel de atención, asegurando que fuera realmente universal y no discriminatoria. Participaron de la misma diversos actores del Estado, la academia, la sociedad civil y la cooperación internacional y esta se llevó adelante desde un Equipo Gestor conformado por referentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la UdelaR, RAP ASSE, MSP, Ovejas Negras y UNFPA, e implicó la realización de diversas actividades: diseño de un plan de intervención (que incluyó debate, capacitación, revisión de formularios y procesos de diagnóstico, búsqueda de acuerdos institucionales); difusión de la existencia del servicio; monitoreo y evaluación de las acciones desarrolladas. Como indica Rocha (2015), la meta global de este proyecto fue que sirviera como ensayo para implementar un cambio más

infección de transmisión sexual, puesto que también incluye a las infecciones asintomáticas. Además, un gran número de publicaciones y sociedades científicas lo adoptaron" (OMS, 2005: vi).

generalizado en los centros de salud. Entre los puntos más destacados asociados a la sistematización de esta experiencia (González y Soto, 2015), debe señalarse a la articulación de actores que la llevaron adelante, así como el énfasis en la sensibilización del personal de los centros de salud en la perspectiva de la diversidad y las necesidades de promoción y atención de la salud de las personas LGTB. También debe indicarse que uno de los puntos críticos que se visualizaron refiere a la identificación de la población LGTB con el VIH, señalando que este enfoque desconocía otras necesidades de salud de las personas LGTB e implicaba una lectura estigmatizante sobre los problemas de salud de las mismas.

Por otra parte, la segunda experiencia nacional relevante se desarrolla en el marco de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del primer nivel de atención, que funciona en el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois en Montevideo, donde desde el año 2014 se desarrolla una experiencia de atención en el primer nivel a la que asiste un número importante de personas trans⁴⁵.

Esta experiencia, que combina la atención en salud con la docencia, investigación y extensión (ya que de las UDA participa directamente la Facultad de Medicina, en este caso a través del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria en coordinación con la RAP ASSE), comenzó a partir de la creación de un turno nocturno de atención en la policlínica. Dicho turno respondía a una diagnóstico de mejorar la accesibilidad del servicio y no estaba destinado específicamente a la población trans, pero fue en ese marco que se registró la primera atención de una mujer trans (ya que la extensión del horario disminuyó las barreras de acceso para la población trans que vive del comercio sexual, trabajo que se desarrolla mayormente durante la noche/madrugada⁴⁶). A partir de ello, se comenzaron a implementar una serie de medidas para asegurar que el espacio fuera realmente inclusivo: i. se capacitó y formó a las y los profesionales vinculados con el servicio desde la perspectiva de la diversidad; ii. se comenzó a promover la coordinación intersectorial e interdisciplinaria, y se articuló con otros niveles de atención para cubrir las demandas de salud que no era posible atender desde el primer nivel (concretamente, intervenciones quirúrgicas); iii. se generó una articulación con el MIDES, permitiendo abordar la atención en salud desde una lógica más amplia de derechos ciudadanos. Asimismo, como parte del proceso de aprendizaje en el trabajo con la población trans, se desarrollaron dispositivos específicos (uno de los cuales es una historia clínica atenta a la diversidad sexual), también protocolos de atención y se generaron aprendizajes sobre el tema a nivel nacional e internacional

⁴⁵ 130 personas en sus primeros dos años, según datos difundidos por ASSE, lo que representa más del 15% de la población trans del país si se compara este número con el total de personas trans relevadas por el MIDES en su conteo de 2016. Ver: <http://www.asse.com.uy/contenido/Atencion-sanitaria-de-personas-trans-en-Saint-Bois-se-descentralizara-al-interior-del-pais-8968>. Última fecha de consulta: 27/4/17.

⁴⁶ Según los primeros datos publicados por el MIDES sobre el conteo de personas trans en Uruguay, un 67% de las 853 personas relevadas había practicado el comercio sexual en algún momento de su vida (MIDES, 2016).

(ya que a través del sistema de pasantías, médicos/as que tomaron contacto con la experiencia la replicaron en otros países) (Sempol et al., 2016). A su vez, generó un efecto sustantivo en ASSE, ya que el caso de la UDA promovió que las personas trans accedieran a tratamientos de hormonoterapia en todo el primer nivel de atención de la RAP y se diseñó un protocolo de hormonización (Sempol et al., 2016)⁴⁷, además de que se buscó replicar la experiencia de la UDA en el interior del país⁴⁸.

Si bien todos los antecedentes relevados aquí en términos generales se enmarcaban en un discurso de derechos sociales y ciudadanos en el abordaje de la salud (aunque con intersecciones de otros marcos discursivos, particularmente a la hora de diagnosticar la vinculación entre diversidad sexual y salud), presentaban diferencias importantes en la operacionalización de dicho discurso: en ese sentido, las diferencias más importantes consisten en la creación de dispositivos específicos vs *mainstreaming* o transversalización de la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria, y en distintas formas de abordar la diversidad sexual en salud desde una mirada que incorpora la noción de integralidad tal como fue discutida teóricamente en este trabajo.

Así, al estudiar la experiencia de certificación de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" de la IM, se observa que como ya se indicó, toma elementos de diversos antecedentes: de Brasil, el cuestionamiento sobre la "universalidad real" del sistema y la modificación del sistema de registro, a la vez que algunas acciones puntuales (como visibilizar la violencia contra las personas LGTB). De Argentina, si bien el discurso de la universalidad y equidad estaba presente en la experiencia de los Consultorios Amigables, se trataba de una política focalizada a la población LGTB (y particularmente enfocada a la GTB), lo que la distancia de las experiencias nacionales tomadas como antecedente y de la experiencia de la IM en particular. Sin embargo, se observa que se toman elementos del diseño institucional de la experiencia (como el anclarla en un Grupo de Trabajo, de un modo análogo al modelo de la Mesa de Gestión de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual). Este punto también estaba presente en la experiencia nacional de Centros Libres de Homofobia.

Tanto en las experiencias internacionales como en las nacionales, se enfatiza en el componente de sensibilización y capacitación, que es uno de los priorizados en la estrategia de la IM (de hecho, fue su punto de partida). En la implementación de esta sensibilización en la IM, a su vez, se observó que se recurrió al curso sobre diversidad y salud que se dicta en Facultad de Medicina, y que como se recordará

⁴⁷ Ver: Hoja Informativa sobre tratamiento hormonal para la reasignación de sexo (que incluye consentimiento informado y revocación del consentimiento informado) (ASSE, 2015), Protocolo de hormonoterapia cruzada (RAP-ASSE y UdelaR, 2015), Guía clínica para la hormonización en personas trans (MSP, 2017).

⁴⁸ Ver: <http://www.asse.com.uy/contenido/Atencion-sanitaria-de-personas-trans-en-Saint-Bois-des-descentralizara-al-interior-del-pais-8968>. Última fecha de consulta: 27/4/17.

surgió como "onda expansiva" de la experiencia de Centros Libres de Homofobia. De las dos experiencias nacionales, también destaca el que se plantean como garantistas de la universalidad real de la política sanitaria, señalando que necesitan llevarse adelante cambios en el sistema para efectivizarla (tanto en la sensibilización como a nivel de prestaciones, extensión de horarios de atención, etc.). Así, no plantean generar dispositivos especializados sino cuestionar el universal.

En las experiencias internacionales, es más claro el vínculo entre VIH/SIDA y diversidad sexual, y se observa que éste ha sido uno de los temas trabajados por los colectivos y movimientos de la diversidad en Brasil y Argentina. En Uruguay, sin embargo, la vinculación entre diversidad sexual y VIH/SIDA se expresa en términos de tensión y ha sido deliberadamente obviada en las experiencias nacionales que se tomaron como antecedente (Centros de Salud Libres de Homofobia y atención a personas trans en la UDA de Saint Bois).

4.3. Recapitulación

La estrategia de certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia" de la IM se inscribe en un trayecto nacional que crecientemente se acompasa con un enfoque de derechos sobre diversidad sexual, que promueve una mirada abarcativa sobre la salud LGTBI.

En este marco, se observa que la estrategia de la IM parte de una base que toma elementos de diversos antecedentes nacionales pero también regionales, tanto en lo que refiere a su fundamentación discursiva como a su diseño e implementación. Esta estrategia toma como antecedente a políticas y experiencias en diversidad y salud de Brasil (Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB), Argentina (experiencia de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual) y de nuestro medio (experiencia Centros de Salud Libres de Homofobia y experiencia de atención a personas trans en la UDA dependiente de la RAP ASSE que funciona en el Hospital Saint Bois). Estos antecedentes comparten el enmarcarse en un discurso de derechos sociales y ciudadanos en el abordaje de la salud, aunque presentan diferencias importantes en la operacionalización de dicho discurso. Estas diferencias refieren a la creación de dispositivos específicos vs *mainstreaming* o transversalización de la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria, y en formas más acotadas o abarcadoras de abordar la diversidad sexual en salud, de acuerdo a como fue problematizada teóricamente desde el concepto de integralidad.

5. Contexto de la experiencia: características de la política sanitaria de la IM

En este capítulo, se pretende dar cuenta de los principales elementos asociados a la política sanitaria que lleva adelante la IM, en la que se inscribe la estrategia analizada. Dicha política se centra en el primer nivel de atención; tal como se indicaba desde la introducción de este trabajo, la priorización de la perspectiva de la diversidad sexual en este nivel es fundamental, dado que si bien atiende casos de baja complejidad (los de mayor complejidad se derivan al segundo y tercer nivel) oficia como "puerta de entrada" de las y los usuarios al sistema sanitario, lo que es especialmente relevante para usuarios/as que habitan identidades subalternizadas y que pueden alejarse del sistema frente a situaciones de discriminación institucionalizada (Bertone et al, 2012).

Como ya se indicó, la IM pertenece a la estructura de provisión pública de la salud y forma parte de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), que pretende aportar a la política del SNIS. Sin embargo, la IM conserva autonomía para plantear su política sanitaria, que depende formalmente de su División Salud; por ello, aquí se describe la cobertura asociada particularmente a la política sanitaria general de la IM, dado que es específicamente en ésta donde se inscribe la estrategia de certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia". Para ello, se realiza una descripción de los niveles asociados a la provisión de atención de la política sanitaria de la IM, así como se define a la población que cubre la política sanitaria de la IM (desde los supuestos explicitados desde la propia política). Por otra parte, se detallan las características del abordaje de la IM sobre enfoques priorizados desde el interés selectivo de este trabajo, lo que lleva a profundizar sobre el tratamiento del VIH/SIDA desde la política sanitaria de la IM. También en este apartado, se describen las características de las policlínicas seleccionadas por la IM para certificarse como "Libres de LGTBI-fobia". Por último, se realiza una síntesis que resume los principales puntos abordados.

Como ya se adelantaba en el capítulo anterior, el presente capítulo cierra el mapeo del "punto de partida" de la estrategia de incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en la política sanitaria por parte de la IM. Luego del mismo, se procederá propiamente al análisis de dicha estrategia.

5.1. Niveles asociados a la provisión de atención de la política sanitaria de la IM

La política sanitaria de la IM se centra en el primer nivel de atención, que como ya se indicó es el nivel de menor complejidad de los tres en los que usualmente se estructura la provisión de la atención en salud y también es el de mayor cercanía

con las y los usuarios, así como aquel en el que se resuelven la mayoría de los problemas asociados con la salud (Vignolo et al, 2011).

La IM tiene una trayectoria de varias décadas de trabajo en el primer nivel de atención, que tiene a su red de policlínicas como pieza clave de este abordaje. Desde la década de 1990, se empezó a trabajar con un enfoque integral que tiene a la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la priorización de los sistemas locales de salud y al trabajo en equipo de carácter interdisciplinario como elementos centrales de su política, en la que se apunta a fortalecer el vínculo con la comunidad desde una clave territorial.⁴⁹

Como objetivo general, las policlínicas se plantean "Contribuir a la construcción de un Sistema de Atención en el Primer Nivel en Montevideo con desarrollo de una estrategia de Atención Primaria en Salud, como elemento clave del Sistema Nacional Integrado de Salud"⁵⁰. Para ello, se trazan los siguientes objetivos específicos⁵¹:

- a. Definir un abordaje territorial de la atención en Montevideo.
- b. Coordinar la labor de los efectores de salud en cada zona en conjunto con la RAP ASSE.
- c. Profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y gestión de los servicios de salud.
- d. Aumentar la capacidad de respuesta de las policlínicas municipales ante situaciones de emergencia sanitaria.
- e. Promover la participación comunitaria en salud con un enfoque de derechos humanos, equidad e inclusión social y construcción de ciudadanía.
- f. Profundizar la coordinación de las políticas de salud con el conjunto de políticas vinculadas con la calidad de vida de quienes residen en Montevideo, generando mecanismos permanentes de integración social, coherentes con principios de justicia social y democratización.

Como se observa en su fundamentación, la política sanitaria de la IM -si bien es anterior al SNIS- se inscribe en el proceso más amplio de la reforma, aportando al sistema desde el fortalecimiento del primer nivel de atención, sobre una base

⁴⁹ Información extraída de entrevista realizada a la Directora de Atención a la Salud de la IM (entrevista realizada el 15 de noviembre de 2016).

⁵⁰ Tomado de <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>. Última fecha de consulta: 16/10/2016

⁵¹ Tomado de <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>. Última fecha de consulta: 16/10/2016

donde se hace referencia explícita al enfoque de derechos humanos, equidad, inclusión e integración social en salud. Asimismo y en el plano de las políticas de la IM vinculadas con otras áreas sectoriales, se alude a cómo se aporta desde la política sanitaria a un plano más amplio de derechos.

No obstante, a texto expreso ello no considera la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual (o de cualquier otro tipo de diversidad), por más que, como se indicará más adelante en este trabajo, existió en la práctica de esta política un esfuerzo por "incorporar las diversidades" previo a que se formalizara la estrategia de certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia". Sin embargo, ello es algo que se desprende del relato de las personas referentes del Servicio de Atención a la Salud e integrantes de la División Salud dentro del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud que fueron entrevistadas, pero que no se encuentra claramente explicitado en los lineamientos generales de la política sanitaria. En este sentido, en las definiciones generales sobre la cobertura del primer nivel se evidencia una ausencia respecto a la explicitación de la perspectiva de la diversidad.

5.2. Definición de la población que cubre la política sanitaria de la IM

En lo que refiere al nivel departamental y su vínculo con el primer nivel de atención, debe indicarse que en nuestro país el caso de la atención en salud que se brinda a través de las policlínicas municipales es de gran relevancia debido a su cobertura poblacional tanto territorial como cuantitativa, en función de la cantidad de usuarios/as del sistema que se atienden o se vinculan de alguna forma con estos centros de salud. El caso del departamento de Montevideo destaca particularmente en este ámbito, dado que cuenta con una red de 24 policlínicas que en 2015 atendieron 80.778 usuarios/as (que realizaron 286.625 consultas anuales), lo que representa cerca de una cuarta parte de la población que se atiende en el sector público en el departamento (340.762 usuarios/as, a diciembre de 2015)⁵².

En este apartado, se utilizarán tres indicadores para describir a la población que cubre la política sanitaria: i. sociodemográficos (edad, sexo); ii. territoriales; iii. tipo de asistencia. Se emplean estos indicadores porque son los priorizados desde la política, y los tradicionalmente estudiados al abarcar este tema. Sin embargo, la forma en que se construyen dichos indicadores no es sensible a las vulnerabilidades identificadas en el marco teórico de esta investigación, dado que

⁵² Información extraída de entrevista realizada a la Directora de la División Salud de la IM (entrevista realizada el 15 de agosto de 2016) y de datos estadísticos proporcionados por la UCI de la IM y extraídos del SINADI- AES- MS a diciembre de 2015.

por omisión invisibilizan a la población no comprendida bajo supuestos heteronormativos.

En cuanto al primer indicador, la tabla 5 ilustra la cantidad de usuarios/as de policlínicas por sexo, según tramo etario.

Tabla 5. Usuarios/as de policlínicas de la IM por sexo según tramo etario, 2015

RANGO ETARIO	SEXO		TOTAL
	MUJERES	VARONES	
0 A 3 AÑOS	4.849	5.204	10.053
4 A 14 AÑOS	9.729	10.008	19.737
15 A 19 AÑOS	4.768	2.458	7.226
20 A 44 AÑOS	16.968	6.709	23.677
45 A 64 AÑOS	7.474	4.005	11.479
65 AÑOS Y MÁS	5.305	3.301	8.606
TOTAL	49.093	31.685	80.778
PORCENTAJE	61%	39%	100%

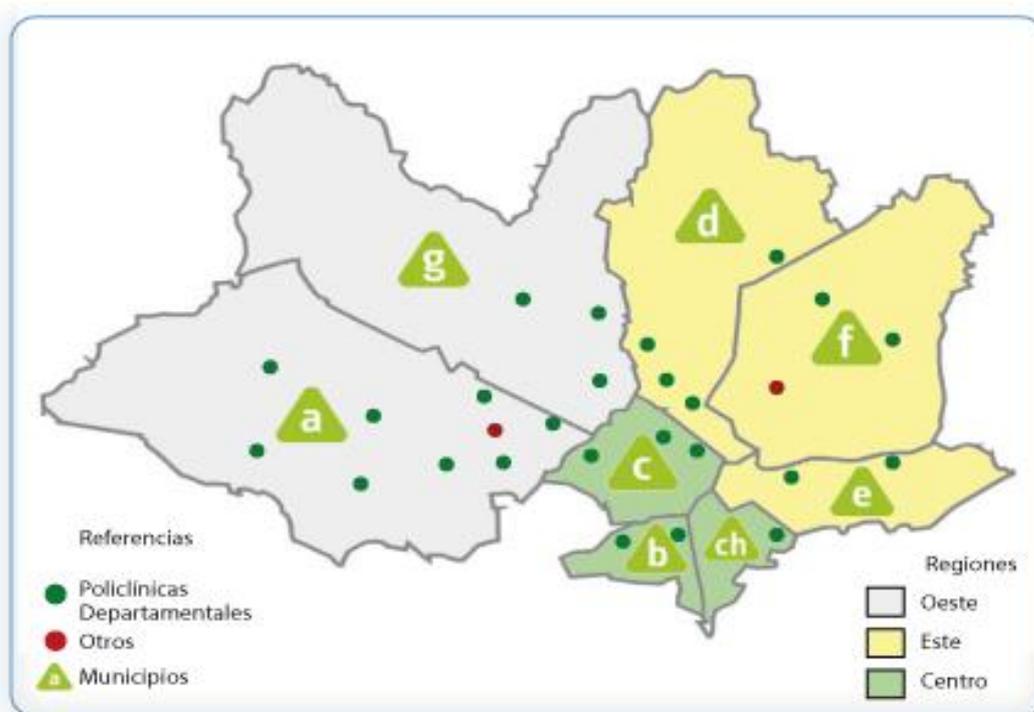
Fuente: Unidad Central de Información - UCI (2016)

Respecto a este primer indicador, debe señalarse que la forma en la que se relevan los datos cuantitativos sobre cobertura no permiten el registro de personas intersex o de identidades de género trans. Así, la forma en que se construyen las nociones de "mujer" y "varón" recaen en concepciones biologicistas tradicionales sobre lo que se interpreta como hombre y mujer predominantemente en nuestra cultura, dejando por fuera otras formas de habitar el sexo. Asimismo, se observa que en los registros sociodemográficos tampoco se identifica a la orientación sexual como una variable relevante (y por lo tanto, no se registra), lo que imposibilita disponer de datos al respecto.

En lo que refiere al segundo indicador, a nivel de cobertura geográfica, se indica en la página web de la Intendencia de Montevideo que la red de policlínicas municipales está ubicada mayoritariamente en barrios periféricos del departamento, donde existen "situaciones de pobreza y exclusión social, con

consecuencias importantes en la situación sanitaria de la población y limitaciones geográficas, culturales y económicas de accesibilidad a los servicios de salud" ⁵³.

Figura 1. Red de servicios de la IM según región y municipio



MUNICIPIO	ZONA	POLICLINICAS
A	14	AQUILES LANZA
		PARQUE BELLAN
		LA TEJA
	17	CASABÓ
		LA PALOMA
	17-18	MOV. MUNICIPIO A
	18	PASO DE LA ARENA
B	1	BARRIO SUR
	2	LUISA TIRAPARE
C	3	CROTTOGINI
	4	IRMA GENTILE
	16	ENTRE VECINOS
CH	5	BUCEO
D	10	GIRALDEZ
		YUCATAN
	11	CASAVALLE
		LOS ANGELES

⁵³ Tomado de <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>. Última fecha de consulta: 16/10/2016.

E	6	INVE 16
	8	PUNTA RIELES
F	9	FRANCISCO PUCCI
G	12	COLON
	13	LAVALLEJA
		ZULLY SANCHEZ

Fuente: UCI (2016)

En este indicador, se observa que la conceptualización sobre vulnerabilidad en clave territorial la asocia a factores socioeconómicos, relacionando a la exclusión social con la situación de pobreza y de forma imprecisa con desigualdades de otro tipo (como lo sugiere la referencia a las "limitaciones culturales"). Esta forma de concebir a la inclusión no contempla otro tipo de inequidades, como las que se relacionan con vivir una orientación sexual y/o identidad de género no acordes al heterosexismo, relegando nuevamente a estas inequidades a la invisibilidad desde la política sanitaria.

En cuanto al tercer indicador, si bien existe un alto porcentaje de usuarios/as del sistema público (ASSE), las policlínicas municipales atienden a usuarios/as con todo tipo de asistencia, brindando prestaciones de carácter libre y gratuito en un horario que va de las 8 a las 17 hs (y brindando medicación y estudios de carácter gratuito para usuarios/as de ASSE). En este sentido, más allá de que a nivel territorial se contemple llegar a una población en situación de exclusión socioeconómica (que podría operacionalizarse a través de la segregación residencial), formalmente la cobertura se plantea como universal al no focalizarse en grupos específicos.

Este indicador refuerza la noción de que la universalidad de la asistencia se vincula con la provisión de la misma independientemente de la capacidad de pago, relegando por omisión a los márgenes a otro tipo de diferencias que pueden resultar en exclusiones, como las vinculadas al foco de este trabajo.

5.3. Abordaje de la IM sobre VIH/SIDA

Como ya se ha indicado en este trabajo, una de las dimensiones relevantes a abordar en relación a la diversidad sexual refiere a su interacción con el abordaje que se realiza sobre VIH/SIDA. Ello se vuelve particularmente significativo en el análisis de la integralidad, para visualizar hasta qué punto la perspectiva de diversidad en salud se aborda de modo abarcador o acotado (ver tabla 2). Por este

motivo, es necesario incorporar en la descripción del contexto cómo se abordó desde la política sanitaria de la IM lo referente a VIH/SIDA.

En este sentido, debe indicarse que si bien el enfoque sobre la inclusión de la perspectiva de la diversidad en salud resulta prácticamente novedoso en el contexto de la IM previo al desarrollo de la estrategia de certificación⁵⁴, en lo que refiere a VIH/SIDA en la intendencia existen experiencias concretas de trabajo desde hace varios años.

En lo que refiere al abordaje sobre VIH a nivel general, en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo existe una descentralización tanto del diagnóstico como de la atención a personas que viven con VIH⁵⁵. Asimismo, desde 1993 funciona una línea telefónica (0800 3131) que inicialmente brindaba información sobre VIH/SIDA y que posteriormente incorporó una perspectiva más amplia sobre derechos, servicios, políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Su funcionamiento es resultado de un acuerdo inicial entre la Intendencia de Montevideo y la organización de la sociedad civil Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO)⁵⁶. De forma reciente, la IM también ha comenzado a trabajar con otra organización de la sociedad civil, la Red Uruguaya de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RUJAP), desarrollando folletería conjunta que apunta a promover la realización de test y a terminar con el estigma y discriminación asociada al VIH.

En lo que refiere al diagnóstico de VIH, desde hace varios años en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo se cuenta con test rápidos de oferta permanente a la población. En cuanto a la atención, en 2013 se instaló en la policlínica Municipal de La Teja el servicio identificado como Policlínica de Infectología, a través de acuerdos interinstitucionales que involucraron al Ministerio de Salud Pública, ASSE, la Facultad de Medicina de la UdelaR y la División de Salud de la Intendencia. Allí semanalmente funciona el servicio centrado en atención a personas que viven con VIH (PVV), a cargo de un médico de la RAP ASSE ex residente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de la República⁵⁷. El que existan este y otros servicios descentralizados marca una diferencia con el modelo hospitalocéntrico centralizado en el Servicio de Enfermedades Infecciosas (tradicionalmente identificado por su ubicación en el Instituto de Higiene y dependiente del Hospital Pasteur), que segregaba y concentraba la atención a las personas con VIH/SIDA en un espacio "único y aislado" (Ponzo, 2015), y es parte

⁵⁴ Aunque debe indicarse que desde el colectivo Ovejas Negras se mencionó que se había trabajado con la División Salud de la IM organizando sensibilizaciones en varias policlínicas previo a que se desarrollara la estrategia que aquí se analiza.

⁵⁵ La IM también otorga el Pase Libre a las PVV que lo requieren para trasladarse a los servicios de salud.

⁵⁶ Al que posteriormente también aportaron los ministerios de Salud y Desarrollo Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

⁵⁷ Según datos proporcionados desde la policlínica para este trabajo, desde su apertura se atendieron allí 95 personas que viven con VIH (datos actualizados a octubre de 2016).

del nuevo paradigma con el que se aborda la epidemia (que actualmente es considerada una enfermedad crónica transmisible).

Por otra parte, el 1º de diciembre de 2015 el intendente de Montevideo, Ing. Daniel Martínez, firmó la Declaración de París de 2014, que compromete a las ciudades del mundo en la respuesta acelerada al VIH, de un modo que permita poner fin a la epidemia y a la discriminación⁵⁸. El objetivo central de esta estrategia se define como 90/90/90, e implica que en el año 2020: el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico; el 90% de quienes conocen su estado serológico positivo reciban tratamiento; y el 90% de las personas en tratamiento tengan carga viral indetectable⁵⁹. Desde octubre de 2016 se desarrolla en las policlínicas el programa para alcanzar las metas 90/90/90, con el apoyo del laboratorio GlaxoSmithKline (GSK), que proveerá durante un año a las 24 policlínicas de kits de test rápido y brindará financiamiento para capacitación de los equipos de las policlínicas⁶⁰. Esta capacitación está a cargo del equipo docente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de la República, quienes ya desarrollaron una instancia de capacitación con todas las policlínicas de la IM en modalidad taller, que comprendió una jornada de trabajo y abordó aspectos técnicos relacionados con la realización de los test y elementos de consultoría para comunicar resultados. Según indicaron referentes de la División de Salud de la IM, el contar con 15.000 test para hacer en un año permite que se promueva activamente la realización de los mismos, formando así parte de la rutina y desanclándolos de la percepción de que deben estar asociados a "conductas de riesgo"⁶¹.

Desde la División Salud, el abordaje sobre VIH/SIDA no se ha vinculado explícitamente con el de diversidad sexual. Asimismo, la estrategia actualmente priorizada por la División Salud en este sentido, el programa 90/90/90, permite tener una promoción muy activa del testeo rápido de VIH en las policlínicas, lo que ha redundado en avanzar hacia una "universalización" de la cobertura de los test, lo cual los desvincula de la recomendación de realizarlos a aquellas personas cuyos

⁵⁸ Entre las metas de alcance mundial para 2020 de la OMS, también se establecen medidas referentes a la discriminación, como "derogar todas las leyes, reglamentaciones y políticas discriminatorias relacionadas con el VIH y eliminar la discriminación relacionada con esta infección en todos los entornos, en especial en el sanitario" y "lograr que el 90% de las personas infectadas por el VIH y de las poblaciones clave no tengan que informar de que han sufrido discriminación en el sector de la salud" (OMS, 2016: 20).

⁵⁹ Para el año 2030, se busca llevar esos porcentajes al 95% y en el decenio bajar de 500.000 a 200.000 las nuevas infecciones entre adultos. El compromiso de París también se propone poner fin a la epidemia de SIDA en las ciudades para el año 2030, desde una estrategia que sitúa a las personas en el centro de todas sus acciones, abordando las causas de riesgo, vulnerabilidad y transmisión que contempla las necesidades locales.

⁶⁰ Este apoyo de GSK se debe a que la Intendencia presentó un proyecto ("Detección temprana y oportuna del VIH en usuarios de policlínicas de la Intendencia de Montevideo") que fue seleccionado por el laboratorio, en un concurso internacional convocado por éste.

⁶¹ Entrevista realizada el 15 de noviembre de 2016.

perfiles se identifican con un mayor riesgo (que en el plano de la diversidad, incluyen particularmente a varones gay o bisexuales y mujeres trans).

Sin embargo, como se analizará más adelante en este trabajo, la planilla que los equipos deben completar en el marco de este programa es la única entre las diversas formas de registro que circulan en las policlínicas (ver anexo 4) en donde se generalizan preguntas sobre prácticas sexuales e identidad de género, que se aplican a quienes se realizan un test independientemente de su edad⁶². Simbólicamente, ello refuerza la vinculación entre VIH y orientación e identidad de género no heteronormativa.

5.4. Breve descripción de las policlínicas seleccionadas en el marco de la estrategia

Por último, en este apartado se realizará una descripción de las policlínicas seleccionadas para certificarse como "libres de LGTBI-fobia".

Para comenzar con el proceso de certificación, se seleccionó a un grupo de seis policlínicas de la IM⁶³, ubicadas en distintos municipios (A, B, C y D) en las tres regiones en que se divide Montevideo: oeste, este y centro, de modo tal que hay dos policlínicas por región. Estas policlínicas fueron: La Teja y La Paloma (Municipio A), Luisa Tiraparé (Municipio B), J.J. Crottogini (Municipio C), Giraldez y Yucatán (Municipio D). Estas policlínicas fueron seleccionadas porque se consideró que eran las más propicias para emprender un camino de certificación como "Libres de LGTBI-fobia", tanto por su distribución territorial como por una mayor apertura de los equipos (de hecho, incluso dos de los coordinadores de las policlínicas seleccionadas, Crottogini y Yucatán, integran el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud). Significativamente, se observa que una de las policlínicas seleccionadas es la Policlínica de La Teja, en donde funciona el servicio "Policlínica de Infectología", lo que en la práctica vincula la línea de atención a VIH con la de diversidad sexual y salud.

Como se observa en la tabla 6, estas policlínicas comprenden diferentes especialidades (medicina general, pediatría, ginecología, odontología, psicología, enfermería, nutrición, trabajo social, entre otras). En 2015, en conjunto totalizaron 80.769 atenciones, es decir, el 28,2% de las atenciones que se realizaron ese año en todas las policlínicas de la IM.

⁶² Se mencionó la utilización de otra planilla que registraba prácticas sexuales, pero que solo se les preguntaba a las/los adolescentes (ver anexo 4).

⁶³ La selección fue realizada por referentes de la División Salud y de la Secretaría de la Diversidad.

Tabla 6. Atenciones en las policlínicas seleccionadas en 2015, según especialidad

MUNICIPIO	POLICLINICA	ESPECIALIDAD								
		M. GRAL	PED.	ESP. AD.	GINEC.	ODONT.	PSIC.	ENF.	NUTR.	T. SOC.
A	LA TEJA	2794	1363	87	293	1421	111	3212	68	43
	LA PALOMA	3012	3992	0	1163	833	60	5541	537	125
B	LUISA TIRAPARE	2487	1560	920	2379	1651	445	4070	0	124
C	J.J. CROTTOGINI	3749	2185	0	1806	2499	438	1986	341	0
D	GIRALDEZ	2298	3482	0	1699	1600	381	3389	158	32
	YUCATAN	3496	2489	0	1248	2573	649	5766	214	0
TOTAL GENERAL(*)		54754	44293	2343	30573	68786	5975	75097	3913	891

(*) Comprende a la totalidad de las policlínicas de la IM.

Fuente: UCI (2016)

En estas policlínicas, se observó una diversidad importante de especialidades, lo que se logra en gran medida ampliando los recursos municipales a través de convenios y articulaciones (como por ejemplo con RAP-ASSE, UdelaR, Uruguay Crece Contigo, etc.). Consecuentemente, se observa a su vez que esta práctica permite ampliar los recursos humanos con los que se cuenta desde las policlínicas, lo que también alcanza al personal administrativo.

Además de las atenciones, desde las policlínicas se realizan visitas domiciliarias y actividades educativas (ver tabla 7).

Tabla 7. Visitas domiciliarias y Actividades Educativas en las policlínicas seleccionadas (2015)

MUNICIPIO	POLICLINICA	VISITAS DOMICILIARIAS		ACTIVIDADES EDUCATIVAS	
		JORNADAS	Nº DE VISITAS	Nº ACTIVIDADES	Nº ASISTENCIAS
A	LA TEJA	43	304	19	708
	LA PALOMA	89	430	26	501
B	LUISA TIRAPARE	17	55	44	612
C	J.J. CROTTOGINI	1	2	26	969
D	GIRALDEZ	35	209	35	1333
	YUCATAN	41	100	45	849
TOTAL GENERAL (*)		711	3331	1120	28395

(*) Comprende a la totalidad de las policlínicas de la IM.

La articulación con otros actores que se desempeñan en el ámbito barrial parece ser una de las claves de las actividades de promoción en salud que realizan las policlínicas, que desarrollan una gama heterogénea de acciones de intercambio y relacionamiento con la comunidad.

En las entrevistas, se relata un vínculo de mucha cercanía con el barrio en el que se encuentra cada policlínica, con población usuaria muy estable⁶⁴ (en los relatos de las/los entrevistados se llegan a identificar hasta tres generaciones de una misma familia que se asisten en las policlínicas) y equipos de funcionarios/as municipales de considerable permanencia (cada una de las personas entrevistadas dijo tener varios años de trabajo en policlínicas, llegando a más de 20 en algunos casos). Esto constituye una particularidad de las policlínicas de la IM en relación a otros centros de salud, ya que en estos últimos se observa una rotación elevada de recursos humanos; es por tanto una potencialidad a la hora de pensar en instancias de sensibilización y formación, dado que se puede planificar estas instancias longitudinalmente como un continuo, ya que la estabilidad (particularmente presente en los recursos directamente dependientes de la IM) permite generar una acumulación en los equipos.

5.5. Recapitulación

La política sanitaria de la IM se centra en el primer nivel de atención, que es el nivel de menor complejidad pero el de mayor cercanía con las y los usuarios. Por ello, la priorización de la perspectiva de la diversidad sexual en este nivel es fundamental, dado que oficia como "puerta de entrada" al sistema sanitario, lo que es especialmente relevante para usuarios/as LGTBI, dado que pueden alejarse del sistema frente a situaciones de discriminación institucionalizada.

Si bien es anterior al SNIS, la política sanitaria de la IM se inscribe en el proceso más amplio de la reforma, aportando al sistema desde el fortalecimiento del primer nivel de atención, desde una fundamentación que se enmarca en el enfoque de derechos humanos, equidad, inclusión e integración social en salud. No obstante, a texto expreso ello no considera la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual. De la misma forma, se observa que el modo en que se construyen los indicadores sobre cobertura (sociodemográficos, territoriales y por

⁶⁴ La excepción fue la policlínica Tiraparé, dado que su ubicación céntrica, y con mucha accesibilidad del transporte público, la hacía accesible para más usuarias/os que los habituales del barrio.

tipo de asistencia) no es sensible a las vulnerabilidades identificadas en el marco teórico de esta investigación, dado que por omisión se invisibiliza a la población no comprendida bajo supuestos heteronormativos.

En cuanto al abordaje que realiza la política sanitaria de la IM sobre el VIH/SIDA, se observa que no se vincula explícitamente con el de diversidad sexual. Sin embargo, simbólicamente existen vinculaciones entre diversidad y orientación e identidad de género no heteronormativa, lo cual también se observa en hechos como el que una de las seis policlínicas seleccionadas para el proceso de certificación sea la de La Teja, donde funciona el servicio "Policlínica de Infectología" (lo que en la práctica vincula la línea de atención a VIH con la de diversidad sexual y salud).

Las seis policlínicas fueron seleccionadas por la IM porque se consideró que eran las más propicias para emprender la certificación, tanto por su distribución territorial como por una mayor apertura de los equipos. Así, la certificación marca la primera estrategia concreta de integración sistemática de la perspectiva de la diversidad sexual en el abordaje de la política sanitaria de la IM.

6. Disponibilidad potencial de servicios

En este capítulo, se analiza la dimensión del acceso asociada a la potencialidad de la utilización de los servicios de salud, entendida como la disponibilidad de una adecuada oferta. En este sentido, en la tabla 2 se identificaron tres sub dimensiones para garantizar que dicha oferta fuera adecuada desde una perspectiva que incorpora la diversidad sexual en la política sanitaria: existencia de diagnóstico que contemple la intersección entre diversidad sexual y salud; diseño de estrategia que busque abordar las diferencias en el acceso a la salud de las personas LGTBI; y posibilidad de alianzas con otros actores relevantes para la política sanitaria, con el objetivo de ampliar la repercusión de la estrategia. Cada una de estas tres sub dimensiones se aborda en un apartado específico, a lo que se agrega un cuarto apartado de síntesis.

De esta forma, desde una lógica del ciclo de las políticas públicas, se pretende caracterizar la estrategia de la IM desde su diagnóstico inicial, su diseño y sus posibilidades de articulación, dejando por fuera la implementación, que será abordada en el capítulo siguiente. Como indica la literatura, ello pretende analizar si la perspectiva de la diversidad está contemplada, entendiendo de esta forma a la equidad como igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios, lo que implica un reconocimiento de la perspectiva de la diversidad tanto desde un diagnóstico que promueva un cambio de lineamientos como desde el diseño de la estrategia.

6.1. Existencia de diagnóstico que contemple la intersección entre diversidad sexual y salud

Como se indicó en el capítulo anterior, formalmente la IM no reconoce la perspectiva de la diversidad sexual en los lineamientos generales de su política sanitaria, elaborada desde la División Salud de la intendencia.

Sin embargo, desde el año 2015, existe un reconocimiento explícito de la intersección entre diversidad sexual y salud en la IM, realizado desde la Secretaría de la Diversidad. De hecho, la IM es la primera del país en haber creado institucionalidad específica en materia de diversidad sexual⁶⁵, y esta Secretaría se ha fijado como objetivo seguir una "hoja de ruta" que se plasma en la "Agenda de

⁶⁵ Resolución N° 6160/15.

Diversidad Sexual e Igualdad Social”⁶⁶, con lineamientos que se trazan sobre el horizonte temporal 2016-2020. Allí, varias de las acciones del eje 2, sobre no discriminación,⁶⁷ comprenden a los servicios de salud de la IM, bajo el entendido de que:

(...) existe una brecha entre la igualdad legal alcanzada por las personas LGTBI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex) y la igualdad social, esto es, el ejercicio pleno de esos derechos en el día a día. En una sociedad aún prejuiciosa y heterosexista se expresa en discursos y prácticas discriminatorias más o menos explícitas. Y esto, como otros espacios públicos de la ciudad, también incluye los servicios de salud (...) (IMPO, 2016, s/n).

Bajo el marco general de la Agenda, se había realizado un estado de situación que buscaba identificar la discriminación que atraviesa la población LGTBI en Montevideo, que pretendía abordar la especificidad de esta población en relación a la atención en salud. Si bien este documento comienza por señalar la ausencia de datos sobre la calidad de vida de estas personas en el departamento, sintetiza información en torno a la salud, particularmente de las personas trans. Allí se indica que la mayoría de las personas trans se atienden en el sistema público (MYSU, 2012; Failache et al, 2013), así como se indican vulnerabilidades particulares que atraviesa esta población en relación a la salud: exposición a formas clandestinas de transformación corporal que implican riesgos elevados para su salud (Sempol, 2014), así como mayor prevalencia de VIH en relación con la distribución que se observa en la población general. Esta mayor prevalencia también se observa en la población de "hombres que tienen sexo con otros hombres" (MSP, 2010; MIDES, 2015).

En base a ello, la Secretaría se plantea dos grandes lineamientos: i. Profundizar la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en los servicios de salud de la Intendencia apostando al desarrollo de políticas que contemplen la perspectiva de la diversidad (objetivo 2.3 de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social); y ii. Contribuir a potenciar la acción de la IM en la respuesta acelerada al VIH, en el marco de la Declaración de París, con énfasis en las personas gays y trans (objetivo 2.4 de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social).

Como se indicó desde la Secretaría de la Diversidad:

"Los lineamientos específicos vinculados a salud (en la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social) están contenidos en un conjunto más grande de lo que pretende ser

⁶⁶ Esta agenda se realizó a través de una consultoría financiada por el UNFPA, y para elaborarla se desarrolló un proceso de consulta con decisores políticos y técnicos de la Intendencia de Montevideo y con organizaciones sociales.

⁶⁷ Esta agenda contiene cinco ejes, el primero de los cuales tiene que ver con investigación y capacitación, el segundo con no discriminación, el tercero con cultura, el cuarto con territorio y descentralización, y el quinto con participación y articulación.

una agenda estratégica para la construcción de una política pública vinculada a las personas LGTBI del departamento (...) Aquello relacionado con salud está muy vinculado al segundo de los ejes, que siendo un único eje estratégico de no discriminación aborda distintos aspectos, y dos objetivos tienen que ver con salud: el primero tiene que ver con diversidad y salud en términos amplios, que apunta precisamente a trabajar con los servicios de salud de la Intendencia de Montevideo para que sean realmente inclusivos de la diversidad sexual y de género, y después otro objetivo que tiene que ver con las políticas vinculadas al VIH". (Coordinación de Secretaría de la Diversidad)

Como se indicaba desde la Secretaría de la Diversidad, dentro del lineamiento de promoción de la igualdad y no discriminación hacia las personas por su orientación sexual e identidad y expresiones de género, uno de los puntos que se plantean es profundizar en la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en los servicios de salud de la IM, apostando a desarrollar una política sanitaria que sea "realmente inclusiva". Ello parte de un cuestionamiento sobre la universalidad real de la política, que busca tomar acciones para que incorpore la diversidad sexual:

"El tema es la transformación, que tiene como una cara cultural y una cara más de política pública, que se relaciona con en base a qué idea de lo universal construimos las políticas. En general se construyen en base a una especie de estereotipo o prototipo de ciudadano medio donde resulta que quedan afuera todos aquellos que tengan algún tipo de característica que los diferencie de ese ideal. Esto tiene que ver con el género, con la ascendencia étnico-racial, puede tener que ver con una discapacidad, con una posición de clase o, en este caso, con la diversidad sexual y de género. Entonces, el tema pasa por repensar esto en términos de inclusión, de que sea un universal inclusivo de esta diversidad. Entonces, una política de salud que pueda reconstruir ese universal en términos inclusivos debería dar cuenta de todas estas desigualdades que nos atraviesan y que de alguna manera, si no son incluidas explícitamente y son ignoradas, resultan expulsivas". (Coordinación de Secretaría de la Diversidad)

En este sentido, se reconocía a su vez la especificidad que adoptaba la exclusión en el marco de la política sanitaria:

"(...) las situaciones de exclusión de la población LGTBI tienen mucho que ver con el acceso a los servicios de salud: no solo es lo laboral, lo educativo, sino que además el

acceso a servicios de salud es un tema muy crítico". (Coordinación de Secretaría de la Diversidad)

En la Agenda, se observa una doble estrategia que apunta a subsanar este déficit identificado en la universalidad de la política: por un lado, acciones generales a implementar en las 24 policlínicas; por otro, acciones más profundas a implementarse inicialmente en un número más reducido de policlínicas con condiciones de base más favorables, para luego ir progresivamente ampliando el número hasta abarcarlas en su totalidad.

En este sentido, puede indicarse que la Agenda se plantea una serie de medidas de pretensión general pero por etapas (por lo que algunas se aplicaron inicialmente en parte de las policlínicas, mientras que otras previeron ya en su inicio una aplicación más general). Las medidas fueron las siguientes: a. certificar inicialmente al menos a cinco policlínicas⁶⁸ de distintos municipios de Montevideo como "Centros de salud Libres de LGTBI-fobia" (IM, 2016: 48); b. establecer protocolos de derivación entre la red de policlínicas y las experiencias de la UDARAP-ASSE y el CRAM, c. elaboración y difusión de materiales informativos sobre servicios amigables a la diversidad sexual, y d. capacitaciones y sensibilizaciones a los recursos humanos de las policlínicas en la perspectiva de diversidad sexual. Si bien en la agenda estas medidas se plantean como lineamientos sin mayor desarrollo, se observa que la certificación de policlínicas ya de por sí comprende a los demás, aunque en su caso dentro de un plano más amplio de acciones (a lo que se hará referencia en el apartado siguiente).

Para avanzar en lo estipulado por la Agenda, en el ámbito de la IM se constituyó el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, integrado por referentes políticos y equipos técnicos de la Secretaría de la Diversidad y de la División Salud. Los integrantes de este grupo que pertenecían a la División Salud ya venían trabajando previamente en forma conjunta en enfoques como el de género y masculinidades, pero el trabajo en diversidad sexual había sido esporádico y falto de sistematicidad. Una vez creada la Secretaría y establecida su Agenda de trabajo se sumó a este equipo, lo que definió su mirada específica en diversidad sexual y salud y su conformación como Grupo de Trabajo. Este grupo se trazó líneas de trabajo que refieren a asegurar el cumplimiento de las medidas sobre salud y diversidad sexual enunciadas en la Agenda, para lo cual se delinearán plazos para llevar adelante la estrategia de certificación (ya que se indica que debería estar plenamente implementada para 2018 en las policlínicas seleccionadas). También se proponen otras medidas de una forma más explícita que en la Agenda, como el incluir el ítem "identidad de género" en los registros de las policlínicas (IMPO,

⁶⁸ Luego este número se extendió a seis, y se pretende progresivamente abarcar a la totalidad de las policlínicas.

2016). Desde este grupo, se ha impulsado fuertemente la sensibilización en salud y diversidad sexual para los equipos de las 24 policlínicas (incluyendo personal médico y no médico), que inicialmente se realizó entre mayo y julio de 2016 mediante un convenio con la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR. Si bien se profundizará en ello más adelante en este trabajo, debe consignarse que estas sensibilizaciones fueron consideradas el primer paso de la estrategia de certificación.

6.2. Características del diseño de la estrategia de la IM para abordar las diferencias en el acceso a la salud de las personas LGTBI

La característica central en la que se apoya la estrategia de inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en los servicios de salud de la IM es la certificación de policlínicas de distintos municipios de Montevideo como "Centros de salud Libres de LGTBI-fobia". Esta estrategia fue inicialmente planificada desde la Secretaría de la Diversidad, con el objetivo de "transversalizar"⁶⁹ la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria existente:

"A la hora de ese proceso de consulta y en la perspectiva de crear una Secretaría que iba a tener pocos recursos como para generar estrategias propias o brindar servicios propios, quedaba claro que la estrategia que se imponía -y a la luz de lo que habían sido las estrategias vinculadas a la igualdad de género- era transversalizar en lo que ya existía". (Coordinación de Secretaría de la Diversidad)

Las policlínicas brindaban además la posibilidad de descentralizar la propuesta, debido a su despliegue en el territorio asociado a tener una mayor presencia en barrios de mayor vulnerabilidad en términos socioeconómicos:

"(...) una de las preocupaciones tenía que ver también con descentralizar lo que podría ser la propuesta de servicios y de política pública hacia la población LGTBI. Entonces ahí las policlínicas aparecen por un lado como un dispositivo ya existente, con una cierta tradición de innovación, de búsqueda de la inclusión y de trabajo comunitario, que además incorporaba este componente territorial, de inserción

⁶⁹ Se refiere a esta estrategia como de "transversalización" porque así fue referida por los actores entrevistados; teóricamente, dado que lo que se busca es generar un cambio transformador en la política que reconozca la diversidad y plantee un nuevo concepto de igualdad, el término que mejor se adapta a esta estrategia es el de *mainstreaming* (García Prince, 2008; Beramendi, 2012).

*social en barrios con situación de vulneración de derechos muy importantes".
(Coordinación de Secretaría de la Diversidad)*

Esta estrategia era posible debido a un factor central, la voluntad política de llevarla adelante. Esta voluntad estaba presente en la Secretaría de la Diversidad, donde la política sanitaria era priorizada y existía un mandato específico para trabajar sobre la línea de diversidad sexual, así como un equipo con una experticia particular en la materia⁷⁰. También estaba presente en la Dirección de la División Salud, desde donde se priorizaba este enfoque:

*"Todo esto, las características de las policlínicas y su despliegue en el territorio, más el hecho de que la Dirección de la División Salud tuviera una cercanía muy fuerte y una disposición a avanzar en este sentido, o sea voluntad política, aparecía como una oportunidad clara para que esta fuera una línea de trabajo fundamental".
(Coordinación de Secretaría de la Diversidad)*

Asimismo, desde la Secretaría de la Diversidad se indicó que se pensó en la certificación como abordaje concreto porque se consideró que le daba tanto visibilidad como sistematicidad a esta estrategia en las policlínicas⁷¹ (ya que el certificar a un servicio de salud implica que éste deba cumplir con determinadas pautas y que se monitoree periódicamente dicho cumplimiento). Concretamente, se desarrolló un diseño que implicaba distintos lineamientos y acciones tanto a nivel macro como a nivel micro, y que establecía mecanismos de coordinación multinivel. Este diseño se resume en la consultoría de apoyo técnico realizada desde UNFPA para la IM⁷², y abarcó los siguientes puntos:

i. Cambio en el registro de la historia clínica

- Modificación de la historia clínica para incluir las variables orientación sexual e identidad de género. Reconocimiento de nombre social de las personas trans en el registro papel y electrónico.
- Habilitar el registro de arreglos familiares homoparentales.

⁷⁰ Cabe indicar que la Secretaría de la Diversidad de la IM está coordinada por Andrés Scagliola, quien fue director de Políticas Sociales del MIDES en el período 2010-2015. Bajo su gestión, se impulsaron varias de las medidas reseñadas sobre diversidad sexual y políticas públicas en dicho ministerio.

⁷¹ Para delinear esta estrategia, nuevamente se contó con apoyo de UNFPA a través de una consultoría sobre el tema, que finalizó exponiendo una serie de recomendaciones que fueron tomadas por la IM.

⁷² Documento "Informe Final. Etapa 3", de diciembre de 2016.

- Procurar la calificación de la violencia por orientación sexual e identidad de género dentro de los motivos de consulta, para dar visibilidad a la violencia ejercida contra la población LGTBI.

ii. Cambio en los registros administrativos

- Incluir identidad de género y reconocer el nombre social de las personas.
- Habilitar el registro de arreglos familiares homoparentales.
- Procurar la calificación de la violencia por orientación sexual e identidad de género dentro de los motivos de consulta, para dar visibilidad a la violencia ejercida contra la población LGTBI.

iii. Reforzar mecanismos de recepción de sugerencias y denuncias de la IM

- Publicitar los mecanismos de los que dispone la IM para recibir sugerencias y denuncias.

iv. Articulación

- Generar articulaciones con la UDA de Saint Bois.
- Generar articulación con los actores que se encuentran desarrollando protocolos, ordenanzas y planes de certificación (MSP, ASSE).

v. Sensibilización y formación

- Desarrollar una propuesta de sensibilización y capacitación continua de los equipos de las policlínicas en diversidad sexual y salud.
- Generar contenidos específicos en diversidad y salud por perfiles de la policlínica (ej: habilidades comunicacionales para personal administrativo; promoción de salud y prevención de enfermedades en población LGTBI para personal más directamente vinculado a la atención sanitaria).
- Generar una guía breve de recursos en diversidad y salud, en donde se expliciten términos básicos, se establezcan referencias a material audiovisual, guías y protocolos, etc.
- Asegurar que la Guía en Salud y Diversidad Sexual esté disponible para los equipos de las policlínicas.
- Desarrollar una propuesta de sensibilización y capacitación continua de los equipos de las policlínicas en abordaje de VIH.

- Incorporar charlas con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en diversidad y salud y en VIH como parte de las estrategias de sensibilización.
- Generar prácticas para referentes de policlínicas en la UDA del Hospital Saint Bois y en la Policlínica de Infectología de La Teja.
- Establecer mecanismos para que los equipos de las policlínicas puedan: i) evaluar la formación recibida; ii) sugerir la incorporación de contenidos específicos.

vi. Captación

Se apuntó a abordar el desafío de captar personas que estén por fuera del perfil de usuarios/as de las policlínicas. Para ello se planteó:

- Establecer coordinaciones interinsitucionales para promover los servicios con los que cuenta la IM (tanto con actores estatales y de la academia, como con las OSC).
- Incorporar a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática de diversidad y salud o en relación a VIH en las actividades de promoción en salud que se realizan desde las policlínicas.

vii. Gestión del espacio físico

a. Cartelería y folletería

- Incorporar cartelería alusiva a la diversidad en espacios comunes de la policlínica.
- Distribuir folletería en las policlínicas sobre diversidad y salud.

b. Baño

- Identificar los baños de las policlínicas como "no generizados".

viii. Horario de atención

- Replicando la estrategia de la UDA, asegurar que, al menos un día a la semana, se cuente con horario extendido para la atención en las policlínicas, con el fin de aumentar la accesibilidad del servicio.

ix. Recepción de sugerencias y denuncias en las policlínicas

- Considerar que el buzón de recepción de sugerencias, opiniones o quejas que existe en varias policlínicas sea identificable pero se ubique en sitios que garanticen la confidencialidad para los usuarios/as. En los casos en que no exista, incorporarlo con el mismo criterio.

x. Prestaciones

- Brindar acceso a hormonización para las personas trans en las policlínicas.
- Continuar con la oferta de test rápidos de diagnóstico de VIH.

Se observa que el diseño de esta estrategia apunta sobre las dos dimensiones clave del acceso identificadas en la tabla 2: por un lado, actúa sobre la disponibilidad potencial de servicios. Parte de un diagnóstico que contempla la intersección entre diversidad sexual y salud, y reconoce las falencias del abordaje tradicional de las políticas públicas para incorporar la diversidad. En base a ello, plantea acciones desde el diseño que se proponen transformar esta situación, a través del *mainstreaming* de la perspectiva de la diversidad sexual en la política sanitaria de la IM, y del trabajo con otros actores para eventualmente ampliar el alcance de la estrategia en el primer nivel de atención público.

Todas las acciones propuestas implican un cambio sustantivo en las prácticas de las policlínicas, lo que se relaciona tanto con la disponibilidad de servicios como con las eventuales barreras a su utilización, que es la segunda dimensión del modelo de la tabla 2. Por ello, se toma a la sensibilización y formación como un elemento clave para trabajar sobre las percepciones de los equipos de las policlínicas sobre diversidad sexual y salud, así como sobre la propia receptividad de la estrategia. De esta forma, se contempla el poder actuar sobre las eventuales resistencias que pueden operar en contra de la transversalización efectiva de la estrategia.

Para llevar adelante este diseño, se planteaba configurar al Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud como una referencia y apoyo a los equipos de las policlínicas. A su vez, se establecía la creación de la figura de "referentes en diversidad" en las policlínicas, como un modo de colaborar activamente en la descentralización y naturalización de la perspectiva de la diversidad in situ en cada equipo, y se planteaba la conformación de un grupo de trabajo ampliado con reuniones periódicas que incorporara a dichos referentes.

Esto también se inspira en los lineamientos de la estrategia del *mainstreaming* de género: particularmente, hay un grupo que coordina la implementación de la

estrategia, se establece la creación de la figura de referentes en diversidad (que replica la de *gender focal points*), se establecen sensibilizaciones para el funcionariado de las policlínicas desde la perspectiva de la diversidad sexual. Así, la voluntad política inicial se traduce en un diseño que privilegia la generación de capacidad técnica a través de esta estrategia.

Asimismo, en este punto también debe indicarse que en el diseño se preveía establecer un seguimiento de los avances en materia de diversidad y salud, a través del monitoreo de las acciones (lo cual está implícito en el modelo de certificación, que implica precisamente el contar con un monitoreo periódico de cumplimiento de las acciones para que un servicio sea considerado "Libre de LGTBI-fobia"). Dicho seguimiento se realizará a través de un formulario que deberá completar cada policlínica, cuyo diseño está siendo discutido por el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud, quien también estará a cargo de monitorear el seguimiento.

Todos estos elementos resultan claves para afrontar el problema del "desvanecimiento" de la política al que se hizo referencia en la discusión teórica, dado que establecen responsabilidades claras en la implementación de la estrategia.

6.3. Posibilidad de alianzas con otros actores relevantes para la política sanitaria con el objetivo de ampliar la repercusión de la estrategia

Si bien ya se hizo referencia a articulaciones formales e informales con otros actores del sistema de salud tanto a nivel macro (Dirección de la División Salud) como a nivel micro (policlínicas), lo que aquí se explora es la posibilidad de profundización del vínculo con la IM en las áreas que aborda este trabajo, desde la óptica de cada uno de los actores entrevistados.

En esta sección, se presenta un análisis de las entrevistas efectuadas a actores referentes de instituciones u organizaciones que resultan claves para la articulación interinstitucional de la experiencia de la IM, desde una mirada sistémica sobre la política sanitaria: Ministerio de Salud Pública (Área de Salud Sexual y Reproductiva; Área Programática ITS-VIH/SIDA); Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE (Dirección de ASSE); Facultad de Medicina de la UdelaR (Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Cátedra de MFyC, UDA St Bois) y Facultad de Psicología de la UdelaR (Centro de Referencia Amigable, CRAM); y cinco organizaciones de la sociedad civil con trabajo en diversidad y salud y/o VIH. Estas organizaciones fueron: Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO); Asociación Trans del Uruguay (ATRU); Ovejas Negras; Red Uruguaya de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RUJAP); Trans Boys Uruguay (TBU) y Unión Trans del Uruguay (UTRU). El listado completo de personas entrevistadas figura en el Anexo

1 de este trabajo; como se observa allí, algunas de las personas entrevistadas tenían doble inserción institucional.

6.3.1. Articulaciones con MSP y RAP/ASSE

Desde el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, se indicó que se había coordinado con la IM, RUJAP y UdelaR para realizar jornadas de testeo de VIH. En lo referente a diversidad, se indicó que se habían coordinado instancias puntuales de capacitación. Se dijo que la articulación era importante para no duplicar esfuerzos, ya que el MSP también se encaminaba hacia una estrategia de acreditación de servicios como inclusivos de la diversidad sexual⁷³. Además, se afirmó que había mucha voluntad de coordinar acciones en estas áreas:

"Desde el Área de Salud Sexual y Reproductiva hay pila de intención de coordinar, a veces el ministerio es como demasiado grande y es demasiado difícil lograr algunas coordinaciones aunque haya voluntad de las partes, pero desde acá yo creo que todos estamos abiertos a coordinar y hay veces que sí, que se necesitaría un poco más de coordinación. No sé si una instancia permanente porque no hay ninguna instancia permanente con ningún efector de salud, pero sí pensar en comunicar 'bueno, vamos a hacer tal cosa'. Estar en contacto". (Referente Área de Salud Sexual y Reproductiva).

Desde el Área Programática ITS-VIH/SIDA del MSP se recalcó que el ministerio hace rectoría y no tiene funciones asistenciales, por lo que se indicó que la principal función articuladora refería a difundir información a través de los mecanismos institucionales que corresponden:

"Por ejemplo, si se hace una pauta de atención para el primer nivel, vamos a poner mucho foco para que realmente llegue al primer nivel, ver cómo se puede implementar, tener reuniones con las autoridades como para articular, ayudar y apoyar o empujar a la implementación, pero no implementamos nosotros. Lo digo porque a veces hay como mucha confusión en eso que el ministerio tiene que ir y a hacer asistencia o ir a hacer charlas; las hacemos igual pero no sería el rol desde el

⁷³ Durante los meses de febrero y marzo de 2016, el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio se propuso monitorear el cumplimiento de las recomendaciones efectuadas en el capítulo sobre diversidad sexual de su guía de 2009, a través de un relevamiento que buscó incorporar a la totalidad de servicios de atención a la salud públicos y privados, y que medía variables asociadas al entorno "amigable a la diversidad" de los servicios, a la formación del personal, a si el sistema de registro era atento a la diversidad sexual e identidad de género, a la atención que se brindaba a las personas trans y a las denuncias por discriminación. La intención de este relevamiento era generar un primer diagnóstico de situación para avanzar hacia una estrategia de acreditación de servicios como inclusivos de la diversidad sexual.

ministerio, pero con todos los servicios sí se ha tratado de que haya bastante comunicación en ese sentido, para comunicar cuáles son las políticas y el por qué, porque si orientamos que desde el primer nivel que se asuma una responsabilidad que no sea solamente entregar preservativos o hacer promoción, que es muy importante porque ellos tienen muchas acciones en promoción y salen a la comunidad, pero que además pueden dar un pasito más como es el diagnóstico y hasta el seguimiento de los pacientes estables. Y eso es lo que mejora el acceso y que las personas se mantengan en el cuidado". (Referente Área Programática ITS-VIH/SIDA)

Desde ASSE, en términos generales, se indicó que la coordinación con la IM en lo referente a la atención a la salud era amplia y abarcaba diversas acciones, sobre todo en materia logística, por ejemplo coordinaciones con el segundo y tercer nivel, facilitación de especialistas focales, medicamentos, etc.

"De hecho la Intendencia tiene usuarios de ASSE entonces ahí ya hasta por la naturaleza de las acciones compartimos muchas cosas, inclusive muchas veces compartimos territorio. También coordinamos muchas veces que en el servicio de la Intendencia participa personal de ASSE o en servicios de la Intendencia participan alianzas que tenemos en conjunto con la Universidad de la República, por ejemplo la policlínica Los Ángeles es de la Intendencia y hay una UDA, que es una alianza entre la Universidad y ASSE, donde se mezclan recursos de la Intendencia, de la UdelaR y de ASSE". (Referente ASSE)

Como un elemento importante en lo referente al trabajo en diversidad y salud con la IM, se indicó que los cupos que eran para ASSE en el curso que se da en Facultad de Medicina sobre Salud y diversidad sexual se habían compartido con la IM (donde el referente de ASSE que fue entrevistado es a su vez docente por la Cátedra de MFyC). En este sentido, se consideró muy relevante que personal de las policlínicas de la IM participara de esa formación:

"La Intendencia es pionera en lo que tiene que ver con el primer nivel de atención, la medicina familiar y comunitaria, el desarrollo de la medicina territorial. Entonces cuando pensamos esto en ASSE no hay otra forma de pensarlo si pensamos en un sistema que no sea el primer nivel de atención" (Referente ASSE)

El curso se consideró a su vez como un paso importante, que requería seguir dando otros como vincularse más cercanamente con la práctica:

"Empezamos con las primeras acciones y en el resto estamos súper abiertos también como para seguir interactuando y seguir trabajando juntos, yo les propuse a los médicos de la Intendencia que si tenían algún paciente usuario o usuaria trans puedan acompañarlo, derivarlo al Saint Bois o acompañar parte del proceso porque

estas cosas se aprenden. El curso da un lineamiento general pero es teórico, si no estás en la práctica es difícil que ellos puedan abrir una agenda para atención a las personas trans, a mí me parece que esto recién es el paso inicial pero son necesarios otros pasos, como la práctica" (Referente ASSE)

Se indicó que se está planificado un curso exclusivo para las policlínicas de la IM, y se insistió en que era necesario continuar coordinando para que desde la IM se pudiera atender globalmente la salud de las personas trans, inclusive coordinando con otros niveles para lo referente a intervenciones quirúrgicas como se hace desde la UDA del Saint Bois. Asimismo, se indicó que se podría avanzar en dar formalidad al sistema de derivaciones y referencia de usuarios/as hacia la UDA del Saint Bois,

"Con la Intendencia [de Montevideo] creo que falta esa charla de si ocurre, cómo lo vamos a hacer. Por ejemplo con la Intendencia de Canelones ya nos pusimos a trabajar en eso, con la Intendencia de Canelones que tuve una reunión la semana pasada vinieron ellos interesados en decir 'bueno, genial, queremos capacitarnos'. Vamos a empezar la capacitación con la Intendencia de Canelones y ya nos pusimos a charlar de cómo vamos a hacer la referencia y cómo va a ser el flujo, ver qué área le corresponde a Canelones, cuál va a ser el servicio correspondiente para qué, hasta qué paso van a hacer esto. Todo eso ya lo estamos haciendo con la Intendencia de Canelones". (Referente ASSE)

6.3.2. Articulaciones con UdelaR⁷⁴

Desde la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, se hizo referencia a la articulación que se había establecido con la IM a demanda de la División Salud, ya que como fue mencionado en capítulos anteriores, desde la Cátedra se realizaron capacitaciones enfocadas en testeo de VIH, contextualizando en las cifras nacionales y brindando orientaciones para la consejería pre y post test. Esto se consideró interesante dado que comenzaba un diálogo y se resaltó que estaban "los canales abiertos" para que dicho diálogo continuara. A futuro, se indicó que se podría profundizar la formación en los equipos de las policlínicas a los que se capacitó en diagnóstico, para que pudieran hacer seguimiento.

También se mencionó que se organizaron jornadas de diagnóstico en conjunto con ASSE, MSP y con organizaciones de la sociedad civil, y que en las dos últimas la Intendencia participó aportando test y recursos humanos.

Desde el CRAM, se indicó que no se habían realizado articulaciones con la IM ni con los servicios de salud en general, salvo por la UDA del Saint Bois (dado que ambos servicios tenían una relación intermediada por su enclave universitario y

⁷⁴ Las referencias a la Cátedra de MFyC, UDA St Bois, fueron incluidas en la articulación a través de ASSE.

por su vinculación con el MIDES). Se indicó en este sentido que se trabajaba a demanda con las instituciones que así lo solicitaban, y que no habían recibido consultas por parte de policlínicas dependientes de la Intendencia de Montevideo (aunque sí de parte de varios Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial, SOCAT⁷⁵, y de policlínicas del Interior del país). Al consultar sobre si les parecería relevante establecer una articulación con la IM, se indicó:

"Sí, nos encantaría de verdad, poder hacer como instancias de ateneo, pero no en el sentido patologizante, porque si algo en el CRAM tenemos muy claro y hemos insistido muchísimo es que las identidades de la diversidad sexo-género no están asociadas a psicopatologías (...) cuando hablo de ateneos hablo de compartir enfoques, compartir miradas no psico-patologizantes, ver justamente dónde a veces se nos está contaminando la mirada con esto de la psicopatología, el poder compartir, el tener co-visión con otros colegas del ámbito de la salud. No solo psicólogos, psiquiatras, también endocrinólogos, ginecólogos, pediatras, etc. Es sumamente importante" (Referente CRAM)

6.3.3. Articulaciones con organizaciones de la sociedad civil

En el caso de las organizaciones de la sociedad civil, algunas de ellas señalaron que tenían un relacionamiento cercano con la IM desde hacía varios años, otras indicaron que el relacionamiento era reciente, y en otros casos no se indicó que existiera relacionamiento. Las que tenían un mayor relacionamiento con la IM en el área de salud fueron las organizaciones que trabajan en torno al VIH/SIDA (tanto a través de un vínculo con la División Salud como con la Secretaría de la Diversidad), mientras que las más directamente vinculadas con derechos de las personas LGTBI dijeron tener contacto con la Secretaría pero no una articulación fuerte con la División Salud (y una sola de ellas mencionó haber tenido algún tipo de vinculación en el área salud). A continuación se presenta una descripción de estas articulaciones, comenzando en orden descendente por las OSC que actualmente tienen un mayor relacionamiento con la Intendencia en temas de salud.

Entre las organizaciones que indicaron que se relacionaban con la IM, el caso más longevo es el de ASEPO, dado que la intendencia financia su línea telefónica de información sobre VIH/SIDA desde 1993, que en un comienzo fue un servicio exclusivamente para Montevideo e incluso hasta el año 1998, esta línea funcionó dentro de la IM. Hoy en día la línea es de alcance nacional (aunque se indicó que el 60% de las llamadas provienen de Montevideo) y ha incorporado otros temas

⁷⁵ Se trata de un servicio que "apunta a impulsar el desarrollo comunitario y la activación de redes de protección local a través de la participación de vecinos e instituciones públicas y privadas, que tienen en común el hecho de trabajar o vivir en el mismo territorio". Son implementados por OSC en convenio con el MIDES. Ver: <http://www.mides.gub.uy/14069/socat>. Última fecha de consulta: 20/07/2017.

como acompañamiento en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo. La línea dispone de cuatro recursos humanos y atiende desde las 12 del mediodía a la medianoche todos los días inclusive fines de semana (contando además con presencia en las redes sociales a través de Facebook), y según se indicó desde ASEPO, la mayoría de las consultas sobre VIH refieren a conocer el período ventana, dónde hacerse el test rápido y por su parte las personas recién diagnosticadas, llaman para recibir continentación. También se indicó que se estaba haciendo una activa promoción del test rápido a todas las personas que llamaban a la línea, derivándolas a las policlínicas:

"Porque la persona que es del Buceo quiere ir pero no quiere ir a la policlínica del Buceo, pero quiere conocer cuáles hay. En el Cordón saber si hay policlínicas, en qué horarios los realizan y está bueno, porque al ser confidencial y universal podés ir y no tenés que esperar, no tenés que esperar más de los minutos de la lectura del resultado del test pero bueno, te permite también [ser] un poco más anónimo en cuanto al barrio y todo, vivís en el centro y vas a la Crotoggini, a la Aguada y te lo hacés ahí". (Referente ASEPO)

Desde ASEPO, se expresó preocupación por lo que sucedía luego de que el test rápido diera un resultado reactivo (es decir, sobre el seguimiento de los casos) y sobre la continuidad de esta iniciativa vencido el plazo en que el laboratorio proveerá los test. También se expresó preocupación sobre la continuidad de la línea telefónica. Por otra parte, también se indicó que la organización participa en jornadas de promoción de salud con realización de test rápidos que se organizan desde la IM, y hay una vinculación además con la Policlínica de Infectología. Si bien se trata de una organización pequeña (con un cuerpo estable de ocho personas) se consideró que sería bueno profundizar la articulación con la IM, incluso explorando la posibilidad de hacer un trabajo en sala de espera de la policlínica de La Teja y que alguno de los grupos de autoayuda que gestiona la organización funcionara desde allí (actualmente funcionan en el Sindicato Médico y en el local de ASEPO).

Por su parte, la RUJAP ha trabajado recientemente con la IM, no directamente con la División Salud sino con la Secretaría de la Diversidad, aunque aspiran a profundizar la vinculación:

"Todo lo que hemos trabajado desde la red lo hicimos con Secretaría, la verdad que la Secretaría para nosotros fue un apoyo enorme porque no tiene que ver con la temática, no está dentro de salud, sin embargo nos dio un apoyo súper fuerte y súper bueno, que hoy por hoy parte del reconocimiento y parte de donde llegó la Red es por el apoyo de ellos (...) Sin duda que tenemos que articular con la División Salud, pero sin duda". (Referente RUJAP)

En referencia a la estrategia 90/90/90, se indicó que la RUJAP estaba muy comprometida con sus metas y que se promovía activamente la realización de testeos, señalando que se había participado de jornadas con la IM para realizar test rápidos pero que el trabajo no debía reducirse a ello si se buscaba alcanzar los objetivos (y debía ser más permanente durante el año).

Por otra parte, desde Ovejas Negras se indicó que se habían realizado sensibilizaciones en policlínicas con la División Salud y debido a ello se les había invitado a participar en el proceso de apertura de la Policlínica de Infectología de La Teja. También se indicó que más recientemente se había trabajado con la Secretaría de la Diversidad, pero no en temas de salud particularmente. En este sentido se indicó que el vínculo más fuerte que se había establecido por estos temas era con el Ministerio de Salud Pública, reconociendo la importancia del trabajo que se realizaba desde el ministerio en lo referente a salud y diversidad sexual. Se indicó que la organización estaba dispuesta a participar de ámbitos de coordinación con la IM si era convocada, pero se reafirmó la necesidad de que también estuviera presente el MSP debido al trabajo que venía realizando en esta área.

Desde ninguna de las organizaciones que nuclean a personas trans cuyos referentes fueron entrevistados/as para este trabajo (ATRU, UTRU y TBU) se indicó que tuvieran contacto con la IM en el área de salud (aunque sí se mencionaron contactos con la Secretaría de la Diversidad). Sin embargo, todas las personas entrevistadas consideraron que sería interesante explorar la posibilidad de la articulación en este sentido. De hecho, todas ellas tienen trabajo en lo referente a salud, y tanto ATRU como UTRU han trabajado a su vez en el abordaje de VIH/SIDA. Asimismo, desde TBU se afirmó que había disposición desde integrantes de la organización para participar en charlas o sensibilizaciones.

"Lo que sí se puede hacer es tratar de acercarnos, tratar de acercarnos a esas personas que tienen que trabajar con nosotros, para mí es fundamental porque vos podés ser, no sé, licenciada en comunicación y tener un tanto así de títulos, pero vos no estás viviendo lo que yo vivo y transmitir mi vivencia no lo vas a lograr nunca. Entonces me parece que es diferente si me paro yo, no voy a tener los estudios por ahí o la capacitación técnica, pero esto va más allá. Sí tengo la experiencia como un hombre trans y eso creo que a todas las personas que trabajan con salud sería bueno... es como llevarlo a la práctica, acá lo tenés, un hombre o una mujer trans, son personas comunes y corrientes, o sea podemos interactuar con ellos desde otra forma

*y que no sea en el consultorio, y que ellos puedan ver de que está todo bien".
(Referente TBU)*

6.4. Recapitulación

La estrategia de la IM cumple con contemplar los lineamientos y acciones asociados a la incorporación de la diversidad sexual en la política sanitaria que fueron identificados en la discusión teórica, ya que parte de un diagnóstico que reconoce la discriminación que experimentan las personas LGTBI, se plantea una estrategia concreta para alcanzar la igualdad, así como cambios que implican modificaciones sustantivas en los sistemas de registro administrativo, historia clínica y sistema de indicadores, para incluir variables asociadas a la diversidad sexual (reconocimiento de identidad de género, orientaciones no heterosexuales, arreglos familiares homoparentales). Dentro de esta estrategia, se plantea que la sensibilización y capacitación del personal de salud (médico y no médico) es un elemento central, así como también se plantea una adecuación de los espacios físicos de las policlínicas para que generen un entorno habilitante (folletería, pósters, baños no generizados, etc.) y reforzar los mecanismos de denuncia y sugerencias para las y los usuarios. También se prevé la participación de las organizaciones de la sociedad civil particularmente en actividades de captación y promoción de salud, aunque no aparece inicialmente previsto que participen en mecanismos de gobernanza de la estrategia.

A nivel discursivo, en términos amplios en la fundamentación de esta estrategia se observan referencias que pueden vincularse al discurso sobre determinantes sociales de la salud y particularmente, el énfasis al cuestionamiento sobre la "universalidad real" de la política sanitaria desde un discurso más amplio sobre derechos sociales y ciudadanos. En este sentido, se observa que se parte de un diagnóstico de desigualdad estructural y se busca influir en la política sanitaria para lograr la igualdad, lo que emparenta esta experiencia con los antecedentes nacionales que la inspiraron.

Otro elemento relevante de esta estrategia es que, al igual que las experiencias que la antecedieron, no es una política completamente acabada: precisamente, un rasgo común a estas experiencias refiere no solo a lo ya mencionado sobre lo discursivo, sino a configurarse como estrategias de aprendizaje institucional que se fueron formalizando a medida que transcurrían, generando a su vez externalidades más amplias en un sistema que era más receptivo post reforma sanitaria (no es casual que todas estas experiencias se hayan producido luego de que se instalara el SNIS). Aún en el caso de la IM, que no integra formalmente el SNIS, el marco discursivo garantista de derechos y de priorización del primer nivel y de la

estrategia de APS es un factor que legitima la estrategia y permite pensar en su extensión, desde un marco de articulación interinstitucional.

En este punto, se exploraron las posibilidades de articulación con actores clave (academia, MSP, ASSE, OSC); con algunos de ellos, la IM tiene un largo historial de relacionamiento desde la División Salud, mientras que con otros, se ha vinculado de modo más reciente a través de la Secretaría de la Diversidad. En todos los casos, se expresó voluntad de continuar y profundizar la articulación con la IM, lo que delinea un escenario auspicioso para la posible ampliación de la estrategia.

7. Barreras en la utilización

En este capítulo, se aborda la segunda dimensión asociada al acceso: el grado en que los sistemas de salud pueden adaptarse a las/los usuarios, lo que permite analizar no solo la disponibilidad potencial de la oferta, sino las barreras para su utilización. Ello implica estudiar la implementación de la estrategia y particularmente, cómo es percibida y puesta en práctica por los equipos de salud, a través del análisis de la información relevada en las entrevistas a los actores vinculados con la implementación de la estrategia de certificación: la División Salud, el Servicio de Atención a la Salud, el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud y equipos de las seis policlínicas seleccionadas⁷⁶. De esta manera se discuten los principales nudos discursivos en torno a cómo se aborda lo referente a diversidad, reflejando tanto las líneas institucionales en esta área como su apropiación y percepciones por parte de los operadores de las policlínicas seleccionadas.

Tal como se indicó en la tabla 2, en esta dimensión se identifican tres sub dimensiones asociadas: receptividad frente a la implementación de la estrategia en todos sus niveles de ejecución (punto 7.1 de este capítulo), percepción sobre incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud en todos los niveles de ejecución de la política sanitaria (punto 7.2 de este capítulo), y existencia de prácticas de incorporación de diversidad en la atención en salud (punto 7.3 de este capítulo).

Así, mientras que en el punto 7.1 se relevan las percepciones sobre la estrategia "en abstracto" (considerando la receptividad frente a la idea sin abordar sus componentes específicos), en el punto 7.2 se profundiza sobre las percepciones asociadas a elementos clave de la estrategia de forma desagregada. Por último, el punto 7.3 releva y analiza las prácticas de incorporación de diversidad en la atención en salud que surgieron en el discurso de los equipos de las policlínicas. De esta manera y retomando lo reseñado en la literatura especializada sobre diversidad sexual y salud, se apuntó a identificar en los equipos de salud tanto elementos facilitadores como particularmente, posibles barreras a la hora de implementar la estrategia. En el punto 7.4 de este capítulo, se realiza una síntesis de lo abordado.

7.1. Receptividad frente a la implementación de la estrategia en todos sus niveles de ejecución

⁷⁶ Como se indicó en el capítulo 3, para contemplar la especificidad de los perfiles pero a la vez resguardar la confidencialidad de las y los entrevistados, las citas se identifican únicamente de acuerdo a su perfil, es decir, si se trata de: 1. Equipos de dirección de la División Salud; 2. Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; 3. Personal médico, odontológico y de enfermería; 4. Personal administrativo.

Como fue establecido previamente, en la Agenda de diversidad sexual e igualdad social 2016 - 2020 se planteó certificar al menos a cinco policlínicas de distintos municipios de Montevideo como "Centros de salud "Libres de LGTBI-fobia" (IM, 2016: 48), lo cual luego se amplió a seis policlínicas. Si bien esta idea parte de la Agenda de la Secretaría de la Diversidad, encontró una alta receptividad en la División Salud, en donde había acuerdo sobre la certificación y su finalidad y se lo consideraba un objetivo planificado en conjunto:

"Nuestro objetivo conjunto con la Secretaría de la Diversidad es trabajar hacia la designación de seis policlínicas. Siempre dudamos qué nombre ponerle, nunca estamos conformes con el nombre final pero vendría a ser libres de homo-lesbo-transfobia, en el sentido de que realmente estén acreditadas hacia esas prácticas de no discriminación". (Equipos de dirección de la División Salud)

Las dudas expresadas en esta entrevista respecto al nombre que se adoptó para la experiencia recuerdan una discusión similar que aconteció en el proyecto "Centros de salud libres de homofobia", donde se argumentó que generaba confusiones, dado que podía interpretarse que se trataba de centros de salud de atención exclusiva a la población LGTB. Algunas de las denominaciones alternativas incluyeron: centros abiertos, centros inclusivos, policlínicas amigables, servicios de atención integral, servicios de referencia. Asimismo, se expresaron dudas sobre si estas denominaciones tienen la contracara de que podrían verse como reafirmando características negativas asociadas a los demás servicios que no atravesaron este proceso: ¿son acaso cerrados, exclusivos, poco amigables?

"Es como que no tengo muy claro si está bueno. Pero, es como que por un lado es como recalcar algo que debería ser de hecho y eso es lo que me hace como un poco de distorsión... ¿amigos? Si yo qué sé, somos amigos de la gente, tendría que entrar cualquiera sin tener problema, no habría que... pero bueno, esas son estrategias que no sé si estoy capacitada para saber si está bueno o no". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Esta es una preocupación que surge en los equipos de las policlínicas y particularmente, en aquellas personas que no identifican que exista un problema en la actualidad y que se resisten a generar abordajes distintos en relación a la diversidad (lo cual será profundizado en el capítulo siguiente). Se observa en este

sentido que existe un discurso sobre la igualdad, muy fuertemente asociado a la matriz discursiva tradicional de las políticas públicas universalistas, que choca con la incorporación de la diferencia:

*"(...) bueno, ¿por qué hay que darle tanta prioridad y no es igual que a los otros?".
(Coordinadores/as de policlínicas seleccionadas)*

Sin embargo, también se identificó un discurso no tradicional sobre la universalidad, que reconocía las dificultades del enfoque convencional para atender las diversidades:

"(...) el objetivo común nuestro, es que el usuario logre tener las necesidades cubiertas en salud, entonces ese es nuestro objetivo: sea sordo, sea una persona con diabetes, sea una persona hipertensa, sea una persona trans o una persona afro. Entonces me parece que eso es lo más importante, teniendo claro el objetivo después es ir acomodando, ir viendo cómo hacemos el proceso para lograrlo y creo que la policlínica está dando esos pasos". (Coordinadores/as de policlínicas seleccionadas)

Por lo general se interpretó de parte de los equipos de las policlínicas que era positivo transitar por un proceso de certificación de estas características. Se explicitó justamente de esta forma, como un proceso, y se interpretó que el que las policlínicas hubieran sido seleccionadas en esta etapa era un reconocimiento:

*"Para nosotros fue un gran honor que nos nombraran, que por lo menos en los pocos cupos que habían tenido se acordaran que en [nuestra policlínica] podemos llegar a tener ese perfil digamos de apertura y bueno, transitar un camino. Certificarte no quiere decir que seas el mejor, por lo menos desde el punto de vista nuestro, no digo que vamos a estar libres de homofobia y libres de... no, me parece que es transitar un camino de apertura y aprender en ese camino a ver cómo podemos mejorar".
(Coordinadores/as de policlínicas seleccionadas)*

"A mí me parece fantástico y lo aplaudo porque en realidad nuestro equipo es así, nuestro equipo yo considero que... no solo yo como persona sino nuestro equipo de nuestra policlínica se califica para eso, porque en realidad somos así, somos personas que no discriminamos, al contrario, somos personas que captamos todo eso que tal

vez, que le hacen en otro lado y que vienen acá y se sienten bien y por eso se siguen atendiendo con nosotros y eso está bueno. Porque de alguna manera uno se siente que realmente hace bien su trabajo y para eso está". (Personal administrativo)

Ello no obstante, no estaba exento de dudas e inseguridades, por ejemplo respecto a qué prestaciones se podía ofrecer a los/las usuarias (y en este sentido lo referente a la hormonización se expresó como preocupación), así como también se expresaron dudas respecto a contar con los suficientes recursos humanos en caso de que se asistiera mucha población nueva. Sin embargo, otras personas entrevistadas señalaron que en esto último radicaba la potencialidad de la idea: es decir, en la difusión que permitiera que se acercaran al centro de salud personas que no se asistían habitualmente en el sistema.

"Me parece que es importante para poder de repente permitir que más gente de la población LGTB pueda acceder al servicio y sientan que es un servicio amigable con ellos y no existan esas barreras que muchas veces ellos sienten que hay. Inclusive en el curso (que se dicta desde Facultad de Medicina) una de las cosas que yo no sabía y que me pareció interesante fue que el personal de salud es uno de los que muchas veces más discrimina a [esta] población (...) Eso me parece que no está bien, precisamente esta política que se está llevando adelante de sensibilizaciones me parece que va en sentido de cambiar esa situación y eso me parece muy importante". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

7.2. Percepción sobre incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud en todos los niveles de ejecución de la política sanitaria

Aunque hubo cierto consenso respecto a lo positivo de la estrategia, un elemento que emergía con fuerza al consultar a las y los diferentes integrantes de los equipos sobre la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la diversidad sexual era la afirmación de que allí no existía discriminación hacia las personas LGTB⁷⁷. Este discurso se encontró por igual en todas las personas entrevistadas de la División Salud, desde las autoridades hasta las y los distintos integrantes de los equipos de las policlínicas: de hecho, es llamativo que la primera respuesta al consultar sobre diversidad era "en nuestras policlínicas no se discrimina". En ese sentido, ninguno de los actores entrevistados dijo tener

⁷⁷ En el discurso de las y los entrevistados, no hubo referencias concretas a personas intersex. En este sentido, "diversidad" se asociaba a personas lesbianas, gays, bisexuales y particularmente, trans.

conocimiento de denuncias por situaciones de discriminación, a la vez que se relacionó esta ausencia de denuncias con la política institucional de apertura frente a "las diversidades":

"En realidad nos hemos caracterizado hace mucho tiempo de intentar ser amigables, no conozco situaciones que se hayan sentido discriminados en nuestros servicios. Creo que hay como una apertura, es más (...) tenemos un grupo de salud sexual y reproductiva donde hay compañeros que... cada uno tiene una orientación hacia masculinidades, hacia diversidad, género, salud sexual y reproductiva, violencia, y es un equipo fuerte que trabaja y trabajamos en conjunto" (Equipos de dirección de la División Salud).

Para alcanzar esta apertura, se identificó que la sensibilización y capacitación eran pilares fundamentales:

"Todo esto se logra en la medida que uno forma, capacita y sensibiliza. Todo arrancó con salud mental, con la referente de salud mental creando talleres de diversidad, de inclusión, de no discriminación, de masculinidades, y luego bueno, se gestaron también en el trabajo conjunto con las secretarías estos equipos en donde hay representantes del servicio de atención a la salud hacia masculinidades, diversidad, género, hay un referente para el trabajo con trabajadores sexuales y en ese sentido se ha capacitado a los equipos hacia la no discriminación. A su vez este año hubo una capacitación externa, no desde nosotros sino desde la Facultad de Ciencias Sociales, que capacitó al 100% de los equipos sobre contenidos de no discriminación, y luego hubo una capacitación específica que es un módulo que brinda Facultad de Medicina y nosotros llevamos ocho funcionarios (...) y el proyecto es que el año que viene ese módulo se haga exclusivamente para funcionarios de nuestras policlínicas para poder capacitar a un mayor número de personas" (Equipos de dirección de la División Salud)

Si bien desde las autoridades de la División Salud y desde los integrantes del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud se inscribió esta apertura en un largo recorrido de aprendizaje institucional, cuyo comienzo se tendía a ubicar en la incorporación de la perspectiva de género en salud y el trabajo en derechos y sexualidad que dio inicio en la década de 1990, los equipos de las policlínicas tendieron a ver este proceso como algo reciente, que se vinculaba con los cambios más generales que se daban en la sociedad con respecto a la diversidad sexual.

"Cuando yo empecé en las policlínicas era un tema que no se trataba directamente, no se hablaba, y yo veo que en los últimos años se está hablando y se están haciendo instancias de sensibilizaciones y cursos que antes no existían, o sea yo creo que ha habido un cambio bastante importante en ese sentido". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Desde los equipos de las policlínicas, el contar con instancias de sensibilización y capacitación en estas temáticas fue evaluado por lo general como muy positivo. Las y los integrantes de los equipos manifestaron que era necesario tener instancias de este tipo dado que la mayoría de ellos (independientemente de su rol) consideraron que tenían carencias en su formación respecto a estos temas: *"te abre la cabeza", "unifica criterios", "aprendés cosas nuevas", "me dejó reflexionando una semana", "me sirvieron mucho para la policlínica porque hay cosas que uno no sabe cómo manejarlas"*, fueron algunas de las expresiones que se manifestaron desde los equipos para referirse a las instancias de formación que habían recibido en 2016.

De hecho la amplia mayoría de las y los entrevistados tomaron contacto con estos contenidos a partir de estas instancias, no teniendo conocimiento previo (salvo por casos muy puntuales) de que existieran recursos disponibles como el audiovisual elaborado en el marco de los Centros de Salud Libres de Homofobia *"¿Cuál es la diferencia?"*⁷⁸ o la Guía sobre Salud y Diversidad Sexual.

Además, se indicó que sería necesario dar continuidad a estos esfuerzos de capacitación, aunque hubo entrevistados que manifestaron reparos frente a la modalidad que se adoptaba para las sensibilizaciones dado que implicaba cerrar la policlínica por el día (lo que podía generar malestar en usuarios/as). Como sugerencia, también se indicó que: i) se podría pensar en sensibilizaciones con contenidos específicos de acuerdo a cada uno de los perfiles que se encuentran en los equipos de las policlínicas; ii) se podrían extender las sensibilizaciones a las redes en las que están insertas las policlínicas; iii) se podrían planificar sensibilizaciones con participación de vecinos/as que integran comisiones de salud; iv) se deberían ampliar los cupos para que todas/os los integrantes de las policlínicas pudieran participar del curso en Facultad de Medicina (lo cual está contemplado en la planificación de formación a 2017 del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud).

Otro elemento interesante que ya se señaló con anterioridad refiere al proceso que se dio con las personas que participaron de dicho curso en Facultad de Medicina, ya que pudieron profundizar sobre esta perspectiva y comunicarla a los equipos que integran en las policlínicas, actuando como replicadoras y asumiendo un rol de

⁷⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNpxQY>

referentes en su equipo en esta área. De hecho la selección de estas personas fue cuidadosa desde las coordinaciones de las policlínicas, donde se buscó que quienes se capacitaran en fueran recursos valiosos, lo que también jerarquizó desde el inicio la tarea de la referencia:

"Vamos a seguir y seguimos (la reflexión sobre estos temas), porque (nuestra referente) nos cuenta: 'pah, nos hicieron esto, nos hicieron lo otro', y ta, vamos a seguir andando". (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

Desde los equipos, también se indicó que el haber contado con instancias de sensibilización abría una puerta para discutir estos temas a la interna, tanto para compartir experiencias como para explicitar diversas posturas (e incluso resistencias) frente a la incorporación de la perspectiva de la diversidad.

"Yo creo que la capacitación dio como para charlarlo entre nosotros y ver diferentes puntos de vista, entonces eso me parece que está bueno... como generar un debate así sobre el tema más allá de que cambies o no cambies de opinión, cada uno sigue pensando... pero bueno es una posibilidad más y abre un poco la cabeza (...) Y me parece como que también a cada uno nos hace pensar nuestro punto de vista, es decir sea cual sea pero me parece que está bueno como generar esas cosas y salirnos un poco de la casilla". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"Más allá que para mí no resulta mucha novedad, veo que a veces en los entornos de los equipos a se necesita. Porque a veces veo que hay como ciertos prejuicios o falta de acostumbamiento al tema, o que no siguen viéndolo como algo igual, a veces se siente eso. Pero lo siento del mostrador para atrás, no del mostrador para adelante (...) entonces por eso lo de los talleres me parece que aporta, porque también te da la instancia de ponernos a hablar de ese tema. Igual hay gente que no va a cambiar, pero..." (Personal administrativo)

"Me parece que sí, que hay que sensibilizar, yo sé que en los equipos hay resistencias, no voy a decir que 'ta, sí, somos todos diversos y abiertos'. No. Hay resistencias, por (razones) religiosas, por deformación de heteronormatividad y porque estamos criados de esa manera, yo cada vez que voy a una reunión me peleo con alguien, porque a veces... yo no quiero abrirle la cabeza a nadie pero sí desde la ignorancia me interesa de que por lo menos entrés en tema, te intereses por el tema y bueno, que

*tengas las cosas claras y después lo charlamos, y podés estar de acuerdo o no".
(Personal médico, odontológico y de enfermería)*

En menor medida, en las entrevistas también surgieron algunas discrepancias respecto al enfoque de la formación recibida, dado que se manifestó que contrastaba con líneas teóricas y otros elementos de la formación clínica aprendidos con anterioridad. Desde esta postura también se criticó lo que se entendió como un modelo unilateral de concebir a la discriminación, ya que se dijo que se la asociaba únicamente a las prácticas de las y los profesionales de la salud, entendiéndose que también la población LGTBI debía empoderarse para no "auto-excluirse" o "auto-discriminarse".

*"Tenés que empezar a mirarte vos positivamente, si estás pensando que todo el mundo piensa mal de vos, y no todo el mundo piensa... yo sé que hay gente que sí que va a pensar mal, pero no todo el mundo... entonces tratá de arrimarte a los que piensan como vos para que te apoyen y los otros, bueno, qué vas a hacer, con todo no se puede, hay que aprender a convivir. Entonces si vos te auto-excluís no hay vuelta".
(Personal médico, odontológico y de enfermería)*

No obstante las resistencias mencionadas, se encontró un discurso muy extendido que resaltaba la importancia de incorporar la diversidad sexual en el marco de la atención en salud, que nuevamente se registró en todos los perfiles entrevistados.

En este sentido, se dijo que incorporar este enfoque en las policlínicas contribuía a terminar con prejuicios que existían en la sociedad respecto a las personas LGTBI, ayudaba a brindar una atención en salud que no partiera de la presunción de heterosexualidad, generaba una consultoría más adecuada para el usuario/a y abría "una puerta" para usuarios/as que muchas veces se sentían excluidos/as en los centros de salud debido a su orientación sexual y/o identidad de género.

7.3. Existencia de prácticas de incorporación de diversidad en la atención en salud

Si bien en la dimensión abordada en el apartado anterior se resaltaba la importancia de incorporar el enfoque de la diversidad sexual en la salud, era heterogéneo el modo en el que se ponía en práctica. Ello respondía tanto a diferencias relacionadas con los distintos perfiles profesionales (administrativos,

médicos generales, auxiliares de enfermería, etc.) como con diferentes visiones a la interna de las especialidades y perfiles.

A nivel del personal administrativo, fue extendida la percepción sobre la importancia de su rol como "puerta de entrada" a la policlínica, dado que es el primer contacto de las y los usuarios con esta. En prácticamente todos los casos, las personas entrevistadas hicieron referencia a las personas trans⁷⁹ y a las barreras particulares que estas enfrentan en el sistema de salud, identificando acciones concretas que podían emprender desde su rol para brindar una experiencia más amigable en la policlínica y ayudar a la retención de estas personas. Asimismo, la importancia del rol del personal administrativo en la captación también fue resaltada por los demás perfiles en la policlínica.

"Yo creo que si vos abrís una puerta a la forma de llamar a una persona por el apellido, o el lenguaje que vas a usar en la entrevista, yo creo que cambia, cambia mucho, y realmente lo sentís porque la persona vuelve, se controla, tiene su control en salud habitual, está receptiva a los cambios que no son fáciles y también el equipo lo genera, se genera y se palpa. No solamente la atención médica sino desde recepción, que es fundamental. Como yo siempre les digo, el 70% de la policlínica es la administración en la recepción, porque si ya te reciben mal después no pasan ni al psicólogo ni al nutricionista, entonces es fundamental tener unas administrativas que sean receptivas a este cambio porque después en la entrevista médica o en la entrevista con la enfermera es otra cosa, pero si ya te cerraron la puerta de primera lo primero que haces es 'no, acá no vengo más'". (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

Si bien fueron identificados como casos puntuales, en todas las policlínicas se hizo referencia a que asistían personas trans, por lo general mujeres trans; esto en ocasiones era desconocido por otros perfiles profesionales de la policlínica, dado que por lo general en las entrevistas se dijo que las personas trans iban a consultas puntuales, a curaciones, o incluso únicamente a controlarse la presión, a retirar preservativos o a usar el baño, señalándose que esto último hacía que formalmente no fueran usuarias registradas de la policlínica a través de la historia clínica. También se indicó que en los casos de captación reciente, las usuarias manifestaban que querían comenzar el proceso de hormonización y de intervenciones quirúrgicas.

⁷⁹ Persisten sin embargo dificultades en el poder nombrar a las personas trans: se refiere a ellas como travestis, homosexuales, etc. En muchos casos, las propias personas entrevistadas reconocen las dificultades que tienen en este sentido.

En este marco y fundamentalmente a partir de que las sensibilizaciones insistieron en este punto, la mayoría del personal administrativo comenzó a identificar la carpeta en la que se guarda la historia clínica con el nombre social de los/las usuarias trans, independientemente de si habían hecho el cambio de nombre registral.

"Le preguntamos, '¿cuál es el nombre con el que tú deseas que te llamemos?'. Y ponemos en la ficha: 'se llama Florencia'⁸⁰. Entonces si el técnico no la llama por el apellido, bueno, la llama por Florencia, porque esa persona se identifica como Florencia, no es Mario ni Alfredo... porque a veces para cambiar el nombre hay dos años, tiene que vivir como una mujer, y hay gente que accede y otras personas que no acceden al cambio de nombre". (Personal administrativo)

"En la tapa de la historia clínica va el nombre de la persona, la fecha de nacimiento, la cédula y a qué policlínica pertenece, después depende de cada consulta qué es a lo que viene, tenemos muchos ítems distintos para que llene. Nosotros puntualmente no llenamos nada de eso, solamente la parte de adelante a lo cual ahora si es travesti⁸¹ por ejemplo, le preguntás cuál es nombre social o cómo quiere que lo llamemos y en la historia estamos poniendo ese nombre". (Personal administrativo)

Asimismo, algunas de las personas entrevistadas señalaron que le recordaban al personal médico el nombre social de la persona para que la llamara de esa forma a la consulta, así como también fue señalado por el personal médico como una buena práctica que se realizaba desde la recepción. En otros casos, se mencionaron también prácticas como llamar a la persona por el apellido o por el número de consulta.

Sin embargo, si bien fue la excepción, también hubo visiones encontradas en esta área, ya que una de las personas entrevistadas consideró que no se debía utilizar el nombre social en la recepción si no coincidía con el registrado en la cédula:

"Ellos nos dan la cédula acá para la historia, entonces nosotros no llamamos a los pacientes, nosotros solo le damos número y después el odontólogo lo tiene que llamar y ta, lo llama por el nombre que está en el parte diario. De acá ya le sale con nombre a ellos, por eso damos número, entonces damos acá y lo llama por el nombre el profesional (...) Después de esa charla nos dijeron que si ellos tenían un nombre

⁸⁰ Para resguardar la confidencialidad de las personas, se utilizan nombres ficticios.

⁸¹ Ver nota 79.

diferente que le digamos como quieren que lo llamemos. Lo que pasa es que claro, hasta no cambiarse la cédula como que no... Ellos lo viven también adelante de la gente, no sé capaz que eso tendría que el profesional preguntarle a él, no acá adelante en el mostrador... porque hay una cola de diez personas, no vamos a estar diciendo en la cola a ver qué quieren". (Personal administrativo)

Por otra parte, si bien la gran mayoría de las personas entrevistadas mostró apertura frente al tema, en varios casos reconocieron que aún les faltaba "naturalidad" para incorporarlo, haciéndose referencia particularmente a dificultades para la incorporación del lenguaje (esto último de hecho fue una característica que atravesó a varios de los perfiles profesionales, que manifestaban dificultades para referirse a las mujeres trans en femenino y a los varones trans en masculino, por ejemplo, o expresaban confusiones a la hora de utilizar el término trans). También se hacía referencia a que muchas de las mujeres trans que se acercaban a las policlínicas no tenían los recursos para verse exteriormente de la forma en que se espera visualizar a las personas trans (es decir, que su apariencia no coincidía con lo que estereotípicamente se entiende como femenino y masculino), por lo que algunas de las personas entrevistadas señalaron que en ocasiones les costaba identificarlas desde el inicio. Un reclamo que se expresó en este sentido fue el poder profundizar sobre las herramientas para abordar situaciones que se podían dar en las salas de espera en la interacción con estos usuarios/as, que pudieran resultar expulsivas (ej: "cuchicheos" al escuchar que llamen a una persona trans por su nombre social).

Otro elemento interesante fue que varias de las personas de administración entrevistadas vivían en el barrio en el que se encontraba la policlínica, lo que les brindaba un acercamiento distinto a las y los vecinos y otro conocimiento del entorno (ya que por ejemplo, circulaban por el barrio en horarios distintos a los de la policlínica y en fines de semana, así como frecuentaban espacios barriales de socialización, como la feria). Desde ese punto de vista, relataban que usuarios/as de las policlínicas se les acercaban a hacerles consultas sobre servicios y horarios de atención fuera del ámbito de la policlínica, así como también observaban que la baja asistencia de personas trans a la policlínica contrastaba con su presencia significativa en estos espacios barriales:

"Yo soy del barrio y veo travestis⁸² en la calle, hay muchos, en el ómnibus, vas a la feria por ejemplo y ves muchos que están vendiendo o que están comprando (...) acá hay mucha población que no la veo, gente que sé que está en la feria por la que paso todos los domingos y está vendiendo, que la veo que no llegan a atenderse acá. No sé

⁸² Ver nota 79.

si tendrán otro centro de salud, porque capaz que tienen otro prestador de salud o puntualmente no se atienden, o se atienden en esta policlínica que yo no sabía que estaba específicamente para ellos (en referencia a la UDA de Saint Bois)⁸³". (Personal administrativo)

En cuanto al personal más directamente vinculado con la atención en salud (médico, odontológico y de enfermería), hubo quienes señalaron que la diversidad era algo que se debía incorporar en la consulta, y por otra parte, quienes consideraron que no siempre era necesario hacerlo. Dentro del primer grupo de profesionales, se consideró que contemplar la perspectiva de la diversidad incorporaba un aspecto muy relevante de la vida de los usuarios/as en la atención e influía tanto en la consejería como en la permanencia de los usuarios/as en las instituciones de salud. En este sentido, se consideró relevante incorporar la orientación sexual en la consulta:

"Es fundamental porque si no, uno hace consejería al barrer. Si yo no sé en qué contexto de orientación o identidad sexual estoy, la consejería que hago puede no solamente no ser efectiva sino que hasta expulsiva. Porque si yo te hago una consejería asumiendo que sos -por decir alguna cosa- heterosexual, y seguramente si sos homosexual la consejería no solo no te va a servir sino que vas a decir 'acá no puedo venir más porque a esta persona ni se le ocurre pensar que esta puede ser mi forma de vivir'". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

La relevancia de la incorporación de la diversidad sexual en la consulta radicaba en que si no se incorporaba este aspecto, se podían hacer intervenciones inadecuadas:

"Porque no hay que asumir cosas, y por ahí vos mandás un tratamiento o una forma de cuidarse que no es la indicada entonces hay que preguntar primero (...) antes creo que asumía más algunas cosas, uno asume que todas las personas son heterosexuales y no es la... digo por ahí son menos las personas homosexuales, pero en realidad hay que pensarlo siempre y preguntar, porque por ahí uno le dice a una chica: '¿y usas algún anticonceptivo?'. Y la chica tiene una pareja homosexual. Entonces, para evitar ese tipo de cosas hay que preguntar". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

⁸³ El considerar a la UDA de Saint Bois como un servicio especializado para personas trans fue una constante en las entrevistas, lo cual será analizado más adelante en este trabajo.

"(...) incluso me pasa a veces con los adolescentes cuando controlo que también, he visto que a veces también uno puede presuponer que es de determinada orientación sexual y no, entonces preguntarlo es importante". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Este grupo de profesionales incorporaba la pregunta sobre la orientación sexual en la consulta, muchas veces siguiendo el modelo de la Historia del Adolescente recomendado por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (ver la figura 2). En ocasiones se indicó que se abordaba lo referente a sexualidad desde la primera consulta, y en otras, que se iba incorporando en el marco de una atención longitudinal del usuario/a.

Figura 2. Fragmento sobre sexualidad en Historia del Adolescente

SEXUALIDAD	PAREJA SEXUAL	EDAD INICIO REL. SEX.	DIFICULTADES EN REL. SEX.	ANTICONCEPCION	Inició MAC no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Consejería no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia
RELACIONES SEXUALES	<input type="checkbox"/> pareja única	años	bajo coerción	uso habitual de condón	ACO "píldora" pref. aced.	otro hormonal (anillo vaginal, parche, etc.) pref. aced.	DIU pref. aced.
no hetero homo ambas	<input type="checkbox"/> varias parejas	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no si n/c	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	inyectable	otro método barrera EQV masc.	EQV fem.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		implante	ritmo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observaciones							

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS (2010)

En este sentido, incorporar esta dimensión en la consulta también puede verse como una resignificación de la universalidad, que vincula a la diversidad sexual con la rutina y con lo habitual, no con una otredad "anormal".

"Al principio a mí me costaba también, pero en realidad después te das cuenta que cuando lo preguntas es mucho más fácil, como que sacarlo como una pregunta más, o sea desde un lugar de respeto y en un lugar de intimidación, en el marco de la consulta como tiene que ser, pero lo preguntas como... como pregunto la hipertensión y sale así también, cuando le preguntas así, sale así de natural también, te sorprende eso. Pasa pila con los adolescentes que lo tienen mucho más incorporado que nosotros, tampoco me considero una persona tan mayor pero bueno, hace muchos años que estoy en contacto con pacientes desde el nivel de estudiante y como que fui viendo como cambié yo también al preguntarlo, es impresionante (...) Ahora como lo incorporé a la pregunta y lo pregunto siempre, entonces yo me saqué ese prejuicio y eso hace que el paciente lo reciba así también y lo responde como si nada, 'no, no,

heterosexual', 'no, sí, homosexual', como si nada, está bueno". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"Yo le pregunto '¿tenés pareja?' y me contestan. Y le pregunto de una, '¿hombre, mujer, ambos?' y me contestan. O sea cuando preguntas así no hacen problema, creo que a veces el tema es eso, cómo preguntás, si das por sentado que puede ser cualquiera de las opciones como que le abrís la cancha y te dicen libremente cual es su orientación". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"La sexualidad es parte de la vida. Realmente durante la consulta médica uno hace un montón de preguntas que son todas preguntas de tu vida privada, porque desde cómo son tus tránsitos urinario y digestivo es algo privado tuyo, lo que pasa es que como nos es natural preguntarte eso y como no es natural a veces hablar de la sexualidad... pero eso es algo social porque la sexualidad sigue siendo un tema tabú, lo que nosotros cada vez más queremos es que sea natural, naturalizarlo y en mi experiencia personal, yo hace 8 años que me recibí y siempre he trabajado en la comunidad y nunca me pasó que alguien cuando le haya preguntado por su sexualidad se haya ofendido o no haya venido más, de la edad que se te ocurra (...) A mí me parece que cuando tu lo interrogás, si te estoy preguntando con quién vivís, cuántos duermen en el cuarto, bueno... tu tenés pareja sí o no, estable sí o no, hombres, mujeres, ambos; ¿tú te identificás como mujer, como hombre? Cuando vos lo empezás a naturalizar sale y no es que a mí 'pah, qué fácil me sale'. No, a mí la Facultad no me formó para eso, la residencia tampoco me formó para eso". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Dentro del segundo grupo de profesionales, se diferenciaban dos posturas: estaban aquellos que consideraban que en términos generales se debía integrar la perspectiva de la diversidad en la atención en salud pero que no era relevante incorporar esta dimensión si se trataba de actuaciones puntuales (ej: vacunaciones, atenciones odontológicas) y quienes consideraban que la atención debía ser la misma para todos los usuarios/as, por lo que no era relevante incorporar la perspectiva de la diversidad ni contemplar especificidades asociadas a la sexualidad.

En cuanto a lo primero, es interesante no obstante notar que mientras para algunas personas estas intervenciones puntuales no ameritaban la introducción del enfoque de diversidad, otras dieron ejemplos de situaciones que tenían como marco justamente estas consultas puntuales:

"Nosotros pedimos datos en vacunas, por ejemplo el nombre de la mamá y me dan un nombre de un varón, pero en los formularios eso todavía no está cambiado y bueno, pongo lo que me dicen, porque por lo general son adolescentes que vienen solos entonces ta, al pedir el nombre de la madre dan el nombre de un varón y lo pongo igual, porque eso supongo que más adelante se irá a cambiar o a instrumentar de otra manera". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Por otra parte, en el relato de quienes consideraban que la atención debía ser la misma para todos los usuarios/as, se observó que la diversidad sexual se asociaba a situaciones concretas que emergían introducidas por los usuarios/as, pero que no se incorporaba esta perspectiva por parte de los profesionales al abordar la sexualidad.

"Nosotros estamos acostumbrados a tratar por igual a la persona que venga, no le preguntamos orientación sexual. Atendemos a la gente que viene que puede ser por consulta espontánea o crónico y es igual para todo el mundo". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Hoy en día, el que no se incorpore la perspectiva de la diversidad en la consulta se refuerza con el mecanismo de registro de la historia clínica del adulto que se emplea en las policlínicas, dado que no se contempla expresamente (aunque parte de los profesionales que incorporan la perspectiva de la diversidad indicaron que sí registran artesanalmente en la historia lo referente a orientación e identidad de género).

Un dato relevante a tener en cuenta es que en el relato de los entrevistados del primer grupo de profesionales (es decir, los de mayor apertura frente a la incorporación del tema), se mencionó que esa "falta de casillero" hacía que no siempre se registrara lo referente a orientación sexual e identidad de género artesanalmente en la historia clínica,

"A veces no registro (la orientación sexual), me lo quedo el dato justamente porque a veces uno dice 'este dato es importante', pero como no está un casillero para ponerlo... ¿lo pongo o no lo pongo?". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Esta ausencia de la variable en el diseño del formulario de la historia también abonaba la percepción de que el registro no era demasiado relevante o despertaba

dudas en los profesionales el registrarlo, debido a la confidencialidad que se establecía con los usuarios/as:

"Se registra pero como que no es muy importante el tema ese". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"Te confieso que pienso que debería de anotarse (la orientación sexual) pero yo a veces no lo hago, porque a veces pienso que... no sé, cuando es un paciente que es como no tan obvio o yo qué sé, o te lo cuentan de una forma que te das cuenta que le incomoda, no sé, el tema de compartir la historia con los demás y eso, a veces hace que uno sea reservado. Capaz que está mal, en realidad si lo pienso tendría que decirse y tendría que tratarse bien, pero bueno, a veces capaz que yo alguna vez no lo he registrado". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

"El (médico/a) que viene atrás mío y capaz que lo va a ver porque le duele la garganta va a ver este dato... no sé, todavía hay un poco de estigma y discriminación". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Este es de hecho uno de los puntos en los que el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud impulsa un cambio en el marco de la estrategia de certificación, ya que el no contar con estos datos en la historia impide saber información básica, como cuántas personas trans se asisten en policlínicas, cuántas heterosexuales, cuántas homosexuales, cuáles son los motivos de la consulta, posibles prevalencias asociadas, etc.

En cambio, el registro ha variado en otro de los instrumentos, la planilla de seguimiento Objetivo 90 recientemente implementada en el marco de la estrategia 90/90/90, que permite identificar si una persona es cis o trans e introduce una pregunta sobre "prácticas sexuales" (para acceder a una mirada comparativa de los formularios empleados en las policlínicas, ver el anexo 4).

De hecho, el haber incorporado una pregunta sobre "prácticas sexuales" en el formulario que se aplica para el test rápido de VIH ha despertado resistencias en los equipos, que llevó a explicitar a algunos de sus integrantes que consideraban que se estaba entrando en el plano de la privacidad de las personas al hacerles estas preguntas.

"Vinieron los formularios entonces había como la duda, yo escuche por ahí de si el formulario todos sabíamos que teníamos que llenarlo, si fuera positivo o si fuera negativo, preguntas sobre las prácticas sexuales y entonces esto generó como que... '¿y esto se lo pregunto a todos o solo a algunos?'. Se ve que esos formularios antes no eran así, de hecho las historias clínicas no tienen ni práctica sexual ni orientación, nada, y esto si lo tiene. Entonces eso ya genera como un tema". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Desde la dirección del SAS se reconoció que este era un punto de tensión con los equipos, pero se reafirmó el compromiso institucional de avanzar en esta línea:

"Estamos trabajando a la interna de los equipos, hoy por ejemplo estuvimos una gran parte de nuestra reunión hablando de algunas concepciones que algunos equipos tienen, algunas resistencias que tienen con miradas diferentes hacia lo que tiene que ver con la confiabilidad, algunos equipos no quieren preguntar determinadas cosas porque les parece que eso es una invasión... Como que estamos violando los derechos de privacidad, por lo tanto se resisten a llenar unos formularios que nosotros tenemos pautados que no los inventamos nosotros, los inventó el Ministerio (de Salud Pública)". (Equipos de dirección de la División Salud)

"Cuando se pregunta sobre prácticas sexuales o sobre identidad de género hay equipos que lo cuestionan, pero justamente hoy hablábamos eso, cuánto pasa en realidad por defender a ese usuario que simplemente puede decir 'no quiero responder esto' y se registra y se sigue, y cuánto pasa por la resistencia nuestra, entonces hay que trabajar hacia eso. (...) Y además dentro de un marco, de una política, del Ministerio de Salud que tiene determinados ejes estratégicos y también dentro de una política institucional de la Intendencia de Montevideo que ha definido trabajar hacia la diversidad, la igualdad de género. Entonces bueno, hay cosas que hay que inscribirlas en esa línea y cada uno con la posibilidad de las variaciones individuales, pero todos alineados en el mismo proyecto, hay pautas institucionales que son eso, pautas institucionales". (Equipos de dirección de la División Salud)

Es interesante que, a partir de la estrategia 90/90/90, en los equipos de todas las policlínicas se identificó que había un cambio respecto a cómo se promocionaba el test (pasacalles, cartelería específica, mayor promoción en sala de espera). Se indicó que ahora se promovía más activamente la realización del test rápido, a diferencia de situaciones anteriores, donde se reconocía -por ejemplo de parte del personal médico- que la recomendación de hacerse el test no era generalizada.

También se hizo referencia a que el perfil de las consultas espontáneas había cambiado, y ya no se daba únicamente en aquellas personas que percibían que habían tenido "conductas de riesgo" sino que se estaba generalizando como práctica.

"Hay gente que viene y pide, hay gente mayor que viene y me resultó raro, te llama la atención, porque llega un persona de 80 años y decís 'ah, ¡mirá!'. Y después hay gente que quiere hacérselo todos los días... acá hay a veces pacientes que tienen como mucha ansiedad o necesitan llevarse algo, entonces igual vienen y dicen '¿puedo hacérmelo hoy?'. Vos sabés que vino hace dos días y no es necesario, yo también como entrego la medicación les ofrezco preservativos a todos cuando vienen y me plantean, y les digo '¿pero si te llevás esto?'. Pero ta, algunos todavía se resisten al preservativo, o sea que imaginate. Tuvimos el cartel como propaganda y hubo gente que venía y te decía: 'ah, quiero eso de la salud', y no tenía idea de que era VIH. Veían el cartel y venían a solicitarlo". (Personal administrativo)

"Se hacen los test, no la cantidad que yo quisiera pero se hacen los test, informando al usuario como nos enseñaron: (...) 'vení a ver si estás sano'. Entonces nada más que con eso han venido una cantidad y sobre todo adolescentes, se le hace a las embarazadas que consultan con ginecología y no tienen el análisis que se les hace de rutina se les hace acá, estamos haciendo campaña, publicamos en Facebook, tenemos una página de la policlínica. Saqué el cartel por el viento pero lo vamos a poner de vuelta". (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

"Nosotros empezamos a hacer los test y ya hicimos muchos, la gente lo toma bien, viene y solicita hacerse el test. Incluso nosotros tenemos estudiantes de enfermería, de auxiliares y de licenciados y han pedido ellos también para hacerse, así que venimos bien con la campaña. (Los usuarios/as) ahora lo piden más, incluso han venido parejas -en general han sido jóvenes- y vienen los dos a hacerse el test, vienen juntos, bien de bien". (Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas)

"Lo que he visto es que la gente está como más abierta a hacerse el test (...) incluso pacientes que yo ya les he hecho VIH en la paraclínica por ejemplo igual van y se hacen el test. El otro día una señora grande me decía 'voy a hacérmelo'. Sí, bárbaro, hacéte lo (...) Capaz desde que se empezaron a hacer hasta ahora, puede ser que la gente pueda como haber perdido el temor de hacérselo". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

Este mayor acercamiento a partir de la realización de los test rápidos fue señalado como una oportunidad por algunos de los/las entrevistadas, dado que tenía el potencial de acercar a la policlínica a usuarios/as no habituales, e incluso a perfiles que no suelen frecuentarla (por ejemplo, varones jóvenes).

Por otra parte y en cuanto a identidad y expresión de género, se indicó que se habían comenzado a atender usuarias/os en las policlínicas que querían comenzar el proceso de hormonización e intervenir quirúrgicamente. El acercamiento de estas usuarias/os respondía tanto a la consulta espontánea como a los mecanismos de captación de los equipos de las policlínicas (mencionándose particularmente el rol de las/los trabajadores sociales en este punto). El que se comenzaran a atender estas usuarias/os representaba nuevos desafíos para el equipo de salud, en cuanto al conocimiento específico sobre la hormonización⁸⁴, derivaciones, etc. (sugiriéndose incluso incorporar este contenido en futuras capacitaciones).

"Ella se sentó y me dijo: 'yo quiero ser mujer, quiero hacer todo el proceso para ser trans femenina, quiero desde las hormonas hasta la operación'. Entonces bueno, para mí es la primera vez que asisto a un caso así, igual por suerte tenemos el recurso de la policlínica del Saint Bois entonces un poco hemos actuado de puente entre verla acá y acompañar el proceso y que ella se va a empezar asistir allá, donde de hecho va a ocurrir todo lo que ella quiere que ocurra, pero para nosotros fue un desafío porque tanto para la trabajadora social como para mí... a mí hasta el momento actual nunca me había surgido esa consulta y yo dije: 'bueno, tengo que leer, qué tengo que hacer, en qué me tengo que fijar'. Verdaderamente para mí estuvo buenísimo porque está bueno que empiecen a pasar esas cosas". (Personal médico, odontológico y de enfermería)

La referencia a la UDA de Saint Bois para abordar estos temas fue una constante, tanto por las características de su atención como por disponer de acceso a insumos y servicios para estas usuarias/os que no estaban disponibles en las policlínicas (ej: hormonas y vinculación fluida con el tercer nivel).

No obstante, era muy extendida la percepción de que se trataba de un servicio especializado exclusivo para personas trans, lo cual se distancia del objetivo con el que fue concebida la policlínica de la UDA (que no aspiraba a constituirse como un dispositivo especializado sino verdaderamente integrador de todas las personas).

⁸⁴ El Ministerio de Salud Pública elaboró una guía clínica al respecto. Están disponibles la Hoja Informativa sobre tratamiento hormonal para la reasignación de sexo (que incluye consentimiento informado y revocación del consentimiento informado) (ASSE, 2015), y el Protocolo de hormonoterapia cruzada (RAP ASSE y UdelaR, 2015).

De hecho, en algunas de las personas entrevistadas surgieron cuestionamientos a la experiencia de la UDA pero desde la adopción de este supuesto, señalando que no comprendían por qué se había establecido un servicio especializado en vez de transversalizarse la atención.

7.4. Recapitulación

Las tensiones frente a la incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual que pueden presentarse a nivel de las/los operarios de los servicios de salud han sido extensamente referidas en la literatura, debido a las barreras que pueden configurar para el acceso a los servicios.

En este sentido, al efectuar las entrevistas se observó que existía una percepción extendida en los actores entrevistados (Equipos de dirección de la División Salud; Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; Personal médico, odontológico y de enfermería; Personal administrativo) de que no existe discriminación hacia las personas LGTBI en las policlínicas de la IM. La lectura sobre la discriminación, en este sentido, estaba muy asociada a una mirada individualizada sobre el fenómeno (como lo pauta la constante referencia a que no se han registrado denuncias sobre discriminación por estos temas) lo que en gran medida dejaba sin cuestionar prácticas institucionales de invisibilización. En este sentido, el que no se identificaran situaciones concretas de discriminación no se traducía en ausencia de resistencias frente a la incorporación de la perspectiva de diversidad en salud. Así, en algunos de los relatos de las/los entrevistados se identifican situaciones potencialmente expulsivas que no son identificadas como tales por estar naturalizadas: aún hay resistencias a llamar a las personas trans por su nombre social (aunque se haya trabajado como contenido específico en la sensibilización), se considera que no es relevante incorporar dimensiones como la orientación sexual o la identidad de género en la consulta (partiendo de un concepto de "igualdad" que no contempla la diversidad sexual), o se responsabiliza a las personas vulnerables por su vulnerabilidad ("se auto-discriminan").

No obstante las resistencias mencionadas, otro elemento significativo es que se encontró un discurso muy extendido que resaltaba la importancia de incorporar la diversidad sexual en el marco de la atención en salud, que nuevamente se registró en todos los perfiles entrevistados. También se valoró muy positivamente el contar con instancias de sensibilización y capacitación en estas temáticas, que fueron evaluadas por lo general como muy positivas por los equipos de las policlínicas, donde se consideró que suplían una carencia de base en su formación. En este sentido, se encontró una gran receptividad en general en los equipos para incorporar la perspectiva de la diversidad, aunque con diferencias importantes a la

hora de abordar cómo hacerlo. De hecho, el discurso sobre la importancia de incorporar esta perspectiva convive con el de considerar que la diversidad sexual es parte de la vida privada de las personas, y que no debe explicitarse en el marco de la atención en salud (o que no es relevante hacerlo).

Al igual que ocurre con la perspectiva de género, incorporar la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria (y en las políticas públicas en general) plantea la complejidad de interpelar constructos arraigados en la vida de las personas y de las instituciones. Por ello, el trabajo de sensibilización para lograr efectivamente el *mainstreaming* de la estrategia en todas sus capas de ejecución se visualiza como un elemento clave y acumulativo, en donde los equipos de la IM tienen un diferencial sustantivo en relación a otros equipos de salud (su estabilidad y permanencia).

8. Amplitud del encuadre sobre diversidad sexual en salud

En este capítulo se analiza la construcción de la experiencia de certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia" en vinculación con la noción de integralidad en salud. Como ya se indicó, tanto en la literatura consultada como en la práctica de algunas de las experiencias analizadas, existe una tensión al analizar la confluencia entre política sanitaria y población LGTB, que en la discusión teórica de este trabajo se tipificó idealmente a través de dos visiones: una más acotada, donde en foco está en destacar concretamente la mayor prevalencia de ITS en general y de VIH/SIDA en particular en la población trans femenina y de "HSH"; y una concepción más abarcadora sobre la salud de las personas LGTB, que no se enfoca en la noción de riesgo sanitario por considerarlo estigmatizante hacia esta población.

Aquí, entonces, se aborda la experiencia de la IM en relación a esta tensión. Para ello, se recurre al análisis de contenido de todas las entrevistas realizadas para esta investigación, tanto de los actores de la IM como de los actores externos: ello se debe a que, si bien se abordó lo referente a las articulaciones y las posibilidades de ampliación de las mismas específicamente en el capítulo 6, dado que este punto se experimenta en términos de tensión en nuestro medio, se visualiza que puede existir aquí un potencial conflicto con otros actores relevantes para la profundización de la experiencia.

8.1. Abordaje acotado sobre diversidad sexual en salud (centrado en el riesgo, particularmente frente a ITS/VIH/SIDA) o más abarcador (no centrado en el riesgo)

Como se expuso en capítulos anteriores, la estrategia de la IM parte de una base que toma elementos de diversos antecedentes, tanto nacionales como internacionales. En las experiencias regionales, es más claro el vínculo entre VIH/SIDA y diversidad sexual, siendo particularmente relevante en el caso de la experiencia de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual de Argentina. Sin embargo en Uruguay, la vinculación entre diversidad sexual y VIH/SIDA se expresa en términos de tensión y ha sido deliberadamente obviada en las experiencias nacionales que se tomaron como antecedente (Centros de Salud Libres de Homofobia y atención a personas trans en la UDA de Saint Bois).

Si bien los dos temas aparecen conceptualmente separados en la estrategia de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia" de la IM, hay una voluntad de trabajar la

temática del VIH/SIDA desde la Secretaría de la Diversidad y existen intersecciones entre ambos abordajes.

"Sabido que son dos temas que caminan en paralelo, pero que dialogan entre sí: ni todos los problemas de salud que tienen las personas LGTBI tienen que ver con el VIH, ni todo lo que tiene que ver con el VIH está vinculado a las personas LGTBI, pero una y otra no se pueden ignorar entre sí". (Coordinación de Secretaría de la Diversidad)

Estas intersecciones se observan por un lado, en la práctica, en tanto una de las policlínicas seleccionadas para certificarse es la Policlínica de Infectología, hay medidas que apuntan al diagnóstico de VIH y atención a PVV entre las acciones que comprenden el diseño de la estrategia, y por otro lado, en el discurso de algunos actores clave, como se verá a continuación.

Aunque el abordaje concreto sobre qué se considera un servicio de salud libre de LGTBI-fobia aún no es un tema cerrado, algunos de los actores entrevistados de los Equipos de dirección de la División Salud tendieron a asociar estas policlínicas con el modelo de la Policlínica de Infectología, que se basa en la descentralización de la atención a PVV.

A esta policlínica han concurrido al menos una vez a consulta programada o espontánea un total de 95 personas de entre 16 y 65 años⁸⁵ (desde su apertura en 2013). Sin embargo, si bien desde la descentralización del servicio se pretende incidir en la accesibilidad del mismo, se observa que en su cobertura éste reproduce la estructura de la población general cubierta por las policlínicas de la IM: la amplia mayoría de las y los usuarios se ubica en el tramo de entre 20 y 44 años (61%), siendo a su vez en su gran mayoría mujeres cis (66% de mujeres sobre un 34% de varones, según datos proporcionados por la Policlínica de Infectología en octubre de 2016).

El que la mayoría de las personas que se atienden en la policlínica sean mujeres cis es una singularidad en un servicio orientado a la atención del VIH/SIDA, debido a las características de la epidemia en Uruguay. Siguiendo a Ponzio, puede indicarse que la epidemia presenta una tendencia estable y un patrón concentrado, lo cual implica una prevalencia en la población general menor al 1%, mientras que supera el 5% en la denominada "población expuesta": personas trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, usuarios/as de drogas y personas privadas de libertad. Si bien las fuentes de datos para estimar la prevalencia en la

⁸⁵ Datos actualizados a octubre de 2016, extraídos de la base que genera y autogestiona el médico responsable de la policlínica, que fueron facilitados desidentificadamente por el profesional.

población expuesta son muy heterogéneas y de diversa calidad⁸⁶, existe coincidencia en mostrar a la población trans (y particularmente a la femenina que se vincula al trabajo sexual) como la más afectada: allí los diversos estudios muestran una prevalencia de entre 21% (de acuerdo a un estudio realizado en mujeres trans de Montevideo e Interior⁸⁷) y 36,5% (siguiendo un estudio realizado en trabajadoras sexuales trans en Montevideo⁸⁸).

Por otra parte, debe aclararse que si bien actualmente el sistema general de registro utilizado en las policlínicas de la IM tiene dificultades para identificar otro sexo que no sea "mujer" y "varón" cis, este problema no se extiende al registro autogestionado que realiza el médico responsable de la Policlínica de Infectología: entonces, el que se representen allí solo varones y mujeres cis se debe a que efectivamente no acuden a la policlínica personas trans. Esto es particularmente significativo porque, además, en la policlínica de La Teja se cuenta con la presencia de otras especialidades en el equipo que lo hacen muy interesante para replicar aprendizajes de experiencias como la de la UDA del Saint Bois, ya que entre otros se cuenta con especialistas en endocrinología y medicina familiar y comunitaria.

"Personas trans no tenemos ni una, yo todas las veces que me preguntan para evaluar digo lo mismo: no puede ser que no tengamos un solo usuario trans, ni mujer ni varón trans. Es más, desde que trabajo acá creo que dos veces vi entrar mujeres trans a la policlínica, que creo que venían a vacunarse porque no usan el servicio de salud. Es más a veces se burlan, pero yo una de las cosas que siempre pedí es que quiero tener una administrativa o una enfermera trans en esta policlínica, porque además el coordinador siempre dice 'a nosotros lo que nos falta es un administrativo', y le digo: 'tenés que conseguir una administrativa que sea una mujer trans', creo que es la mejor manera de ver que esto es una cosa abierta a todo el mundo y que acá puede venir cualquiera y que ellas también vengan a atenderse. No por el VIH, eso es otra cosa que a mí siempre me costó porque no quiero hacer cosas que asocien ser trans con tener VIH, porque si bien es un problema grave que tienen porque son los que tienen la prevalencia más alta, no tenemos por qué asociarlo... entonces hacer cosas así, yo creo que tenemos que hacer otro tipo de actividades que engloben la salud de las personas en general tratando de incluirlas y aprovechar para esto también". (Médico referente de Policlínica de Infectología⁸⁹)

⁸⁶ En algunos casos, el tamaño de la muestra es muy pequeño como para permitir una estimación estadística confiable.

⁸⁷ En base a estudio del MSP, Proyecto Fondo Mundial y RADAR de 2013, citado por Ponzo (2015).

⁸⁸ En base a estudio del PPITS-SIDA, ATRU y UdelaR de 2007, citado por Ponzo (2015).

⁸⁹ Debido a la especificidad de este profesional, en este caso se hace referencia explícita a su perfil.

Más que pautar un modelo a seguir en la intersección entre diversidad sexual y salud, la Policlínica de Infectología plantea otro desafío: el de transversalizar la perspectiva de la diversidad en su propio abordaje, ilustrando cómo hasta ahora la política de la IM respecto a VIH/SIDA ha ido por un canal que no la contempla específicamente. De hecho, el que hasta en este servicio se invisibilice la perspectiva de la diversidad sexual es indicativo de cómo este enfoque estaba ausente de la política sanitaria de la IM hasta que se buscó adoptar una estrategia específica para tal fin, como es la certificación de policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia".

Desde una mirada más amplia sobre la política sanitaria, si bien también se observa que las líneas de acción 34.5 y 73.4 de los OSN asocian los servicios libres de homo-lesbo-transfobia con facilitar el acceso a estos servicios de poblaciones "en particular riesgo" frente a las ITS, durante las entrevistas se expresó una fuerte resistencia sobre asociar diversidad sexual y mayor riesgo de contraer VIH. Aunque se reconocía que la prevalencia era mayor en algunos grupos LGTBI (particularmente mujeres trans y HSH), la construcción de esta población como "población de riesgo" fue cuestionada como una práctica estigmatizante y expulsiva del sistema de salud.

"El colectivo Ovejas Negras participó desde un principio en lo que fue la descentralización de la policlínica de la Teja en atención a VIH, justamente porque le parecía súper relevante aportar desde la mirada de salud LGTB y salud integral a este tema, porque en realidad es un tema que es verdad que afecta de manera desigual a varones gay y a mujeres trans, porque hay una intersección de vulnerabilidades y porque además los servicios de salud en muchos temas están mucho más enfocados en la prevención de embarazos que en la prevención de ITS y eso es algo que a veces cuesta realmente hacer énfasis, si bien se ha avanzado y se sigue avanzando. Por ejemplo ahora está trabajándose [desde el MSP] en desmedicalizar la entrega de preservativos, que hasta ahora es con una orden, entonces es como una barrera más y bueno, me parece que la forma es nunca perder el foco de que en realidad lo que estás promoviendo en todas las personas, sin importar su orientación sexual o su identidad de género, es la salud en su más amplio sentido y me parece que también han habido dificultades en cómo enfocar el VIH, si enfocar solo en prevención -que es lo que en general se hace- porque en realidad hay un montón de personas que ya están viviendo con VIH y que podrían vivir de manera mucho mejor. Toda la inversión que hay en prevención no la hay a veces en reforzar y promover la adherencia al tratamiento o mejores tratamientos, o cómo cuidar a las personas en el sentido integral realmente. Entonces claro, cuando solamente por ejemplo se le habla a la población LGTB para decirle que se haga un test de VIH entonces ta, si ese es tu discurso es muy difícil. Por eso nuestra apuesta ha

sido también hablar de salud integral y de salud en general". (Referente Área de Salud Sexual y Reproductiva)

Debe indicarse a su vez que una de las recomendaciones de la experiencia de los Consultorios Amigables de Argentina se orientaba justamente a este punto, ya que se observó que asociar diversidad y VIH/SIDA podía resultar contraproducente en términos de la población a la que se quería alcanzar, ya que desalentaba la demanda (ver anexo 3).

"Creo que hay una relación bastante tensa en ese aspecto y mucho tiene que ver con el discurso médico y la estigmatización, entonces aquello de los ochentas de que todos los gays tenían VIH y toda la comunidad tenía VIH eso sigue como presente y creo que ahí se tensa la relación, porque las personas de la comunidad LGTB creo que no encuentran el espacio como para generar la confianza (...) me parece que tiene que haber como esa idea de que vos estás tratando un cuerpo sano, estás tratando un paciente sano, el problema es cuando parte de la base de que por ser trans tenés tal cosa o tal otra. Yo siempre cuento la anécdota, cuando fui a la otra sociedad que estaba me asignaron médica referente y después de media hora de entrevista, la doctora descubrió que yo no era una mujer biológica... le dije porque me preguntaba 'cuanto hacía que se me había retirado' y 'si tenía antecedentes de cáncer de ovario', cosas así, hasta que le dije 'soy una mujer trans'. Y me dice: '¿tenés examen de VIH?'. Y entonces claro, ahí vos te das cuenta: si sos trans para la corporación médica sos VIH y hasta que no se rompa ese binomio es como muy difícil generar la confiabilidad desde el paciente o la paciente hacia el personal. Y cuando hablo de personal hablo de médicos, enfermeros, hasta el que te da el número, todo. Entonces hasta que no se rompan esos estigmas va a ser como muy difícil". (Referente UTRU)

"Es muy hasta vergonzoso diría yo, ir y decirle a un médico que ponele que no conocés, que no confías en el médico, enfermero o lo que sea, no sé, 'tengo VIH' o 'me puse silicona industrial', o cosas así. De hecho pasa y le pasa a las compañeras que te van a dar una vacuna y les preguntan: '¿tenés SIDA?'. Esas cosas pasan, entonces vos dejás de ir y te automedicás, ya está". (Referente UTRU)

Esta tensión tiene un fuerte arraigo en cómo se asoció el VIH/SIDA con la homosexualidad en la década de 1980, una corriente que bajo la denominación de "la peste rosa" reforzaba la discriminación hacia quienes vivían una orientación ya de por sí estigmatizada, estigmatizando a su vez prácticas que consideraban "promiscuas" y responsabilizando a las personas por su situación de vulnerabilidad. Así, el vínculo entre diversidad sexual y VIH/SIDA también se reforzó desde el discurso médico, aunque ello es objeto de una creciente problematización e incluso, como ya se indicó, se observa que en experiencias como la de Centros Libres de Homofobia "(...) hubo una voluntad política de

desligar la atención en salud de las personas LGTB de las problemáticas de ITS-VIH/SIDA (...)" (González y Soto, 2015: 62).

No obstante, esto no se traducía en negarse a abordar el VIH en el acercamiento con la población LGTBI más expuesta, pero sí en considerar que no era la única intervención que debía hacerse y que se debía contemplar en el marco de un abordaje realmente integral sobre la salud de esta población.

"Por ejemplo las mujeres trans tienen más prevalencia de VIH vinculado a muchas cosas, también a trabajo sexual, pero tiene que ser una intervención más en varias el tema del VIH, no puede ser la única intervención que vos hagas. Y creo que pasa bien por ese lado, la persona se da cuenta, todos nos damos cuenta. Si cuando vas al médico por hormonización o por una cefalea o por una lumbalgia o por lo que fuera, el médico te dice 'te voy a mandar un VIH y un VDRL', ahí ya hay una señal. Vos vas por una cosa y el médico puso el foco en otra. Yo creo que eso solo te lo da la longitudinalidad de la atención, o sea cuando vos tenés repetidos encuentros con la persona te podés plantear -como hacemos nosotros- un acuerdo: 'mirá, perfecto, vos viniste por la hormonización. Bien, la hormonización se va a dar a tal paso de acá, pero en el medio nosotros tenemos que asegurarnos de que tu salud está bien'. Entonces ahí te voy a preguntar cómo es tu núcleo familiar, qué apoyos tenés, cuáles son tus enfermedades, qué medicación tomás, te voy a mandar algunos exámenes y si veo -ahí también se aclara- si veo que algunos exámenes dan mal te voy a tener que mandar otros para profundizar. Un poco la estrategia va por si abordo el VIH pero no solamente el VIH, o sea, es innegable que tenemos que abordar el VIH en la población trans, sobre todo trans femeninas, pero abordar solo el VIH termina expulsando muchas veces, porque es reforzar que lo único que tenés para hacer es el abordaje en el VIH (...)" (Referente MFyC-UDA Saint Bois)

"La salud tiene que tener una mirada integral y no es con el infectólogo que se tiene que atender una persona trans. De la misma manera, si tiene VIH lo tiene que atender su médico de referencia, que no solo le va a atender la particularidad que tiene un VIH sino que necesita hormonización, que capaz que tiene que controlar la presión o la glicemia porque se está hormonizando. O sea, el abordaje de salud no puede centrarse en la enfermedad o en una necesidad específica de salud ni tiene que haber un servicio para trans solo para hormonizar ni tienen que las personas trans con VIH atenderse solo en un lugar. Por eso es tan importante el rol que juega el primer nivel de atención, porque es el único capaz de dar esa mirada y de decir: 'bueno, yo les controlo las hormonas, se las repito y cada 6 meses va al endocrinólogo para que me oriente cómo seguir', pero va a mirar no solo la hormona, va a mirar si esa persona por ejemplo ejerce el trabajo sexual, si es víctima de violencia, si se droga, si tiene problemas de salud mental... va a tener una mirada sobre la persona y no sobre la

enfermedad. Por eso nos parece que necesitamos más involucramiento del primer nivel de atención, desde la medicina familiar, porque solo ahí se puede cumplir". (Referente Cátedra de Enfermedades Infecciosas).

También desde una problematización sobre la integralidad en relación a la intersección entre salud y diversidad sexual, el Informe del período 2011-2014 del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA señala las dificultades de una mirada restrictiva:

Clásicamente, la salud de las mujeres trans, varones gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, ha sido abordada y visibilizada a través de la vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS, mientras que la salud de lesbianas y varones trans ha sido escasamente considerada en las estrategias de salud. Considerar estrategias de salud integrales para estos colectivos "invisibilizados" que aborden más allá de las ITS y que contribuyan a la erradicación del estigma y la discriminación, ha sido otra de las prioridades (informe citado en Rocha, 2015: 16).

Otra precaución habitual que se estableció desde las personas entrevistadas fue que el abordar estos temas no debía hacerse generando servicios especializados en diversidad sexual o en abordaje de VIH.

"Yo creo que se debe de atender a todo el mundo por igual, o sea puedo ir yo porque me quiero hormonizar, puede ir la señora que está al lado por el reuma, el otro va por el riñón, ¿se entiende? Entonces yo creo que en primer lugar hay como que generalizar eso, como integrar, por el otro lado también bueno, la famosa sensibilización de la gente, o sea, la gente tiene que tener un perfil, hay que buscar el perfil de quien trabaja en esos servicios, no puede cualquiera". (Referente UTRU)

8.2. Recapitulación

En Uruguay, la vinculación entre diversidad sexual y VIH/SIDA se expresa en términos de tensión y ha sido deliberadamente obviada en el discurso construido desde las experiencias nacionales que se tomaron como antecedente por la IM (Centros de Salud Libres de Homofobia y atención a personas trans en la UDA de Saint Bois). En este sentido, quizá el punto que podría generar una mayor distancia entre la estrategia de la IM con dichas experiencias es cómo tramite lo referente a diversidad sexual y su vínculo con el VIH/SIDA.

Si bien los dos temas aparecen conceptualmente separados al abordar la estrategia de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia", hay una voluntad de trabajar la temática

del VIH/SIDA desde la Secretaría de la Diversidad y existen intersecciones entre ambos temas tanto en la práctica (una de las policlínicas seleccionadas para certificarse es la Policlínica de Infectología, hay medidas que apuntan al diagnóstico de VIH y atención a PVV entre las acciones que comprenden el diseño de la estrategia) como en el discurso de algunos actores clave (que consideran que parte del modelo a seguir debe ser el de dicha policlínica). También hay intersecciones externas a lo planificado desde la Secretaría, como el hecho de que se registre identidad de género y "prácticas sexuales" en la Planilla de seguimiento Objetivo 90 que se emplea en el marco de la campaña 90/90/90 (y a la que se hizo referencia en capítulos anteriores).

La vinculación entre diversidad sexual y VIH/SIDA también se encuentra en línea con el modelo trazado desde los OSN, que como ya se indicó pauta la "hoja de ruta" del sistema sanitario en el mediano plazo. Sin embargo, al analizar el discurso de los diferentes actores (considerando no solo los vinculados a la IM sino un plano más amplio de acción) se observa que este abordaje puede implicar un punto de tensión con algunos de ellos en un escenario de articulación de la estrategia.

En las entrevistas se observa que cuando surge el tema de la asociación entre VIH/SIDA y diversidad sexual, es por lo general conflictivo y asociado a la estigmatización hacia la población LGTB. En este sentido, es extendida la percepción de se debe avanzar hacia políticas de salud "más integrales", que superen el enfoque restrictivo.

9. Reflexiones finales: salir del armario *institucional*

En este trabajo se ha pretendido dar cuenta de la estrategia adoptada por la IM para incorporar la perspectiva de la diversidad en su política sanitaria de atención en el primer nivel, puesta en práctica a través de la estrategia de certificación de policlínicas municipales del primer nivel como "Centros de Salud "Libres de LGTBI-fobia", ejecutada a partir del año 2016 en seis policlínicas de la capital. Para ello, a través de un estudio de caso se apeló a una descripción densa de la experiencia (incluyendo sus antecedentes regionales y nacionales, las características del contexto en el que se inscribe, la descripción del diseño y las características de su implementación) así como a un análisis amplio sobre las percepciones en torno a la misma, desde una estrategia que contempló los actores en todos sus niveles de ejecución (en la IM), así como a aquellos actores externos a la IM que resultan claves desde una lógica de articulación sistémica.

Para realizar el análisis de este trabajo, se utilizó un modelo de elaboración propia, generado en base a las consideraciones realizadas en la literatura que se empleó como marco teórico de la investigación. Este modelo, que retomaba el cuestionamiento sobre la "universalidad" que se construye desde las políticas públicas, problematizaba los acercamientos tradicionales sobre los conceptos de acceso e integralidad, transversalizando en sus dimensiones las inequidades específicas que se visualizan desde la literatura sobre diversidad sexual y salud. El modelo contemplaba a su vez una lógica asociada al ciclo de elaboración de las políticas públicas e incorporaba el análisis multinivel que enfatiza el *gender mainstreaming*. Ello permitió analizar no solo las características discursivas de la estrategia, sino también su operacionalización concreta. A su vez, permitió abordar el ciclo de elaboración de la misma, lo que implicó tanto su diagnóstico inicial, como su diseño e implementación, en todos los niveles operativos asociados a la ejecución de la estrategia.

Como ya se indicó, la estrategia analizada parte de un cuestionamiento a la "universalidad real" de la política sanitaria, desde una base que toma elementos de diversos antecedentes regionales y nacionales, tanto en lo que refiere a su fundamentación discursiva como a su diseño e implementación. Respecto a esto, se observa que la estrategia cumple con contemplar los lineamientos y acciones asociados a la incorporación de la diversidad sexual en la política sanitaria que fueron identificados en la discusión teórica, ya que parte de un diagnóstico que reconoce la discriminación que experimentan las personas LGTB, se plantea una estrategia concreta para alcanzar la igualdad, que involucra cambios que implican modificaciones sustantivas en los sistemas de registro administrativo, historia clínica y sistema de indicadores, para incluir variables asociadas a la diversidad sexual. Dentro de esta estrategia, se plantea que la sensibilización y capacitación

del personal de salud (médico y no médico) es un elemento central, así como también se plantean nuevas prestaciones, una adecuación de los espacios físicos de las policlínicas para que generen un entorno habilitante y reforzar los mecanismos de denuncia para las y los usuarios. También se prevé la participación de las organizaciones de la sociedad civil particularmente en actividades de captación y promoción de salud, aunque no aparece inicialmente previsto que participen en mecanismos de gobernanza de la estrategia.

A nivel discursivo, tomando el modelo de Daley y MacDonnell (2011), puede indicarse que en la experiencia de la IM se visualiza, particularmente, el discurso de derechos sociales y ciudadanos. Se observa que se parte de un diagnóstico de desigualdad estructural y se busca influir en la política sanitaria para lograr la igualdad, lo que emparenta esta experiencia con los antecedentes nacionales que la inspiraron. Sin embargo, quizá el punto que puede generar una mayor distancia con dichas experiencias es cómo tramite lo referente a diversidad sexual y su vínculo con el VIH/SIDA. Si bien los dos temas aparecen conceptualmente separados al abordar la estrategia de policlínicas "Libres de LGTBI-fobia", hay una voluntad de trabajar la temática del VIH/SIDA desde la Secretaría de la Diversidad y existen intersecciones entre ambos temas tanto en la práctica como en el discurso de algunos actores clave de la IM. En este punto, se observa que si bien el discurso de la estrategia de la IM se asimila al de los antecedentes nacionales que tomó como referencia (todos parten de una priorización del enfoque de derechos), y tienen un mismo acercamiento sobre el concepto de acceso y la estrategia adoptada para asegurarlo (*mainstreaming* o transversalización), presentan diferencias en la operacionalización del concepto de integralidad: mientras que las experiencias nacionales que anteceden a la estrategia de la IM optan por una mirada abarcadora que soslaya el enfoque sobre VIH/SIDA, el enfoque de la experiencia de la IM combina elementos que pueden asociarse a la mirada más acotada en torno a la integralidad. Este abordaje puede implicar un punto de tensión con algunos actores externos a la IM, en un escenario más amplio de articulación de la estrategia.

Otro de los puntos que puede representar una tensión ha sido extensamente abordado en la literatura sobre la incorporación de la perspectiva de la diversidad en salud, y refiere a trabajar con las barreras que pueden presentarse a nivel del personal directamente vinculado con la atención en salud y con el personal administrativo en las policlínicas. En este plano, al efectuar las entrevistas se observó que existía una percepción extendida en los actores entrevistados (Equipos de dirección de la División Salud; Coordinadores/as de las policlínicas seleccionadas; Personal médico, odontológico y de enfermería; Personal administrativo) de que no existe discriminación hacia las personas LGTBI en las policlínicas de la IM. La lectura sobre la discriminación, de esta forma, estaba muy asociada a una mirada individualizada sobre el fenómeno, lo que en gran medida dejaba sin cuestionar prácticas institucionales de invisibilización. En este sentido,

el que no se identificaran situaciones concretas de discriminación no se traducían en ausencia de resistencias frente a la incorporación de la perspectiva de diversidad en salud. Así, en algunos de los relatos de las/los entrevistados se identifican situaciones potencialmente expulsivas, que no son identificadas como tales por estar naturalizadas. No obstante las resistencias mencionadas, otro elemento significativo es que se encontró un discurso muy extendido que resaltaba la importancia de incorporar la diversidad sexual en el marco de la atención en salud, que nuevamente se registró en todos los perfiles entrevistados en las distintas policlínicas. También se valoró muy positivamente el contar con instancias de sensibilización y capacitación en estas temáticas, que fueron evaluadas por lo general como muy positivas por los equipos, ya que se consideró que suplían una carencia de base en su formación. Así, se encontró una gran receptividad en general en los equipos de las policlínicas para incorporar la perspectiva de la diversidad, aunque con diferencias importantes a la hora de abordar cómo hacerlo. De hecho, el discurso sobre la importancia de incorporar esta perspectiva convive con el de considerar que la diversidad sexual es parte de la vida privada de las personas, y que no debe explicitarse en el marco de la atención en salud (o que no es relevante hacerlo).

Al igual que ocurre con la perspectiva de género, incorporar la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria (y en las políticas públicas en general) plantea la complejidad de interpelar constructos arraigados en la vida de las personas y de las instituciones. Por ello, el trabajo de sensibilización para lograr efectivamente el *mainstreaming* de la estrategia en todas sus capas de ejecución se visualiza como un elemento clave y acumulativo, en donde los equipos de la IM tienen un diferencial sustantivo en relación a otros equipos de salud (su estabilidad y permanencia). Otros puntos fuertes de la estrategia de la IM refieren a la operacionalización del diseño, que configura al Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud como una referencia a nivel central y también instala figuras referentes en cada policlínica. Asimismo, el optar por la certificación implica un monitoreo constante de las policlínicas para asegurar que efectivamente estén cumpliendo con la estrategia.

Otro elemento relevante de esta estrategia es que, al igual que las experiencias que la antecedieron, no es una política completamente acabada: precisamente, un rasgo común a estas experiencias refiere no solo a lo ya mencionado sobre lo discursivo, sino a configurarse como estrategias de aprendizaje institucional que se fueron formalizando a medida que transcurrían. De hecho, si bien la certificación se plantea como una estrategia gradual que será aplicada inicialmente en seis policlínicas, los cambios a nivel macro que implica (como las modificaciones en el registro general) trascienden a estas policlínicas y ya sientan las bases para su expansión a la totalidad de la red. De la misma forma, la creación de capacidades institucionales que se profundiza al transitar la estrategia de certificación, en

conjunto con una voluntad política clara de avanzar en este sentido en la IM, también abonan la ampliación de la estrategia.

Esto puede a su vez generar externalidades más amplias en un sistema que es más receptivo post reforma sanitaria (no es casual que todas las experiencias en diversidad sexual y salud desde un enfoque de derechos se hayan producido luego de que se instalara el SNIS). Aún en el caso de la IM, que no integra formalmente el SNIS, el marco discursivo garantista de derechos y de priorización del primer nivel y de la estrategia de APS es un factor que legitima la estrategia y permite pensar en su extensión, desde un marco de articulación interinstitucional.

En la literatura sobre diversidad sexual, es clásica la referencia a la figura del armario (Sedgwick, 1998) para hacer referencia a la imposibilidad de expresar públicamente las orientaciones sexuales e identidades de género disidentes desde un modelo heteronormativo. Parte de la literatura ha insistido en el efecto negativo que esto tiene sobre la vida de las personas, que se ven obligadas a esta imposición de la privacidad. Si llevamos esta reflexión al ámbito de las políticas públicas, puede indicarse que hasta hace algunos años habían permanecido en un armario institucional (González y Soto, 2015), invisibilizando y negando la perspectiva de la diversidad como relevante para la construcción de ciudadanía y derechos asociados a la misma. Sin embargo, experiencias como la que aquí se analiza dan cuenta de una problematización de esa mirada tradicional que se erige desde las políticas públicas. Se trata de una estrategia en construcción que, como se indicó, no está exenta de tensiones, pero que presenta un intento de problematizar la noción tradicional de universalidad, y de navegar la complejidad asociada a la politización de derechos vinculados a identidades tradicionalmente oprimidas desde el modelo biopolítico.

Bibliografía

Aday, L and Andersen, R (1975) Development of Indices of access to medical care. Ann Arbor: Health Administration Press.

Aguilar Villanueva, L (1993) Problemas públicos y agenda de gobierno. Miguel Ángel Porrúa Librero Editor, México DF.

Arteta, Z (2015) Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual. En: MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo.

Beagan B, Fredericks E, Goldberg L (2012) Nurses work with LGBTQ patients: “they’re just like everybody else, so what’s the difference?” Can J Nurs Res. 2012;44: 44–63.

Beramendi, C (2012) "Una visita al mainstreaming de género desde el contexto". Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “La Ciencia Política desde el Sur”, Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 14-16 de noviembre de 2012. Recuperado el 2 de abril de 2017 de: http://www.aucip.org.uy/docs/cuarto_congreso/13131712%20-%20Beramendi,%20Carmen.pdf

Betone, C. et al (2012) Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Recuperado el 23 de octubre de 2016 de: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia>

Betti, L. et al (2011) El acceso a la atención de la salud de la población de la diversidad sexual. Construcción de políticas públicas a partir de un diagnóstico participativo.

Bolaño, R (2006) Los perros románticos. Barcelona: Acantilado.

Butler, J. (1988) Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. Theatre Journal, Vol. 40, No. 4., 519-531.

Butler, J. (2001) El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós: Ciudad de México.

Butler, J. (2002) Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós.

Cáceres, C et al (2008) Review of Legal Frameworks and the Situation of Human Rights related to Sexual Diversity in Low and Middle Income Countries. UNAIDS.

Cáceres, C et al (2013) Diversidad sexual, salud y ciudadanía. Rev. peru. med. exp. salud publica;30(4):698-704, oct.-dic. 2013: 698-704.

Campos, T. (2016) Experiencia del Ambulatorio de Medicina Familiar y Comunitaria para personas trans y travestis. Ponencia presentada en Coloquio Regional sobre Salud y Diversidad Sexual. Organizado por ASSE, Facultad de Medicina (UdelaR) y UNFPA, Montevideo.

CIDH (2015) Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonasLGTBi.pdf>

Coll-Planas, G y Missé, M (2015) La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. Papers : revista de sociologia, Vol. 100 Núm. 1 (Gener-Març 2015) , 35-52.

Colpitts, E y Gahagan, J (2016) "I feel like I am surviving the health care system": understanding LGBTQ health in Nova Scotia, Canada. *BMC Public Health*. Recuperado el 2 de julio de 2017 de: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3675-8>.

Crenshaw, K (1989) "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.

Daley, A y MacDonnell, J (2011) Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities. *Int J Equity Health*. 2011, 10-40.

De Barbieri, T (1999) "Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido", en *Mujer y Salud*, nº 2, Santiago de Chile.

Elder, C y Cobb, R (1993) "Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos". En Aguilar Villanueva, L (ed) *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Miguel Ángel Porrúa Librero Editor, México DF.

Failache, E et al (2013) "Privaciones objetivas y subjetivas de la población Trans en Uruguay". CSIC, Montevideo.

Fernández Chaves, F (2002) El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales* 96: 35-53.

Fish, J (2007) Getting equal: the implications of new regulations to prohibit sexual orientation discrimination for health and social care. *Diversity in Health and Social Care*;4: 221-8

Forrisi, F. (2016) Inclusión de las recomendaciones del Ministerio de Salud en diversidad sexual. Resultados del Relevamiento Nacional a Servicios de Atención a la Salud Públicos y Privados. Informe Preliminar.

Forrisi, F. y Gelpi, G. (2015) Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual. En: MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo.

Foucault, M (1995) Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI.

Fraser, N (2000) Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review* 3: 55-68

Fuentes, G (2015) "Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual y posibles escenarios y orientaciones de cambio". En Fernández Galeano, M, Levcovits, E y Olesker, D (Coords) Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal en Salud en Uruguay. OPS, Montevideo.

García Prince, E (2008) Políticas de igualdad, equidad y gender mainstreaming. ¿De qué estamos hablando? Marco conceptual. Recuperado el 2 de marzo de 2017 de: http://pmayobre.webs.uvigo.es/descargar_libros/evangelina_garcia_price/politica_s.pdf

Giovanella, L et al (2012) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la integralidad y la equidad. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Río de Janeiro.

Goffman, E (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall.

Gott, M et al (2004) "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* (2004) 21 (5): 528-536.

Guaranha, C. (2013) O desafio da equidade e da integralidade. Travestilidades e transexualidades no Sistema Único de Saúde. Tesis de maestría en mimeo, Porto Alegre.

Gulliford, M, Figueroa-Muñoz, J y Morgan, M (2003) Introduction: meaning of "access" in health care. En Gulliford, M y Morgan, M (eds) *Access to health care*. Routledge, Nueva York

Hall, P (1993) Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policy-making in Britain. *Comparative politics*, 25 (3), 275-296.

Harris, R (2013) Operationalisation of the construct of access to dental care: a position paper and proposed conceptual definitions. *Community dental Health*, 30, 94-101.

Honneth, A (1997) *La lucha por el reconocimiento*, Traducción española de Manuel Ballester, Barcelona, Crítica.

IM (2016) *Agenda de diversidad sexual e igualdad social 2016 - 2020*.

IMPO (2016) Una salud libre de estigma y discriminación en una ciudad que reconoce, respeta y celebra la diversidad. Disponible en: http://www.impo.com.uy/revista/IMP_revista_14.pdf

Jackson, B et al (2006) *Whose Public Health? An Intersectional Approach to Sexual Orientation, Gender Identity and the Development of Public Health Goals for Canada*. (Discussion Paper submitted to Health Canada), Rainbow Health Network (RHN)/Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario (CLGRO), Toronto.

Johnson, N y Sempol, D (2016) Igualdad de género y derechos de la diversidad sexual: avances y rezagos en el gobierno de Mujica. En Bentacur, N y Busquets, JM (Coords) *El decenio progresista. Fin de Siglo*, Montevideo.

Johnson, N, Rocha, C y Schenck, M (2015) *La inserción del aborto en la agenda político-pública uruguaya 1985-2013. Un análisis desde el Movimiento Feminista*. Cotidiano Mujer, Montevideo.

Kingdon, J (1995) *Agendas, alternatives, and public policies*. Harper Collins, Nueva York.

Kraft, M y Furlong, S (2006) *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*. CQ Press, Washington, DC.

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Mahoney, J (2000) Path dependence in historical sociology. *Theory and society*, 29 (4), 507-548.

Makadon, H (2011) Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2011 April;78(4):220-224.

Marshall, TH y Bottomore, TB (1998) Ciudadanía y clase social. Alianza Editorial, Madrid.

Martínez, P (2006) El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión, núm. 20, julio, 2006, 165-193.

Maulen, S. (2016) Análisis de la estrategia de consultorios amigables. Ponencia presentada en Coloquio Regional sobre Salud y Diversidad Sexual. Organizado por ASSE, Facultad de Medicina (UdelaR) y UNFPA, Montevideo (Inédito).

Mello, L, Perilo, M, Braz, Albuquerque, C y Pedrosa, C (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (9), 7-28.

Mendoza Parra, S (2016) Cobertura, acceso y equidad universal en salud, una caracterización de la producción científica de enfermería. Rev Latino-Am Enfermegem, 2016: 24.

MIDES (2015) TRANSFORMA: Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans. Documento Base. División de Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC). Montevideo.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa (2013) Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasilia.

Mohoney, J y Thelen, K (2010) Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power. Cambridge University Press, Cambridge.

Mooney, G (1983) Equity in health care: confronting the confusion. Effective Health Care, 1: 179-85.

MSP (2014a) "Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011 Uruguay - Informe 2014". Recuperado el 10 de octubre de 2016 de: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/102_file1.pdf

MSP (2014b) Recomendaciones para realizar consejería en VIH en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos. Recuperado el 10 de octubre de 2016 de: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Recomendaciones%20consejeria%20VIH%20en%20poblacion%20vulnerable%202014.pdf>

MSP (2016a) Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. Área Programática de ITS-VIH/Sida. Montevideo.

MSP (2016b) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (librillo). Recuperado el 7 de octubre de 2016 de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=475&Itemid=241

MSP (2016c) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (libro completo). Recuperado el 7 de octubre de 2016 de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%20MAYO%202016.pdf

MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA (2015) Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo.

MSP (2010) Informe epidemiológico ITS-VIH/SIDA. Dirección General de la Salud DEVISA - PPITS/SIDA. Montevideo.

Mulé, J et al (2009) Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity in Health* 2009, 8:18. Recuperado el 2 de julio de 2017 de: <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/18>.

MYSU (2012) Relevamiento de necesidades de salud en personas trans. Montevideo.

Núñez, G (2007) Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México DF.

OMS (2005) Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2016/06/manejo-de-its_spa.pdf

OMS (2016) Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021. Recuperado el 25 de noviembre de 2016 de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-sp.pdf?ua=1&ua=1

OMS (2016) FAQ on Health and Sexual Diversity - An Introduction to Key Concepts. OMS, Ginebra.

OPS (2010) Sistema Informático del Adolescente. Historia Clínica del Adolescente y formularios complementarios. Recuperado el 25 de noviembre de 2016 de: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=191-sistema-informatico-del-adolescente-sia&Itemid=219&lang=es

OPS (2013) Documento CD52/18 del 52º Consejo Directivo de la OPS.

OPS (2014) Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Documento del 53º Consejo Directivo de la OPS.

- Pechansky, R y Thomas, W (1981) The concept of access. *Medical Care*, 19: 127-40.
- Pierson, P (2000) Increasing returns, path dependence and the study of politics. *The American Political Science Review*, 94 (2), 251-267.
- Plummer, K (1995) *Intimate citizenship: private decisions and public dialogues*. University of Washington Press, Washington, DC.
- PNUD (2013) *Guía de implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual*. Buenos Aires.
- Ponzo, J (2015) *Informe de Sistematización de la Atención a Personas con VIH en el primer nivel de atención a partir del estudio de dos experiencias: Policlínica La Teja (Montevideo) y Centro Cívico Salvador Allende (Canelones)*. Área Programática de ITS-VIH/Sida, UNFPA. Montevideo.
- Rich, A (1980) Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5: 631-60.
- Rocha, C (2014) *Diversidad sexual en Uruguay. Las políticas de inclusión social para personas LGTB del Ministerio de Desarrollo Social (2010-2014)*. Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/112_file1.pdf
- Rocha, C (2015) *Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay*. Cuadernos del UNFPA. Año 9, N°8.
- Rocha, K (2009) *La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros*. *Qualitative Social Research*. Volumen 10, No. 2, Art. 28 – Mayo 2009.
- Saltzman, J (1992) *Equidad y Género*. Madrid: Cátedra Universitat de Valencia/ Instituto de la Mujer.
- Scott, J (1996) *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas, M. (comp) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Sedgwick, E.K. (1998) *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- Sempol, D (2013a) *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*. Random House Mondadori, Montevideo.
- Sempol, D (coord.) (2013b). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.
- Sempol, D (coord.) (2014). *De silencios y otras violencias*. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.

Sempol, D., Calvo, M., Rocha, C. y Schenck, M. (2016) Corporalidad trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.

Shaw, E (1999) A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2 (2): 59-70.

Sosa, A., Rosselli, K. y Forrasi, F. (2015) Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. En: MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. Montevideo.

Steinmo, S y Watts, J (1995) It's the institutions, stupid! Why the United States can't pass comprehensive National Health Insurance. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 20 (2), 329-372.

Streek, W y Thelen, K (2005) Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies. Oxford University Press, Nueva York.

Toro, J (2012) El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia Psicológica* 2012, Vol. 30, Nº 2, 71-76.

Ulin, P, Robinson, E y Tolley, E (2006) Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. OPS, Washington DC.

Vallespín, D (2002) El modelo constitucional de juicio justo en el ámbito del proceso civil. Atelier, Barcelona.

Vasilachis, I (Coord) (2006) Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa, Barcelona.

Verloo, M (2005) Mainstreaming Gender Equality in Europe. A Frame Analysis Approach. *The Greek Review of Social Research. Special Issue: Differences in the Framing of Gender Inequality as a Policy Problem across Europe* 117 (B'): 11-34.

Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C y Sosa, A (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado el 24 de noviembre de 2016, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Warner, M (1990) Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*; 9 (4 [29]): 3-17.

Weeks, J (1998) The sexual citizen theory. *Culture and society*, 15: 35-51.

Weeks, J. (1986) *Sexuality*. London: Routledge.

Whittemore, R, Chase, SK y Mandle, CL (2001) Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11 (4), pp. 522-537.

Yin, RK (1989) Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series, Newbury Park CA, Sage.

Zola, K (1981) "El culto a la salud y la medicina inhabilitante", en Illich, I et al., Profesiones inhabilitantes. Madrid, Blume Ediciones.

Anexo 1. Listado de personas entrevistadas

Institución/Organización	Entrevistado/a	Cargo / Rol	Fecha entrevista
Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO)	César Dos Santos	Referente	18/11/2016
ASSE -UDA Saint Bois - MfyC	Daniel Márquez	Adjunto a la dirección de ASSE / Docente de Medicina Familiar y Comunitaria	27/09/2016
Asociación Trans del Uruguay (ATRU)	Gloria Álvarez	Directora	11/11/2016
Cátedra de Enfermedades Infecciosas	Zaida Arteta	Prof. Agregada	09/11/2016
Cátedra de Enfermedades Infecciosas - Programa Nacional ITS-VIH/Sida (MSP)	Susana Cabrera	Prof. Agregada / responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida	09/11/2016
Centro de Referencia Amigable (CRAM)	Anabel Beniscelli	Docente	01/12/2016
División Salud IM	Analice Beron	Directora	15/08/2016
División Salud IM	María Eugenia Robledo	Integrante del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud	15/11/2016
Ministerio de Salud Pública - Área de Salud Sexual y Reproductiva	Florencia Forrissi	Asesora técnica en Salud LGBT	22/11/2016
Ovejas Negras	Magdalena Bessonart	Referente	25/11/2016
Policlínica Crottogini	Álvaro Díaz	Coordinador / Integrante del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud	29/09/2016
Policlínica Crottogini	Sofía Fernández	Administrativa	14/11/2016
Policlínica Crottogini	Judith Cruz	Médica general	17/11/2016
Policlínica Giraldez	Marta Arenas	Coordinadora	06/10/2016
Policlínica Giraldez	María del Socorro Fierro	Médica general y de Familia	06/10/2016
Policlínica Giraldez	Silvia Méndez	Administrativa	06/10/2016

Policlínica La Paloma	Mónica Gonzalvez	Coordinadora	26/09/2016
Policlínica La Paloma	Jorge Colo	Médico general	10/11/2016
Policlínica La Paloma	Victoria Novoa	Médica de Familia	11/11/2016
Policlínica La Paloma	Paula Leal	Administrativa	26/09/2016
Policlínica La Paloma	Ana Arriola	Vacunadora	26/09/2016
Policlínica La Paloma	Susana Álvarez	Vacunadora	26/09/2016
Policlínica La Teja	Marcelo Berta	Coordinador	25/10/2016
Policlínica La Teja	Gabriel González	Médico Infectólogo	17/10/2016
Policlínica La Teja	Aercio Rodales	Administrativo	11/11/2016
Policlínica La Teja	Sofía Comas	Médica de Familia	11/11/2016
Policlínica Tiraparé	Eugenia Cladera	Odontóloga	18/10/2016
Policlínica Tiraparé	Gustavo Milano	Coordinador	28/09/2016
Policlínica Tiraparé	Claudia Miraballes	Administrativa	04/11/2016
Policlínica Yucatán	Enrique Banizzi	Coordinador / Integrante del Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud	03/11/2016
Policlínica Yucatán	Álvaro Belando	Vacunador	03/11/2016
Policlínica Yucatán	Claudia Carloman	Administrativa	03/11/2016
Red Uruguaya de Jóvenes Positivos (RUJAP)	Mauricio Sosa	Referente	15/11/2016
Secretaría de la Diversidad de la IM	Andrés Scagliola	Coordinador	16/8/2016
Servicio de Atención a la Salud de la IM	Alicia Guerra	Responsable	15/11/2016
Trans Boys Uruguay (TBU)	Rodrigo Falcón	Referente	22/11/2016
Unión Trans del Uruguay (UTRU)	Alejandra Collette Richard	Presidenta	18/11/2016

Anexo 2. Pautas de entrevista

1. Pauta de entrevista a directora División Salud IM

- i. ¿De qué se ocupa la División Salud de la IM?
Ver: cometidos, institucionalidad
- ii. ¿Con qué otros actores relevantes del Sistema de salud articula sus acciones? (Ej: ASSE, MSP, UdelaR)
- iii. ¿Identifica algún cambio relevante en los servicios de salud que brinda la IM a raíz de la implementación de la reforma sanitaria que creó el SNIS?
- iv. Además de la reforma sanitaria (en caso de que la haya destacado), ¿hay algún otro cambio de relevancia que identifique en los últimos años respecto a las políticas sanitarias de la IM?
 - i. ¿Cómo describiría la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la atención de las personas LGTBI? (descripción de servicios disponibles y opinión)
 - ii. ¿Y de las personas que viven con VIH? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- v. Uno de los objetivos de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social 2016-2020 de la IM consiste en certificar al menos a 5 policlínicas como centros de salud libres de LGBTI-fobia. ¿Cómo se llegó a ese objetivo y qué pasos se están dando para alcanzarlo? ¿Y qué pasos habría que dar?
- vi. ¿Cómo se seleccionaron las policlínicas que van a ser certificadas como libres de LGBTI-fobia?
- vii. ¿Qué otras medidas sanitarias habría que implementar para garantizar la atención integral en salud de personas LGBTI?
- viii. ¿Hay algún antecedente de atención integral en salud de personas LGBTI a nivel regional que le parece relevante? ¿Y a nivel nacional?

2. Pauta de entrevista a responsable Servicio de Atención a la Salud de la IM

- i. ¿De qué se ocupa el área de Atención en Salud de la IM?
Ver: cometidos, institucionalidad
- ii. ¿Con qué otros actores relevantes del Sistema de salud articula sus acciones? (Ej: ASSE, MSP, UdelaR)
- iii. ¿Identifica algún cambio relevante en los servicios de salud que brinda la IM a raíz de la implementación de la reforma sanitaria que creó el SNIS?
- iv. Además de la reforma sanitaria (en caso de que la haya destacado), ¿hay algún otro cambio de relevancia que identifique en los últimos años respecto a las políticas sanitarias de la IM?
- v. ¿Cómo describiría la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la atención de las personas LGTBI? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- vi. ¿Y de las personas que viven con VIH? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- vii. Uno de los objetivos de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social 2016-2020 de la IM consiste en certificar al menos a 5 policlínicas como centros de salud libres de LBTI-fobia. ¿Cómo se llegó a ese objetivo y qué pasos se están dando para alcanzarlo? ¿Y qué pasos habría que dar?
- viii. ¿Cómo se seleccionaron las policlínicas que van a ser certificadas como libres de LBTI-fobia?
- ix. ¿Qué otras medidas sanitarias habría que implementar para garantizar la atención integral en salud de personas LGBTI?
- x. ¿Hay algún antecedente de atención integral en salud de personas LGBTI a nivel regional que le parece relevante? ¿Y a nivel nacional?

3. Pauta integrantes Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud

- i. ¿Cómo se conformó el Grupo de Trabajo en Diversidad y Salud? ¿Cuáles son sus principales líneas de acción?
- ii. ¿Con qué otros actores relevantes del Sistema de salud articula sus acciones la IM? (Ej: ASSE, MSP, UdelaR)
- iii. ¿Identifica algún cambio relevante en los servicios de salud que brinda la IM a raíz de la implementación de la reforma sanitaria que creó el SNIS?
- iv. Además de la reforma sanitaria (en caso de que la haya destacado), ¿hay algún otro cambio de relevancia que identifique en los últimos años respecto a las políticas sanitarias de la IM?
- v. ¿Cómo describiría la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la atención de las personas LGTBI? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- vi. ¿Y de las personas que viven con VIH? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- vii. Uno de los objetivos de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social 2016-2020 de la IM consiste en certificar al menos a 5 policlínicas como centros de salud libres de LGBTI-fobia. ¿Cómo se llegó a ese objetivo y qué pasos se están dando para alcanzarlo? ¿Y qué pasos habría que dar?
- viii. ¿Cómo se seleccionaron las policlínicas que van a ser certificadas como libres de LGBTI-fobia?
- ix. ¿Qué otras medidas sanitarias habría que implementar para garantizar la atención integral en salud de personas LGBTI?
- x. ¿Hay algún antecedente de atención integral en salud de personas LGBTI a nivel regional que le parece relevante? ¿Y a nivel nacional?

4. Pauta coordinador de la Secretaría de la Diversidad de la IM

- i. ¿Cuáles son los lineamientos de trabajo de la Secretaría en relación a la salud?
- ii. ¿Cómo describiría la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la atención de las personas LGTBI? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- iii. ¿Y de las personas que viven con VIH? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- iv. ¿Por qué surge la idea de certificar a policlínicas de la IM como "Libres de LGTBI-fobia"?
- v. ¿Cuáles son las características centrales de esta estrategia?
- vi. ¿Qué pasos se han dado y cuáles se está pensando dar para asegurarla?
- vii. ¿Cómo se seleccionaron las policlínicas que van a ser certificadas como libres de LGBTI-fobia?
- viii. ¿Qué otras medidas sanitarias habría que implementar para garantizar la atención integral en salud de personas LGBTI?
- ix. ¿Hay algún antecedente de atención integral en salud de personas LGBTI a nivel regional que le parece relevante? ¿Y a nivel nacional?

5. Pauta coordinadores/as de Policlínicas de la IM

- i. Nombre, edad, especialidad, tiempo que hace que trabaja en la policlínica, tiempo que trabaja como coordinador/a.
- ii. ¿De qué se ocupa una policlínica?
- iii. ¿Cuántas personas y consultas recibe por año? ¿Cuáles diría que son los motivos de la mayoría de las consultas? (percepción)
- iv. ¿Con qué otros actores relevantes del Sistema de salud articula sus acciones? (Ej: ASSE, MSP, UdelaR, otras policlínicas)
- v. ¿Identifica algún cambio relevante en los servicios de salud que brinda la policlínica a raíz de la implementación de la reforma sanitaria que creó el SNIS?
- vi. Además de la reforma sanitaria (si la mencionó como relevante), ¿hay algún otro cambio de relevancia que identifique en los últimos años respecto a las políticas sanitarias de la IM?
- vii. ¿Cómo describiría la situación de los servicios de salud de la IM en relación a la atención de las personas LGTBI? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- viii. ¿Y de las personas que viven con VIH? (descripción de servicios disponibles y opinión)
- ix. Uno de los objetivos de la Agenda de Diversidad Sexual e Igualdad Social 2016-2020 de la IM consiste en certificar al menos a cinco policlínicas como centros de salud libres de LBTI-fobia. ¿Qué opina de esta estrategia? ¿Qué opinión tiene de que la policlínica que Ud. coordina haya sido seleccionada?

- x. ¿Es relevante en un el trabajo de la policlínica saber la orientación sexual o la identidad de género de un usuario/a? ¿Por qué? (ver por ejemplo: prevalencia de enfermedades, exámenes que se indican, etc.)

- xi. ¿Puede mencionarme guías clínicas, protocolos o directrices para tratar con población LGTBI?

- xii. ¿Se registra en la historia médica u otros registros si un usuario/a es LGTBI?

- xiii. ¿Cuántos diría que son los pacientes que se identifican como LGTBI en la consulta en relación a otros pacientes? ¿Por qué tipo de motivos diría que consultan?

- xiv. ¿Asistió a las capacitaciones de la IM respecto a temáticas de diversidad? ¿Qué opinión tiene de las mismas? ¿Sería necesario tener más capacitaciones específicas sobre estas temáticas?

- xv. ¿Qué otras medidas sanitarias habría que implementar para garantizar la atención integral en salud de personas LGBTI?

- xvi. ¿Hay algún antecedente de atención integral en salud de personas LGBTI y personas con VIH libre de estigma y de discriminación a nivel regional que le parece relevante? ¿Y a nivel nacional?

- xvii. ¿Cómo se trabaja lo referente a VIH en esta policlínica?

6. Pauta personal médico, de odontología y enfermería de las Policlínicas de la IM

- i. Nombre, edad, especialidad, tiempo que hace que trabaja en la policlínica.
- ii. ¿Es relevante en una consulta saber la orientación sexual o la identidad de género de un usuario/a? ¿Por qué? (ver por ejemplo: prevalencia de enfermedades, exámenes que se indican, etc)
- iii. ¿Cómo se puede saber en una consulta lo referente a orientación sexual o identidad de género?
- iv. ¿Puede mencionarme guías clínicas, protocolos o directrices para tratar con población LGTBI?
- v. ¿Se registra en la historia médica u otros registros si un usuario/a es LGTBI?
- vi. ¿Cuántos diría que son los pacientes que se identifican como LGTBI en la consulta en relación a otros pacientes? ¿Por qué tipo de motivos diría que consultan?
- vii. ¿Asistió a las capacitaciones de la IM respecto a temáticas de diversidad? ¿Qué opinión tiene de las mismas?
- viii. ¿Sería necesario tener más capacitaciones específicas sobre estas temáticas?
- ix. En su opinión, ¿ ha habido un cambio en el abordaje de la diversidad sexual en los últimos años? SI RESPONDE QUE SÍ: ¿En qué sentido?
- x. ¿Qué implica que la policlínica se certifique como libre de LGTBI-fobia?

xi. ¿Cómo se trabaja lo referente a VIH en esta policlínica?

7. Pauta médico encargado de Policlínica de Infectología (IM-ASSE)

- i. Nombre, edad, tiempo que hace que trabaja en la policlínica.
- ii. ¿Qué prestaciones se dan en esta policlínica para las personas que viven con VIH?
- iii. ¿En qué se diferencia la atención que se da en esta policlínica respecto a esta población de las demás policlínicas de la IM?
- iv. ¿Reciben usuarios/as de otras policlínicas? ¿Hay un protocolo para estas derivaciones?
- v. ¿Con qué otras instituciones u actores del sistema sanitario articulan sus acciones?
- vi. ¿Cuántas personas que viven con VIH atienden actualmente?
- vii. ¿Cuáles dirías que son las claves para brindar atención a personas con VIH libre de estigma y discriminación?
- viii. ¿En qué consiste la estrategia 90/90/90 y qué cambios representa respecto al modelo anterior a la misma?
- ix. ¿Es relevante en una consulta saber la orientación sexual o la identidad de género de un paciente? ¿Por qué? (ver por ejemplo: prevalencia de enfermedades, exámenes que se indican, etc)
- x. ¿Cómo se puede saber en una consulta lo referente a orientación sexual o identidad de género?

- xi. ¿Puede mencionarme guías clínicas, protocolos o directrices para tratar con población LGTBI?
- xii. ¿Se registra en la historia médica u otros registros si un paciente es LGTBI?
- xiii. ¿Cuántos diría que son los usuarios/as que se identifican como LGTBI en la consulta en relación a otros usuarios/as?
- xiv. ¿Asistió a las capacitaciones de la IM respecto a temáticas de diversidad? ¿Qué opinión tiene de las mismas? ¿Sería necesario tener más capacitaciones específicas sobre estas temáticas?
- xv. En su opinión, ¿ha habido un cambio en el abordaje de la diversidad sexual en los últimos años? SI RESPONDE QUE SÍ: ¿En qué sentido?
- xvi. ¿Qué implica que la policlínica se certifique como libre de LGTBI-fobia?

8. Pauta de entrevista a personal administrativo de las Policlínicas de la IM

- i. Nombre, edad, cargo, tiempo que hace que trabaja en la policlínica.
- ii. ¿Es relevante conocer la orientación sexual o la identidad de género de un usuario/a? ¿Por qué?
- iii. ¿Puede mencionarme guías clínicas, protocolos o directrices para tratar con población LGTBI?
- iv. ¿Se registra en la historia médica u otros registros si un usuario/a es LGTBI?
- v. ¿Cuántos diría que son los usuarios/as que se identifican como LGTBI en relación a otros usuarios/as?
- vi. ¿Asistió a las capacitaciones de la IM respecto a temáticas de diversidad? ¿Qué opinión tiene de las mismas?
- vii. ¿Sería necesario tener más capacitaciones específicas sobre estas temáticas?
- viii. En su opinión, ¿ha habido un cambio en el abordaje de la diversidad sexual en los últimos años? SI RESPONDE QUE SÍ: ¿En qué sentido?
- ix. ¿Qué implica que la policlínica se certifique como libre de LGTBI-fobia?
- x. ¿Cómo se trabaja lo referente a VIH en esta policlínica?

9. Pauta al Dr. Daniel Márquez_ ASSE, UDA St Bois, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

- i. ¿Es relevante abordar diversidad sexual e identidad de género desde el sistema de salud? ¿Por qué?
- ii. ¿Es relevante abordar estos temas desde el primer nivel de atención? ¿Por qué?
VER: ASSE, policlínicas
- iii. ¿Qué aporte se puede hacer desde la Medicina Familiar y Comunitaria al trabajo que se realiza en este nivel, particularmente en las policlínicas?
- iv. La IM está desarrollando actualmente un proceso de certificación de al menos cinco policlínicas como "centros de salud "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta estrategia? ¿Qué pasos habría que dar para alcanzar ese objetivo?
- v. Actualmente, sabemos que esta población, y particularmente las personas trans, tienen una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Cómo hacerlo sin reforzar el estigma?
 - a. Sobre ASSE
- vi. ¿Cómo se contempla desde ASSE lo referente a diversidad y salud?
- vii. ¿Y cómo es el abordaje sobre VIH?
- MACRO
- viii. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud de la IM o la Secretaría de la Diversidad?
- ix. ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?

- x. ¿Se prevé por ejemplo establecer protocolos de derivación y seguimiento para atención de personas LGTBI?
- xi. ¿Se coordinan acciones en lo referente a diagnóstico y atención a personas que viven con VIH?

MICRO

- xii. En el micro nivel, existen coordinaciones que se establecen en la práctica a nivel del sistema de referencia y contrarreferencia. ¿Cómo funciona en la práctica ese sistema y en qué se podría mejorar?

b. Sobre UDA

MACRO

- xiii. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud de la IM o la Secretaría de la Diversidad?
- xiv. ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?
- xv. ¿Se prevé por ejemplo establecer protocolos de derivación y seguimiento?

MICRO

- xvi. En el micro nivel, pueden existen coordinaciones informales que se establecen en la práctica. ¿Cómo funciona en ese sistema y en qué se podría mejorar?

10. Pauta referente Área de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Salud Pública)

- i. ¿Es relevante abordar diversidad sexual e identidad de género desde el sistema de salud? ¿Por qué?
- ii. ¿Es relevante abordar estos temas desde el primer nivel de atención? ¿Por qué?
- iii. ¿Qué se podría hacer para que las policlínicas fueran realmente inclusivas para personas LGTBI?
- iv. La IM está desarrollando actualmente un proceso de certificación de al menos cinco policlínicas como "centros de salud "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta estrategia? ¿Qué pasos habría que dar para alcanzar ese objetivo?
- v. Actualmente, sabemos que esta población, y particularmente las personas trans, tienen una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Cómo hacerlo sin reforzar el estigma?
- vi. ¿Cómo se contempla desde el Ministerio lo referente a diversidad y salud?
- vii. ¿Y cómo es el abordaje sobre VIH y su intersección con diversidad?
- viii. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud de la IM o la Secretaría de la Diversidad?
- ix. ¿Deberían existir otros ámbitos de coordinación?
- x. ¿Se prevé por ejemplo establecer protocolos para incorporar la perspectiva de la diversidad en la salud?

11. Pauta responsable Área Programática ITS/VIH-SIDA (Ministerio de Salud Pública)

- i. ¿Cómo se aborda en Uruguay lo referente a VIH desde el sistema sanitario?
¿Cómo ha ido variando desde que se detectó el primer caso hasta hoy?
- ii. ¿En qué consiste la estrategia 90/90/90 y cómo se está llevando a cabo en Uruguay?
- iii. ¿Cómo describirían la atención que se da a las personas que viven con VIH en Uruguay?
- iv. Específicamente en el primer nivel de atención; ¿qué servicios hay disponibles y cómo son esos servicios?
- v. ¿Es relevante abordar este tema en el primer nivel de atención?
- vi. ¿Qué aporte se puede hacer desde la cátedra al trabajo que se realiza en este nivel, particularmente en las policlínicas? ¿Y desde el Ministerio?
- vii. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud de la IM o con la Secretaría de la Diversidad? ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?
- viii. ¿Cómo les parece que se podría avanzar en generar una atención en salud libre de estigma y discriminación para personas que viven con VIH?
- ix. Actualmente, sabemos que la población LGTB, y particularmente las personas trans, tiene una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Y cómo hacerlo sin reforzar el estigma?

- x. La IM está planificando certificar algunas de sus policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta medida?

- xi. ¿Podrían mencionar buenas prácticas (o prácticas significativas) de atención integral en salud de personas que viven con VIH a nivel regional?

12. Pauta referente Cátedra de Enfermedades Infecciosas

- i. ¿Cómo se aborda en Uruguay lo referente a VIH desde el sistema sanitario?
¿Cómo ha ido variando desde que se detectó el primer caso hasta hoy?
- ii. ¿En qué consiste la estrategia 90/90/90 y cómo se está llevando a cabo en Uruguay?
- iii. ¿Cómo describirían la atención que se da a las personas que viven con VIH en Uruguay?
- iv. Específicamente en el primer nivel de atención; ¿qué servicios hay disponibles y cómo son esos servicios?
- v. ¿Es relevante abordar este tema en el primer nivel de atención?
- vi. ¿Qué aporte se puede hacer desde la cátedra al trabajo que se realiza en este nivel, particularmente en las policlínicas? ¿Y desde el Ministerio?
- vii. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud de la IM o con la Secretaría de la Diversidad? ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?
- viii. ¿Cómo les parece que se podría avanzar en generar una atención en salud libre de estigma y discriminación para personas que viven con VIH?
- ix. Actualmente, sabemos que la población LGTB, y particularmente las personas trans, tiene una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Y cómo hacerlo sin reforzar el estigma?

- x. La IM está planificando certificar algunas de sus policlínicas como "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta medida?

- xi. ¿Podrían mencionar buenas prácticas (o prácticas significativas) de atención integral en salud de personas que viven con VIH a nivel regional?

13. Pauta referente CRAM

- i. ¿Es relevante abordar diversidad sexual e identidad de género desde la salud? ¿Por qué?
- ii. ¿Es relevante abordar estos temas desde el primer nivel de atención? ¿Por qué?
- iii. ¿Qué se podría hacer para que las policlínicas fueran realmente inclusivas para personas LGTB?
- iv. La IM está desarrollando actualmente un proceso de certificación de al menos cinco policlínicas como "centros de salud "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta estrategia? ¿Qué pasos habría que dar para alcanzar ese objetivo?
- v. Actualmente, sabemos que esta población, y particularmente las personas trans, tienen una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Cómo hacerlo sin reforzar el estigma?
- vi. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud de la IM? ¿Y con la Secretaría de la Diversidad?
- vii. ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?

14. Pauta OSC vinculadas con la diversidad

- i. ¿Podría describirme a su organización y el trabajo que realiza?
- ii. ¿Es relevante abordar diversidad sexual e identidad de género desde la salud? ¿Por qué?
- iii. ¿Su organización tiene líneas de trabajo en este sentido?
- iv. ¿Es relevante abordar estos temas desde el primer nivel de atención? ¿Por qué?
- v. ¿Qué se podría hacer para que las policlínicas fueran realmente inclusivas para personas LGTBI?
- vi. La IM está desarrollando actualmente un proceso de certificación de 5 policlínicas como "centros de salud "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta estrategia? ¿Qué pasos habría que dar para alcanzar ese objetivo?
- vii. ¿Su organización tiene algún tipo de abordaje sobre VIH?
- viii. Actualmente, sabemos que los varones gays y las mujeres trans tienen una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Cómo hacerlo sin reforzar el estigma?
- ix. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud o la Secretaría de la Diversidad de la IM?
- x. ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?

15. Pauta OSC vinculadas con VIH

- i. ¿Podría describirme a su organización y el trabajo que realiza?
- ii. ¿Es relevante abordar estos temas desde el primer nivel de atención? ¿Por qué?
- iii. ¿Se coordinan acciones actualmente con la División Salud o la Secretaría de la Diversidad de la IM?
- iv. ¿Deberían existir ámbitos de coordinación?
- v. ¿Su organización tiene algún tipo de abordaje sobre diversidad sexual?
- vi. Actualmente, sabemos que los varones gays y las mujeres trans tienen una vulnerabilidad particular en lo que respecta a VIH. ¿Es importante abordar este punto desde los servicios de salud? ¿Cómo hacerlo sin reforzar el estigma?
- vii. La IM está desarrollando actualmente un proceso de certificación de 5 policlínicas como "centros de salud "Libres de LGTBI-fobia". ¿Qué opina de esta estrategia? ¿Qué pasos habría que dar para alcanzar ese objetivo?

Anexo 3. Descripción de antecedentes relevantes para la experiencia de la IM

En este apartado, se realiza una presentación de prácticas significativas de incorporación de la perspectiva de la diversidad en salud a nivel regional y nacional, desde la perspectiva de los actores entrevistados de la IM.

El anexo se basa en el análisis de fuentes secundarias de carácter heterogéneo (sistematizaciones previas, normas y decretos, documentos institucionales, folletería, notas publicadas en prensa, intervenciones en seminarios, etc.). Se utiliza aquí la sigla LGTB porque es la que aparece en las fuentes analizadas; prácticamente no se encontró referencia a la población intersex en la información relevada para la elaboración de este apartado.

1. Antecedentes regionales

1.1. Brasil

En Brasil, la atención integral de la salud para personas LGTB⁹⁰ es un tema en actual discusión, que ha contado con un impulso importante a partir de la conquista de derechos de la población LGTB, lo que se relaciona en gran medida con las acciones desarrolladas desde los movimientos sociales para dar visibilidad a esta población e impulsar la creación de políticas públicas inclusivas (Assis y Facchini, 2009; Ministerio de Salud de Brasil, 2013; Guaranha, 2014).

Desde 2011, existe una línea de política sanitaria dentro del Sistema Único de Salud que se ocupa de estos colectivos: se trata de la Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB, establecida por el Decreto N° 2.836, del 1° de diciembre de 2011 y aprobada por la Comisión tripartita (ITC) por resolución N° 2 del 6 de diciembre de 2011, que guía el plan operativo de Salud Integral LGTB. Esta política implicó "un punto de inflexión para las políticas de salud pública en Brasil y un reconocimiento histórico de las demandas de esta población en condición de vulnerabilidad" (Ministerio de Salud de Brasil, 2013: 6), y se guió por las directrices gubernamentales expresadas en el Programa Brasil sin Homofobia⁹¹, de

⁹⁰ En Brasil no hay una única forma de referirse a las personas trans (ni desde la política sanitaria, ni desde los movimientos por la diversidad ni desde las personas que se autodefinen de esa forma), por lo que se trata de un término en disputa; por ello, se hace referencia a "trans y travesti" en la mayoría de los documentos analizados.

⁹¹ En 2004, el gobierno estableció el Programa Brasil sin Homofobia, con el fin de combatir la violencia y la discriminación contra las personas LGTB y la promoción de la ciudadanía no heterosexual. Este programa fue promovido por la Secretaría Especial de Derechos Humanos

2004, con el objetivo de abordar las discriminaciones y exclusiones específicas de la población LGTB en el sistema de salud.

Por otra parte, si bien se observa que desde la 12ª Conferencia Nacional de Salud en 2003 el tema de los derechos LGTB estaba siendo tomado por el sistema sanitario, es en 2007 cuando la 13ª Conferencia Nacional de Salud incluye la orientación sexual y la identidad de género en el análisis de los determinantes sociales de la salud. También cabe señalar que el Ministerio de Salud diseñó el Plan Nacional para Enfrentar el SIDA y las ITS entre gays, HSH y personas trans (2008) en el que se asocia la mayor vulnerabilidad al virus a la situación de homofobia y particular segregación a la que se exponen, particularmente las/los más jóvenes.

En el marco de este proceso, en 2008 la Secretaría Especial de Derechos Humanos celebró la primera Conferencia Nacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans, en donde el Ministerio de Salud presentó públicamente los principios de la política LGTB, la cual fue finalmente aprobada en 2009 por el Consejo Nacional de Salud.

Este camino condujo a la Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB de 2011, que se plantea como una vía para reforzar la universalidad real del sistema, contemplando acciones dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, además de estimular la producción de conocimientos y el fortalecimiento de la representación de la población LGTB en instancias de participación. De hecho la elaboración de esta política comprendió un proceso de consultas y en ella se reconoce explícitamente el rol de los movimientos sociales en este tema, lo que se inscribe en una tradición que se remonta a la década de 1980, en donde dichos movimientos dieron visibilidad a los problemas de salud vinculados a la epidemia de VIH/SIDA que afectaban a la población LGTB y fueron parte de las estrategias desarrolladas por el Ministerio de Salud frente al tema (particularmente hacia los considerados "grupos de riesgo": varones homosexuales y personas trans).

La Política Nacional de Salud Integral para personas LGTB parte de que el respeto sin prejuicios y sin discriminación es el fundamento para humanizar la promoción, la protección, el cuidado y atención de la salud. Para que esto se efectivice, la política articula un conjunto de acciones y programas a aplicar en todas las esferas de la gestión del sistema, previendo un permanente acompañamiento de la sociedad civil. Se plantea así que:

(...) frente a cualquier discriminación y exclusión social se debe promover la democracia social, la laicidad del Estado y, al mismo tiempo, se exige ampliar la conciencia sanitaria con movilización en torno a la defensa del derecho a la salud y

(SEDH) de la Presidencia de la República, con la participación de la sociedad civil, y consistió en realizar recomendaciones generales a diferentes sectores del gobierno con el fin de asegurar que las políticas, programas y acciones no reprodujeran la discriminación y promovieran la equidad de acceso a los servicios públicos.

los derechos sexuales como componente fundamental de la salud (Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013: 8).

El funcionamiento de esta política comprende estrategias para las administraciones federales, estatales y municipales, con el fin de garantizar que el SUS sea un sistema universal, integral y justo para toda la población. Principalmente, las acciones se articulan en cuatro ejes que especifican diversas líneas⁹²:

- *Eje 1 - Acceso a la salud integral para las personas LGTB*

1. Con el objetivo de garantizar una atención integral, se plantea la calificación de lo que implica brindar servicios adecuados a la población LGTB.
2. Se plantea la expansión de los servicios específicos que se brindan a las personas trans.

- *Eje 2 - Acciones de promoción y vigilancia de la salud para la población LGTB*

1. Se incluye a la violencia por orientación sexual e identidad de género dentro del Sistema de Vigilancia de Violencia y Lesiones (Viva, por su acrónimo en portugués), para dar visibilidad a la violencia ejercida contra la población LGTB.
2. Se plantea la inclusión de indicadores sanitarios vinculados con la población LGTB.

- *Eje 3 - Educación permanente y programa de educación para la salud centrado en la población LGTB*

1. Se inserta la temática de la salud LGTB en la formación permanente de administradores/as y profesionales de la salud del SUS.

⁹² Tomado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/LGTB/19324-plano-operativo>. Última fecha de acceso: 26/11/16.

2. Se elaboran materiales y estrategias educativas para la promoción, protección y recuperación de la salud de las personas LGTB.

3. Se fomenta el desarrollo de investigación centrada en las prioridades de salud de la población LGTB.

4. Desde la Universidad Abierta del SUS, se incluye la temática de la diversidad en los cursos de educación a distancia dirigidos a profesionales de la salud y otros/as interesados; y también en los dirigidos a promotores/as de salud y líderes sociales, en colaboración con el Consejo Nacional de Salud.

5. Se coordinan acciones para asegurar que consideren cuestiones de esta política estrategias como el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud, el Programa de Telesalud Brasil y el Programa de Educación para la Salud en el Trabajo.

• *Eje 4 - Seguimiento y evaluación de programas de salud para la población LGTB*

El seguimiento y evaluación se realiza en base a las acciones anteriormente mencionadas en los ejes 1, 2 y 3. A nivel federal se lleva a cabo a través del Sistema de Control, Seguimiento y Evaluación de los Resultados (E-CAR). También el Comité Técnico de Salud Integral LGTB del Ministerio de Salud realiza tareas de monitoreo y evaluación.

1.2. Argentina

En Argentina, la línea de trabajo dirigida a la diversidad sexual comenzó a implementarse desde la Dirección de SIDA y ETS⁹³ (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación, tomando el reclamo de las organizaciones de la sociedad civil.

Dicha dirección desarrolla la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA desde un marco de profundización de los derechos ciudadanos (Betti et al, 2011), trazándose lineamientos estratégicos y acciones que tienden a considerar y garantizar el cumplimiento de estos derechos, centrando la respuesta en las/los usuarios y sus necesidades. Se definió trabajar en políticas que atendieran la diversidad sexual porque en Argentina la epidemia de VIH es de tipo concentrada, ya que la

⁹³ Debe indicarse que actualmente, la OMS recomienda reemplazar el término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por infección de transmisión sexual (ITS). "En 1999 se adoptó el término infección de transmisión sexual, puesto que también incluye a las infecciones asintomáticas. Además, un gran número de publicaciones y sociedades científicas lo adoptaron" (OMS, 2005: vi).

proporción de personas infectadas en la población joven y adulta es menor al 1%, pero es mayor al 5% en algunos subgrupos GTB (Betti et al, 2011).

En 2009, en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la DSyETS decidió profundizar su política preventiva-asistencial hacia la población LGTB. Fue entonces que realizó la investigación diagnóstica “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/SIDA e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina” en 14 ciudades de todo el país⁹⁴, para saber cuáles eran las condiciones de atención de las personas de la diversidad sexual en los hospitales públicos. Allí se identificaron tres núcleos principales que afectaban negativamente a las personas GTB, limitando tanto el acceso como la calidad de la atención:

- a. Temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales, que obstaculizaba el acceso y la relación con el equipo de salud
- b. Temor en las personas trans a sufrir burlas o malos tratos
- c. Falta de capacitación para trabajar sobre diversidad sexual en las instituciones y equipos de salud

Como resultado de esa investigación, se buscó generar una respuesta focalizada en el marco de políticas universales de acceso a la salud, con un abordaje de equidad que se proponía atender a las vulnerabilidades encontradas. Así, entre 2010 y 2012 se crearon e implementaron los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual, orientados hacia personas GTB, que se instalaron inicialmente en siete ciudades⁹⁵. En el segundo semestre de 2012, se sistematizó la experiencia de los consultorios amigables y se elaboró una guía (PNUD, 2013) que permite acceder a información clave para replicar la experiencia.

El proyecto fue impulsado por la DSyETS en alianza con agencias del Sistema de Naciones Unidas, que conformaron una Mesa de Gestión que se transformó en un motor tanto técnico como político para el proyecto, que consistió en impulsar la creación de los consultorios a través de la oferta de apoyo político, técnico y financiero. Dichos consultorios se instalaron en hospitales o centros de salud seleccionados en base a la dimensión de la epidemia del VIH/SIDA en la población GTB, la receptividad de las autoridades sanitarias locales frente a la propuesta, la existencia de un hospital público dispuesto a experimentar una nueva forma de trabajo y la existencia de al menos una organización de la sociedad civil en el plano local que actuara en el área de diversidad sexual.

⁹⁴ Las ciudades participantes fueron: Florencio Varela, La Matanza, Olavaria, Mar del Plata, Rosario, Córdoba, Mendoza, Neuquen, San Carlos de Bariloche, San Miguel de Tucumán, Santiago del Estero, San Salvador de Jujuy, Salta y Ciudad de Buenos Aires

⁹⁵ San Juan, Salta, La Matanza, Mar del Plata, Rosario, Lanús y San Martín.

De hecho, los consultorios siempre funcionaron en asociación con organizaciones locales de la sociedad civil con trabajo en el ámbito de VIH/SIDA y/o derechos sexuales. Este punto -la conformación de equipos locales de carácter mixto-, fue visto como una de las claves del proceso, dado que potenció la creación de la demanda (dando gran responsabilidad en ello a las OSC) vinculándola con la oferta de servicios (dependiente de los equipos de salud).

En este marco, las organizaciones de la sociedad civil se ocupaban de la promoción del consultorio en los espacios en los que socializaban personas GTB (lugares de esparcimiento, de encuentro o de trabajo sexual, por ejemplo) y acompañaban y/o recibían a esta población cuando accedía al consultorio. Por su parte, el equipo de salud brindaba una canasta de prestaciones como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras ITS, así como apoyo psicosocial y hormonización para personas trans. Ello se realizaba en horarios por lo general no habituales para la atención, como vespertino o nocturno. El equipo asumía a su vez el compromiso de capacitarse en esta área; como parte de la formación básica de los equipos de salud que participaban en estos consultorios, se les daba una capacitación sobre diversidad sexual y salud, otra sobre salud anal, y otra sobre hormonización para personas trans. Como se indica en la guía, estos contenidos surgieron a demanda de los equipos locales, dado que eran temas prácticamente desconocidos en el ámbito sanitario.

Además de las capacitaciones, se ofrecía a los equipos mixtos (conformados por equipos de salud y OSC) rotaciones y pasantías por otros servicios de salud del país, así como se estimulaba el uso de guías y materiales, y la generación de productos propios para la difusión.

Los consultorios se estructuraron en base a tres actividades principales: i) promoción y prevención en la comunidad GTB, realizada a partir de promotores integrantes de OSC o personas convocadas y capacitadas desde la sociedad civil; ii) recepción, efectuada por el mismo promotor/a que hizo la captación del usuario/a, por otro/a integrante de OSC o por un administrativo/a capacitado, en donde se informa y orienta a la persona y se inicia la historia clínica; y iii) atención. Contaban a su vez con otros soportes que permitían ampliar la propuesta (red de derivaciones con otros servicios de salud, contactos con laboratorio) y con un acompañamiento o supervisión para el cuidado del equipo y de la tarea que realizaba.

En la sistematización sobre la experiencia de los consultorios, se recoge que generó dudas el llamarlos de esta forma, dado que se consideró que el establecer un dispositivo especializado podía incluso aumentar la discriminación hacia la población LGTB o cuestionar indirectamente el tipo de atención que se brindaba en otros espacios asistenciales. Por otra parte, en la experiencia de Argentina, la mayoría de los consultorios amigables se instalaron en hospitales públicos en los

consultorios destinados históricamente a la atención de VIH/SIDA, y formaron parte de los equipos originales médicos/as infectólogos/as. Ello se explica en que quienes promovían el proyecto eran los actores vinculados al VIH/SIDA y a que se detectó que los equipos con mayor experiencia de trabajo con población LGTB eran los equipos especializados en VIH.

No obstante, se observó que este vínculo puede resultar contraproducente para la población a la que se quería alcanzar, "en la medida en que uno de los estigmas que acarrea es que en muchos lugares del país se sigue identificando 'persona gay o *trans* = persona a la que es preciso hacerle un test de VIH/persona que tiene VIH'" (PNUD, 2013: 23). Ello desalentaba la demanda del servicio por parte de la población objetivo, ya que reforzaba el vínculo preexistente en el imaginario entre VIH/SIDA y diversidad sexual.

Debido a esto, los equipos locales reaccionaron y modificaron este perfil, mudando el consultorio de lugar físico y modificando la composición de los equipos, que pasaron a estar liderados por médicos/as generalistas, clínicos o ginecólogos, quedando el infectólogo/a en un rol de consulta o derivación.

Cabe señalar que esta respuesta institucional del Ministerio de Salud se produjo varios años antes de la Ley 26.743, de Identidad de Género⁹⁶, que se aprobó en el año 2012. A partir de esa ley, quien se vuelve responsable y ejecutor de las políticas sanitarias es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

2. Antecedentes nacionales

⁹⁶ En el marco de esta ley, se establece en el artículo 11 que: "Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad. Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce. Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación". Tomado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>. Última fecha de acceso: 20/11/2016.

2.1. Centros de Salud Libres de Homofobia (ASSE)

En junio de 2012, con el objetivo de generar una experiencia de aprendizaje entre la comunidad médica y el colectivo LGTB que generara una atención en salud libre de homofobia, se llevó adelante la creación del proyecto piloto Centros de Salud Libres de Homofobia en dos centros de salud de ASSE: el Centro de Salud Ciudad Vieja (ubicado en la región sur de Montevideo) y la policlínica de Barros Blancos (situada en el departamento de Canelones).

Según González y Soto (2015), este proyecto -cuya idea original había comenzado a gestarse en 2010 a raíz de una situación puntual que movilizó al Centro de Salud Ciudad Vieja⁹⁷- tuvo entre sus objetivos específicos: i. capacitar a las y los trabajadores de la salud, así como a docentes y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria; ii. sensibilizar a la comunidad en la que estaban insertos los centros en la utilización de los servicios de salud desde el respeto a la diversidad; iii. estimular y facilitar a la población LGTB el acceso a los servicios sanitarios; iv. sistematizar aciertos y errores para poder replicar la experiencia.

Como se indicó previamente, esta experiencia no surgía como un servicio específico para las personas LGTB sino que pretendía incorporar la perspectiva de la diversidad en la política sanitaria general del primer nivel de atención, asegurando que fuera realmente universal y no discriminatoria.

De esta experiencia participaron diversos actores del Estado, la academia, la sociedad civil y la cooperación internacional: el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Colectivo Ovejas Negras, RAP/ASSE, el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP y la UdelaR (Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina).

La implementación de esta experiencia se llevó adelante desde un Equipo Gestor conformado por referentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, RAP ASSE, MSP, Ovejas Negras y UNFPA, e implicó la realización de diversas actividades: diseño de un plan de intervención (que incluyó debate, capacitación, revisión de formularios y procesos de diagnóstico, búsqueda de acuerdos institucionales); difusión de la existencia del servicio; monitoreo y evaluación de las acciones desarrolladas.

Como indica Rocha (2015), la meta global de este proyecto fue que sirviera como ensayo para implementar un cambio más generalizado en los centros de salud. Entre los puntos más destacados asociados a la sistematización de esta experiencia, debe señalarse a la articulación de actores que la llevaron adelante, así como el énfasis en la sensibilización del personal de los centros de salud en la perspectiva de la diversidad y las necesidades de promoción y atención de la salud de las personas LGTB. También debe indicarse que uno de los puntos críticos que

⁹⁷ En el caso, una mujer joven, lesbiana, madre de una niña, fue separada de la crianza de su hija por considerarse que no era conveniente que la criara por su orientación sexual. Ello motivó la realización de un ateneo que luego sería la semilla de la experiencia (González y Soto, 2015).

se visualizaron en esta experiencia refiere a la identificación de la población LGTB con el VIH, señalando que este enfoque desconocía otras necesidades de salud de las personas LGTB e implicaba una lectura estigmatizante sobre los problemas de salud de las mismas.

Debe recordarse a su vez que como producto del proceso se desarrolló el curso sobre salud y diversidad sexual que se dicta anualmente en la UdelaR, así como una guía para profesionales de la salud (MSP, ASSE, UdelaR, Ovejas Negras y UNFPA, 2015).

2.2. Atención a personas trans en la UDA situada en el Hospital Saint Bois (ASSE/UdelaR)

En el marco de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del primer nivel de atención, que funciona en el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois en Montevideo, desde el año 2014 se desarrolla una experiencia de atención en el primer nivel a la que asiste un número importante de personas trans⁹⁸.

Esta experiencia, que combina la atención en salud con la docencia, investigación y extensión (ya que de las UDA participa directamente la Facultad de Medicina, en este caso a través del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria en coordinación con la RAP-ASSE), comenzó a partir de la creación de un turno nocturno de atención en la policlínica. Dicho turno respondía a una diagnóstico de mejorar la accesibilidad del servicio y no estaba destinado específicamente a la población trans, pero fue en ese marco que se registró la primera atención de una mujer trans (ya que la extensión del horario disminuyó las barreras de acceso para la población trans que vive del comercio sexual, trabajo que se desarrolla mayormente durante la noche/madrugada⁹⁹).

A partir de ello, se comenzaron a implementar una serie de medidas para asegurar que el espacio fuera realmente inclusivo: i. se capacitó y formó a las y los profesionales vinculados con el servicio desde la perspectiva de la diversidad; ii. se comenzó a promover la coordinación intersectorial e interdisciplinaria, y se articuló con otros niveles de atención para cubrir las demandas de salud que no era posible atender desde el primer nivel (concretamente, intervenciones

⁹⁸ 130 personas en sus primeros dos años, según datos difundidos por ASSE, lo que representa más del 15% de la población trans del país si se compara este número con el total de personas trans relevadas por el MIDES. Ver: <http://www.asse.com.uy/contenido/Atencion-sanitaria-de-personas-trans-en-Saint-Bois-se-descentralizara-al-interior-del-pais-8968>. Última fecha de consulta: 27/4/17.

⁹⁹ Según los primeros datos publicados por el MIDES sobre el conteo de personas trans en Uruguay, un 67% de las 853 personas relevadas había practicado el comercio sexual en algún momento de su vida (MIDES, 2016).

quirúrgicas); iii. se generó una articulación con el MIDES, permitiendo abordar la atención en salud desde una lógica más amplia de derechos ciudadanos.

Asimismo, como parte del proceso de aprendizaje en el trabajo con la población trans, se desarrollaron dos dispositivos específicos:

- **La escalera de abordaje**, que plantea una serie de pautas para la atención de las personas trans, reconociendo que en la salud intervienen factores sanitarios (realización de exámenes físicos, paraclínica, hormonización y monitoreo de la misma, posibilidad de realización de cirugías) y no sanitarios (como el acceso al cambio de nombre para adecuarlo al nombre social). Como parte de este proceso, a diferencia de los modelos de atención patologizadores de la "disforia de género" el diagnóstico psiquiátrico no se concibe como la puerta de entrada, sino que se parte de un acompañamiento psicológico que se plantea como transversal acorde con un modelo despatologizador que considera que está tratando con usuarios y usuarias sanos. Lo único que se requiere para llevar adelante los tratamientos -y particularmente aquellos que plantean consecuencias irreversibles- es el consentimiento informado¹⁰⁰ de la persona.
- **Se elaboró una historia clínica que incorpora la diversidad**, que contempla la identidad de género de las/los usuarios y utiliza el nombre social de las personas.

Como parte de esta experiencia, se desarrollaron protocolos de atención y se generaron aprendizajes sobre el tema a nivel nacional e internacional (ya que a través del sistema de pasantías, médicos/as que tomaron contacto con la experiencia la replicaron en otros países) (Sempol et al., 2016).

A su vez, generó un efecto sustantivo en ASSE, desde donde se promovió que las personas trans accedieran a tratamientos de hormonoterapia en todo el primer nivel de atención de la RAP y se diseñó un protocolo de hormonización (Sempol et al., 2016), además de que se buscó replicar la experiencia de la UDA en el interior del país¹⁰¹.

¹⁰⁰ Según Berro Rovira (2013), el consentimiento informado es un instrumento que se inscribe en las nociones de autonomía y derechos de las/los usuarios, y es una exigencia ética y legal para el personal médico.

¹⁰¹ Ver: <http://www.asse.com.uy/contenido/Atencion-sanitaria-de-personas-trans-en-Saint-Bois-des-descentralizara-al-interior-del-pais-8968>. Última fecha de acceso: 27/4/17.

Anexo 4. Fuentes de registro

Actualmente en las policlínicas conviven diversos formularios y fuentes de registro, con distintos criterios para recabar la información.

Durante este trabajo, fueron mencionados cuatro por las/los entrevistados:

1. Historia Clínica del Adulto, desarrollada por la División Salud de la IM
2. Planilla de seguimiento Objetivo 90, también desarrollada por la División Salud de la IM
3. Historia del Adolescente, desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS/OMS
4. Formulario de Referencia de Pacientes, desarrollado por la RAP-ASSE

De estos cuatro modos de registro, los primeros dos son sistematizados por la UCI de la IM.

En lo que refiere a orientación sexual e identidad de género, ni la **Historia Clínica del Adulto** de la IM ni el **Formulario de Referencia de Pacientes** de la RAP-ASSE contemplan la posibilidad de incorporar orientación sexual ni incluyen la opción "Trans" dentro de la variable sexo.

La **Planilla de seguimiento Objetivo 90**, por su parte, si bien señala solo dos opciones (F/M) en la variable "sexo biológico", incluye tres ítems para la variable "género" (F/M/Trans). También incorpora la variable "práctica sexual", en donde se pregunta a los usuarios/as si tienen relaciones con: "Mujer/Hombre/Transgénero". En este sentido, toma la misma formulación que figura en el formulario de solicitud de test confirmatorio de VIH para adultos, desarrollado por la División Epidemiología del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (Ordenanza MSP 567 - 2014. Protocolos de diagnóstico de VIH). Debe notarse que se utilizan dos términos como si fueran sinónimos para referirse a las personas trans, lo cual también alimenta la confusión expresada en los equipos de las policlínicas respecto a "cómo nombrar".

La **Historia del Adolescente**, por su parte, incorpora la dimensión de la sexualidad y pregunta a los adolescentes si mantienen relaciones sexuales, con cuatro opciones de respuesta: "no/hetero/homo/ambas". También pregunta si tiene pareja única o varias parejas, la edad de inicio de las relaciones sexuales (y si fue bajo coerción o no), si tiene dificultades en las relaciones sexuales e incorpora

preguntas sobre anticoncepción y métodos de protección, instando a las/los profesionales a señalar si hacen consejería en este punto. Si bien este formulario es el que recaba más información de los cuatro analizados -ya que permite incorporar información sobre el contexto familiar e indicadores socioeconómicos, entre otros- no permite registrar arreglos familiares homoparentales ni contempla la posibilidad de que la o el adolescente sea trans (la variable sexo es dicotómica y solo contempla las opciones F/M). No obstante ello, puede incluirse en el diagrama familiar que también figura en ese formulario con una simple indicación a las/los profesionales: que coloquen una "T" dentro de la representación gráfica de lo masculino (cuadrado) si se trata de trans masculinos, y una "T" dentro de un círculo si se trata de trans femeninas.