

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Diversidad sexual:**  
los discursos médicos sobre sus prácticas en el  
primer nivel de atención de ASSE

**Dimara Irma Curbelo Machado**

Tutor: Franco González Mora

**2019**

## Resumen

---

La presente monografía tiene como objetivo ahondar en las representaciones de los médicos sobre el proceso salud enfermedad, el cuerpo sexuado y la diversidad sexual, así como explorar y describir los relatos sobre sus prácticas en la atención sanitaria a personas LGBTIQ. Tomando el cuerpo sexuado como una construcción cultural, se reflexiona acerca de las prácticas médicas y de los enfoques de la medicina como institución, donde convergen en el cuerpo como nodo de intersección entre lo individual y lo colectivo.

El diseño de investigación es de corte cualitativo, se realizan diecinueve entrevistas en profundidad a médicos con y sin formación en los enfoques de atención a la diversidad sexual. Se optó por considerar a profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención (en ASSE) por ser la puerta de entrada a los servicios de atención sanitaria.

“Pensar fuera del cuadradito”: la formación en diversidad sexual es un factor importante en la configuración de las representaciones médicas sobre el cuerpo sexuado, el género y la identidad sexual. Según se oriente la práctica médica como afirmativa o transformativa, se habilita o no el reconocimiento a las identidades sexuales como fijas o como dinámicas.

**Palabras claves: habitus médico, representaciones, heteronormatividad**

Aclaración: Para la redacción de la presente monografía se optó por la utilización del universal masculino como genérico, por practicidad se empleó el término: médicos para hacer referencia a médicas y médicos de forma indistinta. En los casos posibles se trató de utilizar el lenguaje neutro. No obstante, se desea reconocer la importancia y el deseo de la escritura académica con lenguaje inclusivo que incluya las multiplicidades identitarias que desbordan los modelos categóricos de clasificación.

# Índice

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Índice</b>	<b>3</b>
<b>1. Prólogo</b>	<b>4</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>6</b>
<b>3. Antecedentes</b>	<b>13</b>
<b>4. Marco Teórico</b>	<b>17</b>
Cuerpo sexuado y discursos médicos	17
Enfoques sociológicos de las ciencias sociales sobre la medicina	23
Impronta moral en la atención médica	25
Habitus médico y práctica	26
Redistribución y Reconocimiento.	31
Nuda vida y salud	33
<b>5. Aspectos metodológicos</b>	<b>35</b>
Estrategia metodológica	35
Población de estudio	37
Técnica de recolección de datos	38
<b>6. Análisis</b>	<b>40</b>
Introducción	40
Los enfoques de la medicina y las representaciones médicas sobre el cuerpo sexuado en el proceso salud enfermedad.	40
De lo que pensamos a lo que creemos y a lo que decimos que hacemos: las prácticas médicas: habitus y práctica médica	55
Pensar fuera del cuadradito	63
Reflexiones finales	69
<b>Bibliografía</b>	<b>72</b>
<b>Anexos</b>	<b>77</b>
Anexo N°1 ¿Cómo surgen los Centros de salud libres de homofobia?	77
Anexo N° Avances Legislativos	79
Anexo N° 2 Tabla Población de estudio	81
Anexo N° 3. Pauta entrevista	83

# 1. Prólogo

---

Esta investigación fue desarrollada en el marco del taller de Sociología de la Salud. Se procuró analizar, adoptando el enfoque de la diversidad sexual, las representaciones y prácticas de los profesionales de la medicina en el campo sanitario y específicamente en la atención a Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales, Queer (LGBTIQ<sup>1</sup>). Se tomó como punto de partida la implementación del Proyecto Piloto Centros de Salud Libres de Homofobia<sup>2</sup>, impulsado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Universidad de la República (UdelaR), Fondo Nacional de las Naciones Unidas (UNFPA), instituciones de la sociedad

---

<sup>1</sup> Se utiliza en este sentido LGBTIQ <sup>para</sup> no usar términos estrictamente delimitados a determinadas configuraciones e identidades, que excluyen las matices entre las identidades nombradas, e incurrir en designaciones despectivas o minorizantes. La abreviatura o acrónimo, “LGTBIQ se refiere a Lesbianas (mujeres homosexuales: es decir, orientadas erótico-afectivamente hacia personas de su mismo sexo), Gays (hombres homosexuales), Bisexuales (personas orientadas erótico-afectivamente hacia ambos sexos), Transgénero (personas que trascienden o rompen las definiciones convencionales de hombre y mujer, no sólo en su aspecto físico sino también en sus actitudes, maneras y gestos [género: hace referencia a la forma en que una persona se percibe a sí misma en relación con las concepciones socioculturales de masculinidad y feminidad]. Pueden o no iniciar cambios en su cuerpo), Transexuales (personas que han decidido mediante un proceso quirúrgico cambiar sus órganos sexuales externos), Transvestis (parte del grupo transgénero, que se sienten y se visten de tiempo completo siguiendo los modelos establecidos para el género opuesto) y Transformistas (transvestis ocasionales, para presentaciones o espectáculos). Intersexuales (personas que biológicamente desarrollan las características físicas y genitales de ambos sexos, sobre las cuales recae doblemente discriminación por razones de orientación sexual y expresión de género y son mutiladas al nacer con base en arbitrarias decisiones discriminatorias). Queer (del inglés: raro, extraño) que no se enmarcan en ningún tipo de categoría identitaria sexual o de género y están enmarcados en un movimiento contracultural que desafía la existencia de tales categorías para definir la diversidad sexual” (Autores varios. Tercer Mundo Editores. Bogotá. 2006, apud: Peña, Hernandez y Ortiz, 2009 ). En el mismo sentido se utiliza el término "trans" para dar cuenta tanto de las identidades transexuales como de las transgénero y travestis.

<sup>2</sup> Véase Anexo 1 donde se explica cómo surgen los Centros de salud libres de homofobia y cuál es su propósito ya que tuvieron gran relevancia en la elección del tema de investigación.

civil organizada, entre otros.

En la presente monografía se expone un análisis sociológico sobre las representaciones de los médicos sobre el proceso salud enfermedad, el cuerpo sexuado, y la diversidad sexual, así como las valoraciones sobre la política pública en estos temas y relatos sobre sus prácticas en la atención sanitaria a la población LGBTIQ en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se adopta un enfoque construccionista de la sexualidad, donde cualquier forma de vínculo sexo afectiva se considera dentro de las nociones de la diversidad sexual.

## 2. Introducción

---

El creciente interés de la sociología por el estudio de la medicina como institución social data de los años cincuenta del siglo pasado y ha suscitado innumerables debates en el seno de la academia anglófona en torno a las dimensiones sociales de la medicina. Se destacan allí los aportes de Talcott Parsons en el abordaje de la relación médico-paciente como de Foucault y los precursores de la corriente postestructuralista, particularmente en los estudios acerca de la importancia de la medicina como institución de control social en la regulación del comportamiento humano y en la producción de subjetividad.

Más recientemente, los estudios sociológicos sobre la medicina y la sexualidad ha incorporado nuevas dimensiones respecto a la sexualidad y el cuerpo sexuado, estos se han enfocado en la medicina como institución disciplinar de la sexualidad y a los discursos médicos como autoridad moral en la construcción unilateral de las categorías de la sexualidad (Missé y Coll-Planas, 2010). Ello ha obturado la posibilidad de generar un mayor conocimiento sobre los procesos de transformación dentro de la medicina respecto a los cambios culturales en torno a la liberación de la sexualidad y sus nuevas configuraciones sexo-genéricas, sexo afectivas y sobre las identidades intersexuales.

En este sentido, resulta relevante estudiar desde la sociología, las representaciones médicas que se traducen en prácticas de atención a población LGBTIQ. Particularmente, este estudio pretende ser una contribución académica al análisis de las prácticas de atención médicas a las personas LGBTIQ en ASSE, dentro del nuevo marco jurídico<sup>3</sup> y de reconocimiento a esta población en Uruguay.

Con esta finalidad se realizó una investigación con diseño cualitativo, entrevistando a

---

<sup>3</sup> Véase Anexo N°2

tres informantes calificados, referentes de las instituciones<sup>4</sup> relevantes para el estudio: Red de Atención Primaria (RAP), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Colectivo Ovejas negras , y a diecinueve médicos del primer nivel de atención<sup>5</sup> de ASSE. La elección de médicos de primer nivel de atención está dada por la importancia que estos tienen como primer contacto con la población, donde se resuelven el 85% de las consultas que ingresan al servicio (García, 2006; Etchebarne, 2001, apud: Vignolo, 2011).

Respecto a las representaciones médicas, las dimensiones abordadas son tres. En primer lugar se abordan las representaciones de los médicos sobre la salud y enfermedad, la diversidad sexual y el cuerpo sexuado. En este sentido se hace referencia al cuerpo sexuado como un constructo social donde se establecen pautas de comportamiento respecto a la sexualidad y sus expresiones. Es el nodo político donde se transversaliza la construcción individual y el disciplinamiento social de lo que debería ser un cuerpo portador de sexualidad -se abordará en detalles más adelante-. En este sentido, se define a las representaciones como la configuración y organización de los esquemas de percepción

---

<sup>4</sup>Estas instituciones participaron de la implementación del Proyecto Piloto Centros de Salud Libres de Homofobia.

<sup>5</sup> Con la finalidad de lograr mayor eficiencia y velocidad en la atención el SNIS está dividido en tres niveles según la complejidad para la resolución del problema de salud. Los niveles de atención son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma (Vignolo, 2011: 11). "El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc." ((García, 2006; Etchebarne, 2001 apud: Vignolo, 2011: 12) En este sentido interesas su importancia en nuestro trabajo dada la necesidad de brindar servicios justos a las identidades "subalternas"- . Quienes podrían dejar de concurrir al centro por situaciones de prejuicio o discriminación (Bertone, 2012: apud Schenck, 2016).Sin embargo cabe aclarar que se aborda la investigación en el primer nivel de atención exceptuando los médicos pediatras por ser un trabajo enfocado hacia el cuerpo sexuado. Si bien se reconoce la sexualidad infantil, abordar el tema estaba por fuera de los intereses de la investigación.



y comprensión de la realidad que el sujeto utiliza para orientar la ejecución de sus acciones. En segundo lugar, se abordan las prácticas de los médicos en la atención a personas LGBTIQ. Y por último las valoraciones de los médicos sobre: las acciones impulsadas por el Estado para la atención de las personas LGBTIQ.

Resulta de relevancia aclarar que se parte de una concepción heteronormativa de la comprensión de la realidad; esto refiere a que la norma imperante es la heterosexualidad, a partir de donde se moldean las costumbres, comportamientos, lenguajes, formas de hacer, pensar y sentir.

A partir de los antecedentes trabajados, se parte del supuesto que la formación específica de los y las médicos en estos temas (diversidad sexual) contribuyen a explicar las diferencias que puedan existir tanto en las representaciones como en los discursos sobre sus prácticas en el proceso de atención sanitaria a la población LGBTIQ. Por ello se realizará una investigación comparativa entre médicos con y sin formación<sup>6</sup> en atención a personas LGBTIQ.

---

<sup>6</sup> El criterio para esta diferenciación se explica en capítulo 5, Aspectos metodológicos.

## **Presentación del problema de estudio**

Este trabajo está orientado a describir y analizar las representaciones<sup>7</sup> de los médicos en el proceso de atención a la población LGBTIQ. Con ello se pretende: i) describir y analizar las representaciones de los médicos sobre la salud y la enfermedad, la diversidad sexual y el cuerpo sexuado; ii) identificar y describir sus prácticas en la atención a personas LGBTIQ; y iii) analizar las valoraciones de los médicos sobre las acciones impulsadas por el Estado para la atención de las personas LGBTIQ.

Para el análisis de las representaciones de los médicos y el relato sobre sus prácticas se tomarán en cuenta los aportes teóricos de Castro y Erviti (2015) en relación al *habitus* y la práctica médica, así como los aportes de Lupton (2003).

Castro y Erviti (2015) plantean que los médicos reproducen en sus prácticas el sistema de jerarquías del campo donde desarrollan su actividad. Adquiere de esta forma un desempeño mecánico en la reproducción de hábitos, esquemas de percepción de la realidad, ideas y significados, que adoptan en la consulta mediante prácticas aprendidas. A este imaginario colectivo de la ética médica se llamo representaciones.

Analizando la práctica médica en el marco de la relación médico-paciente, Lupton (2003) aporta que las valoraciones de índole moral que los médicos realizan sobre sus pacientes (sobre aspectos diversos como ser la clase social, el género, la identidad sexual y el origen étnico racial) condicionan el vínculo y por tanto la atención que le brindan al paciente. Lupton lo considera un elemento incluso más determinante que la adopción de

---

<sup>7</sup>En este trabajo se utiliza el término representación en el sentido establecido por Petracci y Kornblit: “Las representaciones corresponden a actos del pensamiento en los cuales un sujeto se relaciona con un objeto. [...] En la naturaleza simbólica de las representaciones sociales quedan plasmados los aspectos sociales, culturales e históricos. En este sentido, la representación es una construcción de la realidad que una vez que está construida existe casi independientemente de ese aspecto de la realidad que es representado” (Petracci y Kornblit, 2004: 93-94).

prácticas de diagnóstico y tratamiento regidas por el modelo biomédico<sup>8</sup> de la enfermedad.

En este mismo sentido, Bourdieu y Wacquant (2005) plantean que el sistema clasificatorio que tienen los médicos de sus pacientes responde a su visión y división del mundo; este proceso de etiquetamiento influencia la calidad de la atención recibida por los pacientes (Steele y Chiarotti, 2004 apud: Castro y Erviti, 2015). El trabajo de los autores resulta de relevancia ya que estudia el sistema de ordenamiento en la práctica médica en las consultas por aborto, distinguiendo entre prácticas de afirmación o de restauración de un orden social, respecto a la maternidad. Se entiende entonces que las lógicas que configuran estos fenómenos “aborto-maternidad” y “atención sanitaria-cuerpo sexuado” son similares, respecto al ordenamiento sexual simbólico; en este sentido dicho trabajo constituye un aporte a la presente investigación.

### **Relevancia social y sociológica**

En cuanto a la relevancia social que supone esta temática, se destacan la implementación de políticas (MIDES, 2015) que reconocen a la población LGBTIQ como portadoras de derechos y reconocen la necesidad de establecer un pie de igualdad con el resto de la población, procurando mejorar las condiciones de vida de una población que históricamente se ha percibido como vulnerable.

En esta línea algunos autores han establecido que la población LGBTIQ en Uruguay ha sufrido discriminación, marginación y deficitario acceso a los servicios de salud, educación y al empleo (Gainza, 2017). Estos datos son ilustrados en la población trans, cuya esperanza de vida a 2011 no superaba los 40 años (Gainza, P., 2011<sup>9</sup>). Estos aspectos

---

<sup>8</sup> El modelo biomédico considerando la enfermedad como una “invasión de agentes patógenos externos” (Lupton, 2003: 159)

<sup>9</sup> ACCIONES AFIRMATIVAS PARA LA POBLACIÓN TRANS EN EL URUGUAY DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y

señalados dejan entrever a esta población como vulnerable respecto al goce de sus derechos básicos, y específicamente vulnerable en relación a las posibilidades de cuidado y atención sanitaria de su salud.

De la población trans, considerando los niveles de integración/exclusión social a las que puede ser objetivo, se advierte un alta deserción de la educación formal en edades tempranas, deficitario acceso al mercado de trabajo formal y bajo o nulo acceso al sistema de seguridad social así como prevalece un alto ingreso en el mercado de la prostitución (MSP, 2016). A ello se suma la dificultad para encontrar respuestas adecuadas a sus demandas en los servicios de salud, iniciando tratamientos riesgosos sin orientación médica (MSP<sup>10</sup>, 2016).

Sobre las lesbianas en nuestro país, se advierte una baja concurrencia a las consultas en el sistema sanitario debido al temor a sentirse discriminadas si revelan su orientación sexual. Asimismo, se destaca un mayor riesgo de prevalencia de cáncer de mama y de cuello de útero por falta de controles que permitan una detección y abordaje en edades tempranas. Nos dice, por ejemplo, que los especialistas ginecológicos se incomodan al momento de atender pacientes lesbianas por su desconocimiento acerca de la diversidad sexual (Scaniello, 2016).

Si bien la población LGBTIQ ha tenido destaque en la nueva agenda de derechos en Uruguay, logrando importantes avances legales: matrimonio igualitario; cambio de nombre registral; reasignación sexo-genérico; reproducción asistida; y adopción homoparental. Los cuales habilitan la resignificación y construcción de la identidad homosexual en igualdad

---

PERSPECTIVAS TRANSVERSALES Dirección Nacional de Política Social - MIDES en: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/13604/1/26setiembre2011\\_accionesafirmativastrans.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/13604/1/26setiembre2011_accionesafirmativastrans.pdf)

<sup>10</sup> Este texto es presentado como parte de la justificación en la Guía clínica para la hormonización en las personas trans, del MSP en el año 2016 (Forrisi, 2016).

de derechos con las identidades heterosexuales. No obstante, las acciones impulsadas por algunos sectores<sup>11</sup> de la población reúnen las características para percibir cómo la sociedad no ha dejado atrás los estereotipos de género y la concepción de la heterosexualidad como norma, es decir, el binomio hombre-mujer, el modelo de correspondencia sexo-genérico.

En este sentido, es relevante reflexionar cómo en el marco de la salud, y a través del discurso médico se están habilitando procesos de cambio, en particular en el primer nivel de atención sanitaria, donde los médicos ejercen su poder.

La medicina, así como la religión y el derecho han sido instituciones claves en los Estados modernos hacia el control y normalización de comportamientos y prácticas de los sujetos sexuados, para definir qué cuerpos son adecuados y cuáles no, qué se entiende por salud y qué por enfermedad, qué es normal o anormal, y qué se comprende como salubridad o patología.

La sociología de la salud ha enfocado gran parte de sus estudios a la relación médico-paciente y cómo ello interfiere en el proceso salud enfermedad. Aún existe una histórica relación de asimetría entre las partes, donde el médico como representante de la institución es el encargado de reproducir el orden social mediante la promulgación de las pautas culturales de control sobre el cuerpo.

Comprender e interpretar el discurso médico desde la sociología nos permite aportar insumos para la formulación, promoción o mantenimiento de políticas sociales de inclusión.

---

<sup>11</sup> Ello se hace visible hoy, en la campaña por la derogación de la “Ley trans ya”. Esta ley constituye un gran avance para la población más desfavorecida dentro de las identidades LGBTIQ y un gran desafío para la medicina, ya que establece dentro del derecho la reasignación sexogenérica y la hormonización.

### 3. Antecedentes

---

En este apartado se toman los aportes de varias publicaciones que han investigado sobre la atención a personas no heterosexuales y han evaluado la implementación de políticas públicas inclusivas con enfoque de diversidad sexual.

Una consultoría realizada sobre diversidad sexual y políticas públicas<sup>12</sup> tomando la experiencia de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Saint Bois, revela que los avances en la atención a la población trans comenzaron desde el primer nivel y no desde la creación de una política pública. Por ello las intervenciones en los hospitales se dieron de forma dispersa pero exitosa producto de la transferencia de aprendizaje.

En este mismo sentido un informe del MIDES (2005)<sup>13</sup>, sobre el acceso de las personas trans a la atención sanitaria destaca la importancia de trabajar en un discurso emergente que no reproduzca modelos heteronormativos en la incorporación de identidades LGBT al sistema de salud. Este documento cita un estudio Antropológico<sup>14</sup> que evalúa como exitosas las experiencias del Proyecto Piloto Centros de Salud Libres de Homo-Lesbo y Transfobia y la experiencia del Saint Bois (Romero, 2009 apud: Sempol en MIDES, 2015).

Rivero (2016) realizó un estudio sociológico sobre los Centros Libres de Homofobia , advierte la necesidad de derribar barreras culturales que sirven de andamiaje en la construcción de los prejuicios. La autora agrega que la segmentación para la atención de poblaciones específicas fortalece la sectorialización de la atención en salud, refuerza el estigma y reproduce los comportamientos discriminatorios.

---

<sup>12</sup> <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/85519/1/libro-uda-saint-bois-interior.pdf>

<sup>13</sup> [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57928/1/doc\\_base\\_transforma\\_2015.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57928/1/doc_base_transforma_2015.pdf)

<sup>14</sup> Romero, S. (2009) Sistemas culturales y sistemas de atención de la salud. Cuadernos del CES N° 5, Montevideo.

Todas estas publicaciones coinciden en la importancia de acompañar los cambios jurídicos<sup>15</sup> en el reconocimiento a las identidades no heterosexuales con los cambios culturales.

En la misma línea, el trabajo de (Bones, 2009)<sup>16</sup> evidencia que, a pesar de las mejoras implementadas en el Sistema Único de Salud de Brasil<sup>17</sup> los prestadores del servicio no se han apropiado de los avances implementados por el Gobierno, identificando también una falta de capacitación del personal de la salud en atención a trans y travestis. Se reconoció la necesidad de sensibilizar al personal de la salud en distintos niveles, para una atención más inclusiva de la diversidad sexual.

Sobre la situación de las lesbianas como grupo vulnerado en nuestro país Scaniello destaca que muchas no han accedido a los servicios médicos por sentirse discriminadas. A esto se le suma la incomodidad que muchos ginecólogos expresan al momento de abordaje a esta población (Scaniello, 2016). En este sentido la indagación de algunos aspectos de la práctica médica en primer nivel de atención pueden ayudar a la revisión del modelo heteronormativo<sup>18</sup> en la consulta médica.

---

<sup>15</sup> Véase Anexo N° 2.

<sup>16</sup> Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1302/2782>)

<sup>17</sup> Ministerio de Salud de Brasil ha desarrollado políticas públicas en salud para el atendimento humanizado garantizando el derecho a la salud de todos los brasileños. Desarrollando normativas específicas para el atendimento inclusivo de las personas con identidades sexuales no heterosexuales. En este sentido, ha lanzado en 2008 el Plan Nacional de afrontamiento a la epidemia del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual entre gays, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH y travestis).

<sup>18</sup> Modelo de comprensión de la realidad en que la norma es la heterosexualidad.

Por su parte Romero explícita, en su estudio antropológico, que los modelos de atención sanitaria que incorporan prácticas más humanitaria a la relación médico paciente no cambian las representaciones jerárquicas ni el *habitus* asistencial autoritario característico de esta relación asimétrica. Sino que la superioridad médica, se solapa en la adopción de nuevos procedimientos adaptados a los cambios culturales (Romero, 2006).

En esta misma línea, Aimar Suess (2010) señala el lugar del modelo biomédico al mantener su autoritarismo patologizante en el dictamen evaluador sobre las acciones que la persona trans desea realizar sobre su propio cuerpo. Sin embargo, como consecuencia de la alta concurrencia transgenera al sistema sanitario, identifica el surgimiento de un discurso de reflexividad médica en su rol de atención, pero no así sobre sus modelos de evaluación heteronormativo. La medicina va modificando parcialmente la atención sanitaria hacia el modelo bioético de atención co-participativa, en la medida que se va modificando el marco jurídico hacia la despatologización transgenerica.

Ambas investigaciones constituye un aporte para el análisis de las representaciones y valoraciones médicas sobre las acciones impulsadas desde la salud hacia la inclusión de la población LGBTIQ.

Por otra parte, y continuando el análisis de antecedentes en el contexto internacional, resulta relevante citar los Informe Anual de la Red Mundial de Organizaciones de Lesbianas, Gays, Bisexuales y transgéneros (ILGA). Estos revelan carencia similares: identifican como necesidad la preparación de profesionales de la salud con formación en diversidad sexual para dar cuenta de los cuidados y abordar las consecuencias de los problemas de salud de personas LGBT<sup>19</sup>. Estas poblaciones acceden a una atención de mala calidad por el miedo al prejuicio médico, o alguna otra forma de discriminación

---

<sup>19</sup> El informe ILGA utiliza esta sigla, en vez de la LGBTIQ que se viene utilizando en el presente.



respecto a su condición sexual. Se evidencia la apatía de las personas LGBT al hablar sobre su orientación sexual con el médico por miedo a conductas discriminatorias. Además, se demuestra un alto índice de experiencias lesbofóbicas (ILGA, 2007:37). Este hecho coincide con la percepción de los colectivos de lesbianas en Latinoamérica a propósito de la falta de información sobre el cuidado de la salud no heterosexual y sus respectivas consecuencias (ILGA, 2011).

Asimismo, el informe ILGA (2011) concluye que la medicina está orientada hacia una Salud Sexual y Reproductiva heterosexual, por tanto, las personas LGBTIQ se encuentran con dificultades de acceso a una atención adecuada. Este aporte resulta relevante por la similitud en nuestro país de la aplicación de políticas en salud orientadas a la Salud Sexual y Reproductiva. Por otra parte, el mismo informe destaca un importante vacío de conocimiento hacia las debilidades y problemáticas de la atención en salud de personas no hetero-conformes, evidencia la necesidad de investigaciones que aborden la atención a la diversidad sexual y la salud (Ibídem).

La importancia de estos aportes sobre la atención a las personas LGBT, que se extiende en este trabajo a las identidades inter y queer, torna pertinente investigar qué significados y valoraciones adoptan los médicos -en el marco de la consulta clínica- sobre ciertos atributos de sus pacientes, como ser la orientación sexual, las prácticas no heterosexuales y las identidades transgénero, asumiendo que las prácticas médicas que adoptan están permeadas por estas representaciones.

Pese a esta suma de antecedentes, no hay ninguno estudio encontrado en Uruguay que aborde, desde la sociología, el vínculo de las representaciones médicas de la sexualidad y la perspectiva de diversidad sexual, en la relación médicos paciente. De ahí la relevancia del presente trabajo

## **4.Marco Teórico**

---

Esta investigación centra su atención desde el construccionismo social que describe Lupton (2003). Donde la medicina produce conocimiento relativo al contexto histórico reconociendo la importancia que tiene cada individuo dentro de la institución médica en el desplazamiento del poder. El poder médico se reproduce en las interacciones y comportamientos, transmitiendo normas y valores, formas de interpretar la realidad, sistemas de creencias y discursos aprendidos por los sujetos (Lupton, 2003).

### **Cuerpo sexuado y discursos médicos**

Se describe el acto discursivo como la producción social de un entramado de significados cargado de contenido. Este agrupamiento permite la formulación de teorías en el discurso científico. Dentro de esta genealogía del discurso, se estructura el clínico, donde se pueden rastrear sus implicancias como saber especializado y como práctica. Erguido en la formación discursiva y ordenada estratégicamente, regula la direccionalidad de los enunciados, con un criterio de demarcación que habilita la emergencia discursiva -temas- así como excluye otros enunciados en esa producción. De este modo, cada vez que se habilita un nuevo discursivo se modifica la estrategia de selección de posibilidades y las reglas de la direccionalidad del mismo. Así, genera nuevas y entrecruzadas redes de significado, cada vez más difíciles de desmembrar, pero posible de ser estudiado dado el carácter diacrónico de los discursos.

El saber médico, como discurso, suele posicionarse como una voluntad de poder referente en la salud del cuerpo sexuado. Cuando el enfoque sobre la atención sanitaria a la diversidad sexual emerge como variante discursiva en el seno de dicho saber, interesa

conocer qué nuevas formas discursivas se habilitan sobre las resignificaciones del cuerpo, el género y la expresión del deseo.

Se pueden identificar componentes ideológicos<sup>20</sup> en el acto comunicacional en la genealogía del discurso; estos componentes son identitarios de la institucionalidad que representan (forman) sus discursos. No solo importa qué se dice, sino más quién lo dice. En este sentido, la producción de discursividades está transversalizadas por las relaciones de poder que nos posicionan como sujetos históricos y políticos, condicionando así las posibles visiones de interpretación del mundo: En este nuevo marco de igualdad de derechos de las identidades no heterosexuales, para poder cambiar las visiones heteronormativas, se debe analizar la unidad básica del acto discursivo, el enunciado que agrupa el conjunto de signos que le dan contenido.

En esta investigación se analizan los relatos médicos teniendo conocimiento de las implicancias que tiene su producción discursiva sobre los cuerpos. En este sentido resulta adecuado el análisis de la filósofa Judith Butler (2002) y su concepción de trascendencia que aporta al debate de los discursos en la construcción de los dispositivos de poder que regulan la sexualidad. La autora plantea que solo se puede acceder a la objetividad de los cuerpos a través de sus discursos como construcciones performativas -performances de la que los cuerpos se apropian- en sus actos y normas de representación del sexo que asumen. En este sentido “[...] el sexo no solo funciona como norma, sino que además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna” (Butler, 2002:18).

La autora, a esta práctica de reiteración de normas sociales preestablecidas para los

---

<sup>20</sup> Conviene anotar que el concepto de “ideología” aquí referido significa conjunto de creencias e ideas que en discurso buscan la conservación de la identidad de un grupo o clase social; la ideología se opone a la utopía. Seguimos el trabajo de Ricœur (1997).

sujetos, la denomina performatividad del género. Allí hay una fuerte crítica a las identidades fijas y al sujeto homogéneo homosexual. Butler refiere al cuerpo como texto performativo donde los sujetos pueden escribir en ellos los actos que quieran representar, escribir o borrar. Esto no debe ser contradictorio con la materialidad de los cuerpos que los posiciona en un marco político y normativo contextualizado. Sin embargo, en dicho marco, se constituyen identidades subvaloradas que sufren la desigualdad social a la que están expuestas, construyendo de tal modo sus identidades desde la abyección. Como identidades subvaloradas, se entiende a los cuerpos que eligen las formas inadecuadas de representar su sexualidad dentro de la matriz heterosexual -binomio hombre mujer.

Los estereotipos de sexualidades y corporalidades fijas limitan no solo las discursividades médicas, sino la posibilidad del sujeto “abyecto” de reconocerse como posible, apropiándose de lo patológico, lo anormal, lo innombrable, para construir su identidad. Tal relación identitaria está en estrecho vínculo con el acceso a los servicios de atención sanitaria ya que dependen, en gran medida, de cómo se posicione el saber médico en torno a esas posibilidades.

El resultado de todas estas prácticas sociales hacen de los discursos sobre la sexualidad un eficiente dispositivo<sup>21</sup> de control que opera sobre los cuerpos. En este mismo sentido Lupton menciona que la medicina tiene el poder para crear enfermedades que se desplazan por los discursos y son justificadas mediante los paradigmas operantes de sano/enfermo, normal/anormal (Lupton, 2003).

Se ha producido una cantidad innumerable de discursividades y teorías en relación a la

---

<sup>21</sup> Nos referimos a dispositivo en términos de Foucault: “El dispositivo es una red. [...] los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos” (Foucault en García Fanlo, 2011: 1).

temática de la sexualidad y los cuerpos sexuados a partir del enfoque de la medicina como institución de control disciplinar de la sexualidad (Lupton, 2003). Para enmarcar el concepto de cuerpo sexuado -en términos foucaultianos- en tanto control del cuerpo colectivo y control del cuerpo individual -biopolítica<sup>22</sup> - se tomaron aportes de la teoría social de Warren (1991) y de la psicología de Blestcher (2017) quien, siguiendo la línea de Butler (2002), explica la sexualidad dentro de una matriz de clasificación binómica.

Comenzando por el término de heteronormatividad<sup>23</sup>, acuñado por Warner (1993), podemos entenderlo como el “[...] conjunto de las relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura y las relaciones heterosexuales idealizadas se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano” (Forga, 2015: 602-620). La heteronormatividad se percibe en la construcción de normas jurídicas, sociales y culturales que jerarquizan la estructura de poder sobre la sexualidad, imponiendo a través de un régimen biopolítico la heterosexualidad obligatoria. La norma es ser heterosexual, así como se menosprecia otras formas de vinculación sexoafectivas entre personas del mismo sexo o mismo género. Regula toda expresión de las prácticas sexuales (no solamente la orientación sexual) condicionando las expectativas sobre los comportamientos que, mediante estas normas, se identifican como correctas o no, por ejemplo: la monogamia o la poligamia, la heterosexualidad o la homosexualidad, y la regulación de lo que se espera de los estereotipos de género.

En este sentido “[...] la definición no sólo implica un prejuicio contra la homosexualidad, sino que identifica el conjunto de normas sociales que ejercen una prisión

---

<sup>22</sup> Foucault, M. (1996 [original de 1984]): *Historia de la Sexualidad: El uso de los placeres*, Siglo XXI editores, México

<sup>23</sup> Warner, M. (1993) *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

y que sirven para construir una sexualidad idealizada” (Gayle<sup>24</sup>, R. y Díaz, B., 2012:1). La heteronormatividad está argumentada en la sub-valoración de las identidades sexuales y las expresiones de género no hetero-conformes.

Se explicará aquí, mediante los aportes de Blestcher (2017), cómo afecta la heteronormatividad en términos de regulación individual del cuerpo sexuado, y su sistema de clasificación, la construcción de la subjetividad. Este autor explica que: El cuerpo sexuado socio-históricamente ha sido clasificado mediante un sistema multivariable que trata de volver homogéneas todas las formas de sexualidad. Este sistema está delimitado por un conjunto de determinaciones y presupuestos normativos que buscan el emplazamiento identitario dentro de un sistema sexo-genérico. Este sistema de restricciones clasificatorias asigna significaciones a las expectativas anatómicas y su correspondencia cultural, incluyendo dentro de lo normativo diversas manifestaciones corpóreas, en tanto excluye otras.

La homogeneización de las distintas sexualidades responde a un régimen de normalización social establecido por la moral sexual cultural hegemónica (Blestcher, 2017), que aquí fue referida como heteronormatividad. La moral social cultural es el conjunto de formas de regulación del comportamiento, de socialización entre los cuerpos a través de signos, símbolos, modales, interpretaciones, comportamientos y prácticas aprendidas, utilizadas estas para normalizar la sexualidad. El autor utiliza el término sexualidad para pensar al individuo como un ser sintiente, en una relación social dinámica con sus deseos e identidades. En términos psicoanalíticos, Blestcher (Ibídem) define la sexualidad como las formas de placer erógenas que no implican reproducción, construida

---

<sup>24</sup> Citado en [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002030.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002030.pdf)

en los primeros años de vida. Esta definición, a su vez, rompe con las expectativas de género asignadas a la maternidad y/o paternidad y a la naturaleza sexogénica, donde los cuerpos sexuados se desde la naturaleza biológica, o sea, para la reproducción. Al ser construida en los primeros años de vida, se puede comprender la importancia del discurso médico que, desde el inicio de la vida, subjetiviza -interviene<sup>25</sup> - al sujeto sexuado.

Por lo tanto, se puede entender la construcción del sujeto sexuado en sociedad mediante la intersección de lo individual en tanto orientación del deseo, y lo colectivo como habilitación de las opciones que se entienden como adecuadas para la elección de un sujeto sexuado. En este sentido Muñoz (1996) sostiene que la dimensión colectiva de la sexualidad radica en la identificación sexual propia con las posibilidades conocidas que nos brinda el entorno para desarrollarlas.

Con la aparición del VIH en los años 80', los médicos comenzaron a buscar las respuestas a la enfermedad en el estudio del cuerpo homosexual. Se pusieron en tela de juicio las libertades sexuales en el surgimiento de un discurso asociados a la manifestación del castigo a través de la enfermedad mortal y el llamado a retomar los valores tradicionales como la monogamia y la fidelidad (Lupton, 1993). Esta producción de discursos estigmatizantes se centró en el peligro de homosexualidad: “[...] una sexualidad liberada de estrechos vínculos íntimos era destructiva, desviada y violenta y exigía que se impusieran restricciones a la expresión sexual” (Weeks, 1986; Watney, 1987, Showalter, 1990; Seidman, 1992 apud Lupton, 2003). La función fue la de reprimir y ordenar el devenir del cuerpo sexuado.

En este mismo sentido, Muñoz (1996) trabaja como suele ser construido el sujeto

---

<sup>25</sup>Este término está colocado a propósito de las intervenciones quirúrgicas, en los primeros años de vida, de las personas nacidas intersexuales. Justificados bajo la normalización estética y la necesidad clasificatoria de poder llamarle hombre o mujer.

homosexual desde el sentido común y el desconocimiento. Este autor define el sentido común como saber social, como una decisión política que los individuos no sienten necesidad de explicar y que varía en el tiempo en las negociaciones cotidianas. El autor sostiene que el sentido común, en relación a la concepción de la homosexualidad, es pues una construcción cultural que se erige desde edades muy tempranas, edificada sobre el desconocimiento, donde la construcción intersubjetiva no se corresponde con la realidad. Cuestionarse dicho acercamiento a la realidad, desde el sentido común que otros poseen, es la sugerencia de Muñoz (1996). Por otro lado, explica la construcción social de la identidad homosexual (y de la sexualidad misma) como una construcción individual, pero que parte del conocimiento disponible sobre los arquetipos identitarios brindados por el entorno (Muñoz, 1996). Así, la homosexualidad como categoría, tiende a ser construida desde lo antagónico a lo heterosexual hegemónico, proveedor autosuficiente, sano y varonil. Esta apreciación puede estar determinado por la distancia en la trayectoria de vida con personas no heteroconformes. La medicina como institución ha sostenido la reiteraciones históricas y culturales de esta norma afectando también la práctica médica.

### **Enfoques sociológicos de las ciencias sociales sobre la medicina**

En este apartado expondremos las perspectivas teóricas abordadas por Lupton en el análisis de *La medicina como cultura* (2003) que serán centrales para analizar el posicionamiento de los médicos y sus prácticas en el abordaje de la salud y la enfermedad en relación al cuerpo sexuado. Dentro de estos enfoques lo que está en cuestionamiento es el modelo de atención médica en relación al cuerpo sexuado, desde donde se establece el vínculo médico-paciente.

En dicho trabajo Lupton señala que la perspectiva construccionista: “*Plantea que los*



*sujetos humanos se construyen a través de discursos y prácticas sociales que tienen historias complejas*” (Lupton, 2003: 9). En consecuencia, se comprende a la medicina y el conocimiento médico como una construcción social situada socio-históricamente. Sin embargo, esta perspectiva, si bien comparte con el estructural funcionalismo el enfoque de la medicina como institución de control social, no considera únicamente al médico como ejecutor de ese poder, sino que contempla a todos los sujetos involucrados en la incorporación de esas normas y valores como reproductores del mismo. La autora señala que es en la intersubjetividad donde se despliega y reproduce el poder médico, a través de las interacciones los sujetos despliegan las normas y valores aprendidos como propios (Lupton, 2003: 11).

Según el enfoque funcionalista<sup>26</sup> la enfermedad puede ser considerada como una anomalía del cuerpo, cargada de sentimientos de estigma y de vergüenza asociada a la disfuncionalidad social que provoca. Bajo este enfoque la medicina como institución, y el rol médico como representante, tienen por tarea preservar el orden social, aliviar la enfermedad y restituir el individuo funcional al sistema social. El médico en esta posición tiene legitimidad para designar lo que es normal o anómalo. La medicina es la institución encargada de perpetuar el orden social y el médico su ejecutor. De este modo la relación médico paciente se desarrolla aparentemente en armonía donde el segundo se percibe como necesitado, vulnerable y el médico como benévolo y salvador. Entre las limitaciones de esta teoría se destaca la no problematización de los factores que intervienen en la consulta médica, ocultando así la relación de poder desigual entre el médico y el paciente dada la divergencia de sus intereses: mientras el primero busca éxito y reconocimiento profesional,

---

<sup>26</sup> Esta teoría fue de gran relevancia en los años 50 del siglo pasado, con grandes aportes de Talcott Parsons.

el segundo busca bienestar su salud. Ello establece una relación de dependencia médica que hace ver al paciente necesitado. Otro elemento importante, que tampoco es considerada por esta teoría, refiere a las limitaciones institucionales y los factores de vida externos a la consulta que afectan el comportamiento de las partes involucradas en la interacción (Lupton, 2003).

### **Impronta moral en la atención médica**

Tomando como Lupton (2003) al analizar los comportamientos médicos durante la consulta, aporta sobre la influencia que tiene en el dictamen médico sobre las valoraciones morales que los médicos hacen sobre la apariencia de sus pacientes y el tipo de enfermedad que padecen. Según estos juicios de valor, los médicos establecen modelos de pacientes “buenos” o “malos”. Podemos decir que los médicos han construido una taxonomía en función de la cual orientan su acción hacia la atención a sus pacientes. Estos juicios afectan la predisposición médica en la atención, los tratamientos, diagnósticos y cuidados y de forma más informal el grado de preocupación del médico por los avances de sus pacientes. Estas clasificaciones están dadas por el grado de interés clínico de la enfermedad según sea o no de interés profesional para el médico, y la capacidad del paciente para responder al tratamiento indicado. Las características poblacionales de los pacientes sirven al médico para la puesta en práctica de las taxonomías, clasifican a los pacientes por su aspecto. Otro valor para sus juicios es la personalidad: simpatía, amabilidad, obediencia del paciente, rebeldía, apatía, desobediencia. El juicio moral sobre pacientes con hábitos o valores morales no compartidos y comprendidos por el médico como no deseables es lo que marca la diferencia entre la clasificación de un paciente merecedor o no merecedor de su enfermedad. Estos hábitos pueden ser de higiene, la promiscuidad, entre otros. Según

Lupton los fundamentos de estas clasificaciones se asocian a la imagen que el médico desea proyectar de sí mismo sobre su persona y de su éxito profesional. Los pacientes con taxonomías positivas son los que proyectan sobre el médico la imagen deseada: de competencia, benevolencia. Mientras los otros proyectan una imagen no deseada que debe ser contrarrestada con la culpabilidad sobre el paciente por fracaso, falta de autoridad u hostilidad (Lupton, 2003). Estos dependen de sus concepciones sobre los dispositivos de control de la sexualidad.

Las adquisiciones de dichos comportamientos están en estrecha relación con la incorporación de jerarquías y prácticas que se entienden necesarias para el desarrollo de la profesión. En referencia a esto, procedemos a explicar algunos elementos de la teoría del campo de Bourdieu en relación al habitus médico.

### **Habitus médico y práctica**

Procederemos a exponer dos conceptos fundamentales de la perspectiva teórica de Bourdieu que resultan útiles para esta investigación. Bourdieu define el *habitus* como un conjunto de disposiciones organizadas en una estructura. Estas disposiciones son las percepciones, representaciones y acciones prácticas que se transfieren los integrantes de una misma clase<sup>27</sup>. A este proceso de estructuración y ordenamiento Bourdieu lo denominó estructuras estructurantes. Su función consiste en proteger y reproducir las estructuras ya incorporadas e ir integrando las nuevas disposiciones adquiridas en función de este ordenamiento. O sea, adaptar los nuevos significados a la vieja estructura y convertirlos en estructurantes.

---

<sup>27</sup> Este término está utilizado en el mismo sentido que lo utiliza Bourdieu para referirse a miembros de un mismo grupo social que comparten habitus.

Esta producción de prácticas tiene dos características importantes: el sentido objetivo y la relación armónica con el sentido práctico, que juntas dan lugar a la construcción del sentido común. El autor define el sentido común como el sistema de percepciones y representaciones de la realidad que se refuerza a sí mismo en el acuerdo objetivo entre las experiencias y su sincronización constante con las vivencias individuales que son coincidentes (Bourdieu; 1991).

En este sentido se prestará atención a las experiencias médicas relatadas en la atención a las personas LGBTIQ para entender cómo construyen su sentido común en relación a la incorporación de su *habitus* y de sus propios estereotipos<sup>28</sup>.

El *habitus*, como producción social colectiva, lleva como marca registrada la singularidad. Las diferencias entre los *habitus* individuales reside en la singularidad de las trayectorias sociales y experiencias vividas “[...] es una variante estructural de los otros, en la que se expresa la singularidad de su posición en el interior de la clase y de la trayectoria” (Bourdieu, 2009, 98). A esta característica llamaremos: el *principio de desviación del habitus*: que explica cómo las diferencias entre los *habitus* individuales, reside en la singularidad de las trayectorias sociales y experiencias vividas. Esto quiere decir que, en nuestro caso de estudio, los médicos van a poseer hábitos distintos entre sí según sus trayectorias, aunque compartan la profesión.

El *habitus*, en su perfecto sistema de acoplamiento, estructura las nuevas experiencias en función de las más antiguas. Estas son el soporte inamovible y la base de la homogeneidad -dotada de su inherente “*homología*”, variedad de homogeneidades- (Ibídem) para los individuos de un mismo grupo. Otro elemento importante que señala el autor sobre la composición del *habitus*, es su carácter cronológico. La historia, le permite

---

<sup>28</sup> Véase: Rosch, E. (1973: 328-350): “Natural categories”. Cognitive psychology.

al *habitus* rechazar toda eteriedad en el devenir cambiante de su mantenimiento y asegurar su permanencia estructurante. La historia se objetiviza mediante el cuerpo y mediante instituciones. A su vez, como mecanismo de defensa, el *habitus* suspende la capacidad crítica sobre la construcción del sentido común. Ese mecanismo, hecho cuerpo y estructura, favorece su reproducción y la reestructuración constante de las instituciones que lo han creado. Actúa en la suspensión de las incertezas posibles y opera como amparo de un mundo seguro, en el que el universo de acción está perfectamente delimitado y ordenado para mayor ejecución práctica. Logra adquirir determinada independencia y una relación de impersonalidad con el mundo que lo rodea, obteniendo así el espacio para la autodefensa que sirve a su reproducción o la modificación para su mantenimiento. Las acciones impersonales -configuradas por el *habitus*- logran la independencia necesaria para estandarizar automáticamente las respuestas correspondientes de acuerdo a la historicidad, lo que se denomina aquí como lógicas prácticas<sup>29</sup>. De igual forma las acciones impersonales son el resultado de una correcta estandarización de respuestas a situaciones similares clasificadas por las vivencias pasadas.

Otra característica destacable de este concepto es que el *habitus* opera a través del discurso casi independientemente del orador que lo pronuncie, pues el discurso corresponde más al *habitus* que a quien lo evoca. A este fenómeno discursivo, Bourdieu lo explica como la suma del *habitus* lingüístico más el mercado lingüístico. El autor

---

<sup>29</sup> “Esto quiere decir que los sistemas simbólicos deben su coherencia práctica, es decir su unidad y sus regularidades pero también su imprecisión y sus irregularidades, incluso sus incoherencias, unas y otras igualmente necesarias dado que inscritas en la lógica de su génesis y de su funcionamiento, al hecho de que son el producto de prácticas que no pueden cumplir sus funciones prácticas sino en la medida en que involucran, en su estado práctico, principios que son no solamente coherentes -es decir capaces de engendrar prácticas intrínsecamente coherentes al mismo tiempo que compatibles con las condiciones objetivas- sino también prácticas, en el sentido de cómodas, es decir cómodamente dominadas y manejables porque obedecen a una lógica pobre y económica.” (Bourdieu, 2009: 138).

conceptualiza al mercado lingüístico como “el conjunto de determinaciones institucionales que las situaciones sociales de referencia proyectan sobre las interacciones lingüísticas y la producción discursiva” (Bourdieu, 1985: 25). Para analizar y comprender los discursos médicos en relación al cuerpo sexuado esta será una herramienta primordial.

También será útil aquí el concepto de *habitus* en transición. A este se lo definirá como el proceso de incorporación de nuevas representaciones que generan un desacople, un conflicto entre el *habitus* que se está adquiriendo y el ya adquirido, sobre todo cuando esas representaciones son contradictorias en la forma de comprender la realidad y orientar la práctica. Entonces el *habitus* incorpora el proceso que le permite continuar con la objetivación estructural en el proceso de producción y reproducción del *habitus* pero haciendo una incorporación superficial y no definitiva de la nueva estructura.

En la línea de Bourdieu se destacan los aportes de Castro y Erviti (2015) en relación al *habitus* médico. Ellos sostienen que el desarrollo e incorporación del mismo se da en los años de formación en las Universidades y en los hospitales de práctica. Se consolida entonces, de modo cotidiano, y se reproduce mediante la transferencia organizada de la jerarquía en el campo médico. Bourdieu define al campo como “una red de disposiciones organizadas donde se visualizan las relaciones de poder, en tanto posicionamiento entre los actores que lo integran” (Bourdieu y Wacquant, 2005:150 apud: Castro y Erviti, 2015). Este concepto de campo es pertinente a dos lecturas en la presente investigación. La primera, relacionada a las diferencias en el ejercicio del poder entre los médicos estudiados; y la segunda, como disposiciones de poder entre los actores involucrados según el acercamiento del saber médico al saber de la comunidad. En el campo médico suelen darse relaciones de poder y prácticas autoritarias de los médicos sobre los pacientes y entre los grados superiores en relación a los inferiores (Castro y Erviti, 2015).

También resulta pertinente para la presente investigación el término *currículum oculto*, definido por estos autores, para explicar la incorporación de estructuras informales características del campo médico disciplinar. Los médicos en sus etapas de formación asimilan un sistema de jerarquías. Desde la experiencia corpórea interiorizan las relaciones jerárquicas relacionadas a la subordinación de las figuras de poder y el ejercicio que sobre ellos ejercen sus superiores. Otra estructura es el esquema conceptual que replica la génesis de lo social, el sistema de relaciones de género y desigualdad de género incorporados a través del lenguaje, transportando y reproduciendo así sus propias estructuras. La creación de mecanismos de acción moldea las estructuras mentales y las predisposiciones casi intuitivas a las que deben responder. Los sitios donde se reflejan estas estructuras son en las prácticas médicas cotidianas y sus respectivas respuestas a los problemas de salud de la población (Castro y Erviti, 2015). Todas estas predisposiciones aprendidas por los médicos son las que los llevan a sobreponerse a los usuarios como autoridad.

En la incorporación del *currículum oculto* el estudiante debe aprender a lidiar con las limitaciones del conocimiento de la ciencia y con sus propias limitaciones personales. Este “entrenamiento de la incertidumbre” (Castro y Erviti, 2015), en palabras de los autores, está estrechamente ligado al surgimiento de las prácticas autoritarias. Los autores –en la misma línea que Lupton y en relación a los comportamientos médicos, que fueron desarrollados en el capítulo anterior– sostienen que en este tiempo se educa al médico para transmitir certezas a sus pacientes sobre su diagnóstico y su tratamiento, y que por lo tanto no se debe ni se puede poner en duda su saber frente al paciente.

Para explicar este concepto de práctica autoritaria Castro y Erviti (2015) comienza describiendo cómo se desarrollan las relaciones de poder en el campo médico. En la misma

línea que Foucault, interpreta el poder como una fuerza creativa productora de las cosas en la sociedad, el placer, las enseñanzas, los discursos: “[...] es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1979: 182).

Lo que está en disputa en el campo médico, por lo tanto, es la imposición de los sistemas mediante los cuales se va a comprender la realidad y los juicios de evaluación y acción de unos actores sobre otros, ya que de ello depende el tipo de práctica que se va a ejercer sobre el cuerpo del paciente.

En este sentido se procederá aquí a definir una tipología de prácticas que serán de utilidad para clasificar las prácticas inclusivas con la población LGBTIQ, dependiendo del *habitus* incorporado desde donde se orienten.

### **Redistribución y Reconocimiento.**

Partiendo de los aportes de Nancy Fraser (2006), al estudiar el dilema de la redistribución y el reconocimiento desde la filosofía política, la autora señala que la injusticia social es el impedimento material o subjetivo de una persona o grupo de personas en la participación igualitaria de la vida social. Explica que la injusticia cultural que se sufre deviene inevitablemente en algún tipo de injusticia económica y viceversa. El origen de estas desigualdades aparece cuando las instituciones imponen normas sociales que califican las personas de forma desigual. La autora utiliza el término *paridad de participación* para referirse a un piso común que permita a todas las personas participar en las instituciones. Con este fin propone la redistribución y el reconocimiento como garantía de igualdad de condiciones objetivas (recursos materiales) y subjetivas (status social) que promuevan la independencia y la vida autónoma de los sujetos.



El reconocimiento como práctica, al ubicar el error en la interacción social y no en la individualidad, está planteando una reestructuración de las instituciones y no de las identidades de los individuos. O sea, un cambio de todas las identidades diferenciales, no sólo de las que sufren la injusticia social. La consecuencia de ello sería, para la autora, la justicia social que repara la injusticia económica y cultural.

Por otro lado, la redistribución estaría relacionada a conseguir una mayor justicia social, económica y cultural. Para ello propone incorporar una de las dos estrategias posibles: afirmativa o transformativa. La primera consiste en la reparación de las injusticias sociales invisibles sin modificarlas, por lo que sería prácticas superficiales, solucionando la redistribución económica pero no las causas que generan distribuciones desiguales. Con esta estrategia se refuerza el estigma social de los individuos al ser grupos beneficiarios de las prácticas afirmativas. Funcionan como afirmación a la diferencia. Sin embargo, la segunda estrategia de abordaje, pretende atacar las causas institucionales que generan las desigualdades de la distribución, sin reforzar los estigmas que aumentan la diferenciación intergrupala, percibiendo a los individuos como merecedores no como beneficiarios.

A la problemática del reconocimiento la autora le atribuye la capacidad de derribar los valores socioculturales institucionalizados planteando nuevas formas simbólicas para construir la autoidentidad, deconstruyendo las formas fijas de la construcción identitaria que refuerzan las diferencias por estatus social. Aun así, ello no garantiza el “pie de igualdad” para la participación institucional (Fraser, 2006). Por lo tanto, la autora plantea un modelos que implique las luchas por las injusticias sociales, culturales y económicas:

En el ámbito de la salud, el reconocimiento urge como una necesidad en tanto derecho, pues implica respeto a la identidad del otro, indispensable para justicia social e igualdad cultural desde la asistencia sanitaria. Se trasladarán, en el presente trabajo, estas categorías

al ámbito de la institución médica para distinguir entre discursos que se orientan hacia las estrategias afirmativas o transformativas.

### **Nuda vida y salud**

Los cuerpos son portadores de derechos no mediante el derecho en sí, sino, mediante el ejercicio del derecho para sí. No obstante, existe una ambivalencia en lo que a ser sujeto de derecho respecta. Agamben (2003) señala que el ciudadano dentro del derecho es mero viviente ya que está dentro del derecho mediante su exclusión, pasando a estar a disposición del poder político. Cabe aclarar que la construcción del homosexual dentro del derecho es relativamente moderna: “la homosexualidad apareció como una de las figuras de la sexualidad cuando fue rebajada de la práctica de la sodomía a una suerte de androginia interior, de hermafroditismo del alma” (Foucault, 1976:56-57). La biopolítica contemporánea, en su relación con la medicina, encuentra formas excepcionales al derecho en que determinadas identidades -identidades sexuales- quedan relegadas a la *nuda vida* mediante la inclusión al derecho por exclusión<sup>30</sup>, perteneciendo a un vacío legal donde no se respetan los derechos ya legitimados. Esas múltiples formas de exclusión están impregnadas en el sentido común por lo que resultan, en muchos casos, imperceptibles.

Al incluir la diversidad sexual como una dimensión importante en el campo de la salud, la sexualidad pasa a ser un asunto político generador de identidad. De tal modo las identidades pasan a ser portadoras de derechos y por lo tanto a estar sujetas al reconocimiento del Estado, que tiene la potencialidad de generar la norma que atraviese y transversalice los cuerpos como terreno político, transformando así las identidades invisibilizadas en identidades con derechos, regulados por la biopolítica. En ese entramado

---

<sup>30</sup> En relación al nuevo estado de derechos jurídicos para las personas LGBTIQ. Véase Anexo N°1 1.

de significaciones, signado por las relaciones de poder, se van configurando los discursos sociales disciplinares y disidentes, como los discursos homosexuales en una lucha por ocupar un lugar de existencia dentro de la hegemonía discursiva.

## 5. Aspectos metodológicos

---

El problema de esta investigación está orientado a describir y analizar comparativamente las representaciones de los médicos sobre aspectos de la atención sanitaria y particularmente la atención sanitaria a la población LGBTIQ en el primer nivel de atención. En particular se pretende: i) describir y analizar las representaciones de los médicos sobre el proceso salud enfermedad, el cuerpo sexuado y la diversidad sexual; ii) describir los relatos de los médicos sobre sus prácticas en la atención sanitaria de las personas LGBTIQ; iii) analizar las valoraciones de los médicos sobre las acciones implementadas por el Estado para dar cuenta de la salud de las personas LGBTIQ.

### **Estrategia metodológica**

Como estrategia metodológica se optó por un diseño cualitativo flexible. Mediante este diseño se podrá captar y analizar en profundidad el discurso y los significados que los médicos le atribuyen al cuerpo sexuado, al proceso salud enfermedad, a sus propias acciones, interpretaciones y percepciones en lo relativo a la atención sanitaria de las personas LGBTIQ.

Con un diseño de estas características, las decisiones muestrales fueron tomadas durante el proceso de campo. En un primer momento se realizaron entrevistas con informantes claves de las instituciones de referencia<sup>31</sup>, lo que permitió guiar la conformación de la

---

<sup>31</sup> Representante de UNFPA (Fondo de poblaciones de las Naciones Unidas), Directora de la RAP (Red de atención de Primer Nivel) de Montevideo y Area metropolitana, y Representante del colectivo Ovejas Negras. Todas ellas participantes de la implementación del Proyecto Piloto Centros de Salud Libres de Homofobia.

muestra. En una segunda instancia se definieron los casos de interés: médicos con y sin formación específica en los enfoques de la atención sanitaria a población LGBTIQ y médicos no capacitados en dichos enfoques.

Informante Calificado	Cargo/Rol	Institución
Médico	Dirección	RAP Mvdeo. y Área Metropolitana
Enfermería	Representante Institución	UNFPA
Psicología	Representante Colectivo	Ovejas Negras

Con los antecedentes expuestos sobre esta temática se parte del supuesto de que existen diferencias en las representaciones de los médicos según hayan o no tenido formación específica en los enfoques de diversidad sexual. Considerando dicha diferenciación, y dado que los médicos con capacitación<sup>32</sup> formaban una subpoblación escasa en el primer nivel de atención, para acceder a los mismos se optó por la selección muestral a través de la técnica bola de nieve. Otra importante decisión muestral fue la técnica de saturación de la población entrevistada. Bajo ese lineamiento se realizaron entrevistas hasta alcanzar el punto de saturación dentro de cada grupo. Este criterio está definido como el punto en que la información recogida deja de ser diversificada (Aguilar, 1999).

---

<sup>32</sup> A partir de este momento se llamará así -y de diferenciará de los médicos sin capacitación- a aquellos médicos que han tenido algún contacto prolongado con los enfoques de la diversidad sexual en el marco del ejercicio de su práctica, o de sus procesos de formación profesional.

## **Población de estudio**

La población está conformada por médicos<sup>33</sup> de primer nivel de atención de policlínica. Se entrevistaron 19 médicos de siete<sup>34</sup> departamentos al momento de la realización del trabajo de campo en el año 2015. Lo que motivó la elección de médicos primer nivel de atención de los servicios de salud pública se debe a la consideración de las acciones impulsadas por el prestador público en lo referente a los Centros de salud libres de homofobia, así como a la cobertura de asistencia del 34,1% de los usuarios del sistema de salud en todo el país (Artagaveytia y Toledo, 2018)<sup>35</sup>.

Esto constituyó, a través de entrevistas a informantes, un facilitador para acceder a la población inicial, el sub grupo de médicos capacitados. Este primer subgrupo está integrado por médicos que se capacitaron en los enfoques de la diversidad sexual. La decisión metodológica para la construcción del segundo sub grupo –médicos que no se capacitaron– fue el control de las dimensiones de sexo, edad, orientación sexual y región –para que fuera equitativo al primero y comparable<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> La población de estudio quedó conformada mayoritariamente por médicos jóvenes, ésta no fue una decisión metodológica a priori sino una configuración de la población dada en el desarrollo del campo. En este sentido cabe aclarar que esta no es la realidad de los servicios de salud en Uruguay, ya que estos tienen una población médica envejecida (Batthyany, 2018).

Batthyany, K. (2018) La profesión médica en Uruguay: Características del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay. Montevideo: Colegio Médico Uruguayo. Disponible en: <http://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/06/Libro-perfil-profesional.pdf>

<sup>34</sup> Montevideo, Canelones, Maldonado, Artigas (Bella Unión), Salto, Cerro Largo (Melo, Río Branco y Lago Merín), San José.

<sup>35</sup> Artagaveytia, C. y Toledo, A. (2018) Informe cobertura poblacional del SNIS según prestadores. MSP: disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20Cobertura%20poblacional%20del%20SNIS%20seg%C3%BAn%20prestador.pdf>

<sup>36</sup> Ello se debe a que se quería comparar entre médicos con y sin formación en los enfoques de atención a la diversidad sexual, por lo que a través de la técnica bola de nieve se llegaba a médicos que sí habían tenido contactos adyacentes con las sensibilizaciones, debido a la interseccionalidad entre círculos con los docentes de posgrado de medicina familiar y comunitaria, en las prácticas de internado o con sus compañeros durante la formación. Se identificó así que los médicos de primer nivel de atención sin formación en diversidad

<b>N° de Médicos</b>	<b>Especialidad</b>	<b>c: Con Formación</b>	<b>nc: Sin Formación</b>	<b>M: Sexo F</b>	<b>H: Sexo M</b>
<b>5</b>	<b>MG: Medicina General</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>9</b>	<b>MFC: Medicina Familiar y Comunitaria</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Gi: Ginecología: 1 Médico de Familia</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>2</b>	<b>MF: Médicos de familia: MG, en curso MFC</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

### **Técnica de recolección de datos**

Como fuente de información primaria se utilizó la entrevista en profundidad que permitió ahondar en los discursos médicos y sus representaciones. La técnica de recolección de datos por la cual se optó fue la entrevista semiestructurada. Esta técnica promueve y permite que el entrevistado pueda construir su discurso de forma natural y haga énfasis en los aspectos que considere importantes destacar de sus representaciones sobre la realidad y sus experiencias de vida. Respecto a esta técnica Alonso (1998) destaca

---

sexual, eran los médicos generales. En la misma línea y por un tema de control de grupos solo se entrevistaron a dos ginecólogas ya que todas las personas contactadas excedían ampliamente el rango de edad de los grupos anteriores, y ya se habían llevado a cabo el criterio de saturación de la muestra. Cabe aclarar que esto no es una investigación comparativa entre médicos de medicina familiar y comunitaria y médicos generales, estas características en la conformación de los grupos son externas a las decisiones metodológicas iniciales.

la potencialidad para acceder a la información proporcionada ya interpretada por el sujeto. Del mismo modo esta técnica, se caracteriza por su flexibilidad respecto a la pauta, permitiendo así orientar la entrevista y profundizar en las dimensiones que resultaron de mayor relevancia para nuestro objeto de estudio, sin dejar de dar lugar a la libertad del entrevistado en la construcción de su relato.



## 6. Análisis

---

### Introducción

El análisis se presenta en tres secciones comparativas por grupos médicos. En la primera, se tratará de comprender, desde los enfoques teóricos de la medicina como institución, las representaciones de los médicos en el proceso salud enfermedad y sus taxonomías sobre el cuerpo sexuado (Lupton, 2003) en la atención a las personas LGBTIQ. Posteriormente, se analiza la adquisición del *habitus* médico y sus orientaciones hacia la práctica. En el último apartado, se analizan una serie de perspectivas abstraídas del discurso de los médicos que resultan centrales para la comprensión de las percepciones sobre las acciones implementadas por el Estado para la atención sanitaria a personas LGBTIQ.

### **Los enfoques de la medicina y las representaciones médicas sobre el cuerpo sexuado en el proceso salud enfermedad.**

Una primera cuestión a abordar son los significados que construye la interpretación médica del proceso salud enfermedad de las personas LGBTIQ. En relación a los determinantes sociales de las personas, los médicos tienden a definirlos como fundamentales para comprender los procesos de salud y enfermedad en sus pacientes. Es clave en la calidad de la atención, para hacer un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado a la situación particular del consultante. La variante entre los grupos médicos fue la inclusión o no de lo concerniente a la sexualidad del paciente LGBTIQ como un determinante en el proceso salud enfermedad.

En el grupo de los médicos no capacitados (Mnc), los determinantes más mencionados

fueron demográficos, como por ejemplo la localidad –rural o urbana–, la edad, el trabajo, y la educación (destaca como clave en el desarrollo de la consulta, diagnóstico y tratamiento). Al invisibilizar la configuración de la sexualidad como un determinante de la salud, tienden a poner en el paciente LGBTIQ la responsabilidad de la atención sanitaria sobre el cuidado de su cuerpo. Esta asignación de responsabilidades surge de argumentos como: no usar los servicios de salud específicamente diseñados para su atención, no seguir los tratamientos indicados o consultar de forma tardía. En este sentido, se hacía una evaluación moral sobre la voluntad del paciente de ejercer los cuidados sobre su salud –este dilema será abordado específicamente más adelante.

Por el contrario, los médicos capacitados (Mc) destacaban entre los determinantes sociales a la identidad de género y la orientación sexual de la persona, como condiciones indispensables de la conformación de su identidad. En relación al conocimiento de la sexualidad de sus pacientes como un determinante social, refieren a la importancia de conocer el contexto familiar y laboral, y su relación que establecen con las instituciones y su posibilidad de acceso. Todas estas cuestiones que transversalizan la identidad sexual y resultan por tanto esenciales en la comprensión de sus procesos emocionales y psicológicos. En este sentido, llegan a equiparar la importancia de los determinantes sociales a la importancia de los determinantes biológicos.

“[...] como determinantes sociales, por decirlo de una forma, tienen alta injerencia en el proceso salud enfermedad las personas, desde lo que tiene que ver con la realidad de su contexto hasta lo que tiene que ver con los preconceptos y lo que piense la persona acerca de sí mismo y cómo tendría que ser su desarrollo en el mundo (...). Desde el rol del médico de familia, uno trabaja sobre la idea que tiene la persona de sí misma ¿no? porque si no logramos desarticular algunas barreras

que están desde el imaginario o de cada uno, no lo vamos a ver tampoco en las conductas y las acciones, que muchas veces es lo que queremos modificar.”

(MFCc, M, 33 años, dinámica)

En este sentido hay médicos que destacan el considerable valor de “no perder de vista los componentes biológicos” (MFC<sup>37</sup>, M) así como la importancia que tienen los determinantes sociales en el conocimiento sobre los riesgos en cuanto a lo biológico: en particular, el conocimiento de las prácticas sexuales, orientación o identidad de género, que está en este caso fuertemente asociada a problemas específicos de la población LGBTIQ. Reconociendo la importancia de trabajar en prevención y cuidado orientado hacia el sexo seguro, argumentan que deben tener dicho conocimiento para que el trabajo sea adecuado a cada paciente.

Una característica fundamental en este subgrupo médico, que les permite desarrollar este trabajo es la atención longitudinal son el manejo previo de herramientas específicas como, por ejemplo, la construcción del familiograma, el trabajo en territorio y la consulta domiciliaria. El siguiente fragmento ilustra ello en relación a la importancia que el otorgan a los determinantes sociales en salud.

---

<sup>37</sup> Dicha referencia sobre el perfil del médico ubica en el Primer lugar la formación médica o cargo (MFC: Médico familiar y comunitario, MG: Médico general; MG: Médico ginecólogo; MF: Médico de familia: es un médico de MG realizando posgrado de MFC) a estas referencias se le agrega el prefijo c o nc: médico capacitado y no capacitado respectivamente en los enfoques de la diversidad sexual. El segundo lugar identifica el género con el que se identifica. En el tercer lugar la edad y por último su orientación sexual: Heterosexual, Bisexual, homosexual, se utiliza el término dinámica: para quienes la definen como una situación actual abierta a cambios.

“[...] ya está más que demostrado que los determinantes sociales son una de las cosas que marcan el proceso de salud enfermedad, y usamos distintas herramientas. [...] está el ámbito individual, el de la familia y el de la comunidad, que son como tres áreas que tratamos de intervenir tanto a nivel de la consulta como con otras intervenciones.” (MFCc, M, 34 años, Heterosexual)

Los médicos destacan la importancia de trabajar con su paciente desde la sensibilidad y la emoción, así como de generar el espacio para que éste se exprese, no sólo en términos de su sexualidad, sino para la construcción de un vínculo que permita trabajar desde la confianza. En este sentido, mencionan que la confianza es la clave para conocer al paciente y poder trabajar desde la cercanía con sus necesidades:

“ (...) la confianza entre la persona y el médico es un determinante de la salud. Si no hay confianza hay pila de cosas que no te van a contar o no van a regresar o lo que sea y me parece que la otra parte es lo que vos podés recomendar o sugerir.”

(MFCc, H, 39 años, heterosexual)

La valoración de la confianza y el respeto como fundamentales en la consulta se diferencia según ésta se considere como parte del vínculo profesional protocolar, o como una característica externa al rol médico. A su vez, esta diferencia está asociada al posicionamiento de la salud desde el modelo biologicista o el biopsicosocial: mientras que desde lo biopsicosocial la sexualidad es un determinante para la salud, por lo que el médico debe tener conocimiento de ello, desde una perspectiva más biologicista no es reconocida como un determinante de la salud, por lo que el médico no debe tener ingerencia más que en los aspectos biológicos del paciente. En este sentido, algunos discursos médicos reconocen cierta predominancia deficitaria del modelo teórico

biologicista para lograr la atención integral:

“Ahí todavía el paradigma teórico, si bien ha ido evolucionando, sigue muy fuertemente presente el paradigma biomédico, y entonces es centrado en la enfermedad con el componente biológico donde otras dimensiones de la vida de la persona no se tienen en cuenta. Entonces, así como te digo la sexualidad, te digo lo laboral tampoco, y estamos hablando muchas veces. Fíjate, la educación es algo central para la persona, entonces una persona te dice que es jubilada, sí, muy bien, pero durante 40 años ¿en qué trabajó? Es muy difícil que yo pueda hacerme la composición del hogar, del problema que esa persona puede tener si yo no sé qué hizo durante la mayor parte de su vida.” (MFCc, M, 49 años, heterosexual)

En relación a cómo llegan a conocer los aspectos de la sexualidad del paciente, algunos médicos refieren a la importancia de preguntar abiertamente –en contraposición a partir de presupuestos– y a dejar abiertas las preguntas a lo que surja del planteo del paciente. Otros reflejan la importancia de generar el espacio que permita a la persona expresarse libremente. En este sentido, surgen y se bifurcan dos posicionamientos respecto a la protocolización de la atención médica para llegar a buenos diagnósticos.

Por un lado, los Mnc desde las posturas más biologicistas, los énfasis están puestos en las determinantes biológicas, y la referencia a lo patológico como estado de alteraciones en el cuerpo en proceso salud enfermedad. No reconocen como importante el conocimiento de la sexualidad, que no se encuentra en el protocolo de atención (centrado en lo biológico) en el cual los determinantes sociales, que son necesarios de conocer, están en relación a las condiciones de acceso de los pacientes a los servicios que garanticen un buen tratamiento. Por otra parte, los Mc esgrimen la importancia de protocolizar desde el enfoque

biopsicosocial, destacando la relevancia de hacer la pregunta para conocer sobre la sexualidad del paciente, entendiendo la salud como una construcción social indisociable de los determinantes sociales.

El hallazgo sobre los distintos enfoques, es que ellos se distinguen en la concepción de la sexualidad como tabú o como posibilidad. En la primera, el significado se asocia con la vida privada –que el paciente cuenta o no si tiene ganas– en la que el médico no debe tener ingerencia o se debe importar. En la segunda, la sexualidad se concibe como esfera indisociable de la construcción identitaria del individuo, y el respeto se relaciona con la opción al alcance del paciente: abrir la pregunta sin juzgar para que el paciente lo cuente también si tiene ganas, pero sabiendo que no será juzgado por el médico como autoridad moral. Ello se asocia con la emergencia de nuevas discursividades médicas que legitiman un nuevo orden de posibilidades de las sexualidades –incluyendo las configuraciones no hetero conformes–, con la construcción de la identidad no heterosexual desde la aceptación, en contraposición a la abyección. A su vez, la ausencia de preconceptos y juicios de valor moral, que pueden ser discriminatorios en la atención médica, se asocia con el alejamiento y el peso respecto del sentido común. Como método de ruptura con este, los Mc usan la vigilancia colectiva e individual.

Fueron los médicos con trayectorias más largas en las capacitaciones y en la experiencia de atención con los enfoques de la diversidad sexual los que dieron cuenta de estos procesos. Las siguientes citas ilustran el análisis en este sentido:

“[...] es justamente lo que deberíamos tratar de no hacer ¿no? de nosotros percibir cosas según nuestros valores y conceptos que yo entiendo que es complejo y que a veces a mí me pasa también, que a veces me atraviesa y me viene esa idea y es

como que uno mismo tiene que decir bueno ta, ta, esto lo traigo yo, esto no es del paciente, esto es mío.” (MFCc, M, 30 años, , heterosexual)

En ese sentido también reconocen esos juicios de valor moral en sus compañeros:

“[...] yo he visto no sé, en puertas de hospitales mirar a alguien trans y juntarse en grupitos para chamuyar y mirar y reírse como si lo que estuviera ahí no fuera una persona que tiene sentimientos, sensaciones, cuestiones [...]” (MFCc, H, 33 años, heterosexual).

Respecto a los juicios de valor moral que hacen los médicos, sobre sus pacientes en relación a su orientación sexual o identidad, también se perciben diferencias dependiendo del grupo médicos al que pertenezca. La autopercepción en los Mc sobre ello es más enfatizada que en aquellos médicos con un historial de capacitación más corto, o sin experiencia en la atención a población LGBTIQ. Los Mnc no se identifican con prejuicios o preconceptos de este tipo. La siguiente cita sobre la importancia de capacitarse para la atención a personas LGBTIQ lo ilustra adecuadamente:

“Claro, porque digo de pronto yo, que hace muchos años que mucho mucho más de 20 que ejerzo la medicina, por mi forma de ser no sería de las que más necesito digamos pero hay mucha gente que necesitaría mucho [...]” (MGinc, M, 59 años, heterosexual)

En relación a ello, se observa en sus discursos como las características de su forma de trabajo les permite recurrir a distintas estrategias para romper con sus juicios y preceptos. Los Mc, expresaron la importancia de poder recurrir a la ayuda de sus compañeros para

trabajar sobre la deconstrucción del sentido común –homogéneo– mediante la vigilancia conjunta sobre sus prejuicios y preconceptos. En este sentido destacaron la importancia para el apoyo en la atención LGBTIQ del trabajo en equipo (poder intercambiar y compartir), así como los beneficios de la capacitación interdisciplinar en el aporte a las discusiones, y en formarse un mapeo de los referentes para consultar sus dudas sobre abordajes en la atención a personas LGBTIQ. Por otra parte, en los Mnc emergió en el discurso el trabajo individual, lo cual valoraron –ciertas veces– como una debilidad, al no tener referente o compañeros para consultar sus dudas sobre casos que requieren una perspectiva de diversidad sexual para el abordaje; además, reconocen sus limitaciones en la temática, así como el desconocimiento sobre quienes lo trabajan, para derivar a sus pacientes.

Otra emergente interesante en los discursos, se trata de la variación respecto al lugar que ocupa el paciente LGBTIQ en la consulta. Se puede observar –por sus relatos– un lugar más cercano a la horizontalidad en la relación médico paciente en las consultas donde se construye conocimiento no heteronormativo con la ayuda del paciente no heterosexual:

“[...] Pero para la formación nuestra, en realidad fue autodidacta y mucho en contacto con la población LGTB, ellos fueron los que nos enseñaron mucho y los que nos dijeron cuáles eran las carencias, qué era lo que necesitaban y a partir de ahí fuimos como aprendiendo también ¿no?” (MFCc, 33, CF, heterosexual).

Incluso permite un enfoque de abordaje donde se sitúa al paciente como sujeto de derecho, en tanto se lo hace partícipe del procedimiento de la entrevista. A través de la explicación, y como un facilitador que ayuda al médico a proteger su legitimidad al estar rompiendo con la heteronormatividad, al preguntar abiertamente sobre la orientación



sexual del paciente o sus formas de vinculación sexo afectivas: por ejemplo, si tiene múltiples parejas. Al mismo tiempo se está generando conocimiento compartido adecuado al tiempo histórico, enunciando las posibilidades en la relación sexo-afectiva por la que sus pacientes pueden optar. En este caso el médico no necesita posicionarse desde un lugar de autoridad moral disciplinar y represora de la sexualidad, reproduciendo los valores de la institución de la medicina moderna.

Sin embargo, el lugar otorgado por alguno de los Mc en relación al posicionamiento del paciente en la consulta, fue como necesitado de la atención médica, que debe ser orientado, satisfacer sus demandas, o incluso percibido como “clientela”, en una relación de interés por servicios. Esta perspectiva no posibilita la creación de conocimiento compartido en la relación médico paciente, ni al último como sujeto de derecho e intercambio en una relación de igualdad.

El posicionamiento médico en el que el paciente es reconocido como sujeto de derecho, se relata con mayor frecuencia orientado a la atención de pacientes adolescentes. Ello se relaciona a factores mencionados por los médicos. El primer factor es la protocolización de la ficha adolescente, en la que se comienza preguntando si tiene pareja, para luego preguntarle el sexo, y cuántas parejas tiene. Esta protocolización permite romper con la atención médica como un dispositivo heterosexual<sup>38</sup>, mostrando las posibilidades de elección sexo-afectiva que tiene el paciente, validando la homosexualidad, la poligamia, etc. Nuevamente se observa el valor de la institucionalización al momento de protocolar.

“Explicarle, bueno mirá... mirá, hoy en día puede ser cualquiera de las opciones, mirá, acá lo tenemos para preguntar así, para mostrarles también

---

<sup>38</sup> Este texto está utilizado en referencia a cómo o utilizó Scaniello (2016) Ver: la invisibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario (Scaniello, 2016).

que esto está también avalado desde otras estructuras y que no es una cuestión personal, que eso también está bueno. Yo lo utilizo a veces para que vean como que es algo también institucional ¿no? además de que al médico le interesa también ahí, como ver que se está poniendo sobre la mesa el tema ¿no? (...) algunos se sorprenden otro no, eso depende” (MFC, H, 39 años, Heterosexual )

El segundo factor detectado se relaciona con la identificación de oportunidades para preguntas sobre sexualidad a personas que ellos consideran más abiertas, como los adolescentes, y no a personas mayores que ya socializaron dentro de un sistema heteronormal y construyeron su identidad en función de él, pues en muchos casos, les genera cierta incomodidad hacer esas preguntas: “Pero capaz que las poblaciones adolescentes es como por ser nuevas generaciones o algo son mucho más abiertas.” (MFC, M, 34 años, Heterosexual)

En este sentido y en relación a la pregunta, algunos médicos incluso reconocen ese sistema de evaluación estereotipado que funciona de forma automática cuando intentan discernir en qué momento hacer la pregunta y a quienes hacer la pregunta. Los Mc con menor trayectoria vinculada a la atención LGBTIQ revelan los estereotipos heteronormativos que les surgen en el momento de preguntar, por ejemplo, si el paciente tiene familia, tiene hijos. Sin embargo, los Mnc creen que sus prejuicios en relación a este tema pueden dejarlos fuera de su rol en la atención médico paciente:

“atención nosotros también tenemos prejuicios, eso no estamos exentos, pero a la hora de ponernos la bata blanca yo creo que los prejuicios deben quedar afuera” (MGnc, H, 26 años, heterosexual).

En cuanto al reconocimiento de sus prejuicios y estereotipos, y su potencial ruptura, las variaciones se explican por las distintas formas de operar para distintas singularidades del *habitus*, en los distintos grupos observados y a la interna de ellos. Entre los Mc, el *habitus* en transición lleva a la construcción de nuevos estereotipos para ordenar la realidad. O sea, el *habitus* en transición cambia prejuicios o estereotipos más antiguos –en tanto dejan de ser útiles– por otros que permitan orientar el ordenamiento del mundo en función de los nuevos esquemas de percepción. Esto es visible en la siguiente cita, en respuesta al abordaje de la orientación sexual/identidad de género en la consulta:

“Sí, dependiendo mucho de la persona también ¿no? Ponele ¿no? yo que sé, alambrador 23 años, como que a veces es muy difícil ¿no? Ahí va, de repente, allá va mucha gente [...] que tienen como otra idiosincrasia ¿no? con gente joven o gente que está muy vinculada y que mucha gente que trabaja vinculada con el arte y con ellos sí podemos generar como otro diálogo [...]” (MFCc, H, 30 años, heterosexual)

En cuanto a los valores morales de los médicos, se puede explicar en como la construcción del estereotipo del hombre heterosexual y por ende su antagónico homosexual son construidos, partiendo de Muñoz (1996) cuando se refiere a la construcción del homosexual a partir del desconocimiento en contraposición al heterosexual. Esto refleja las taxonomías médicas con las que clasifican al cuerpo sexuado.

Esta cita también refleja la implicación que el médico le da a los determinantes sociales (educación, acceso a la cultura, el tiempo), así como algunas demográficas (edad, localidad –rural o urbana–) de la población con la que se trabaja. También denota una relación

específica de su capacidad de abordaje al paciente, para hacer preguntas relacionadas a la diversidad sexual en la consulta.

A su vez, esto está relacionado a otro valor axial vinculado a la consulta médica: el conocimiento. Éste es indisociable del reconocimiento en la atención sanitaria. La percepción –o su ausencia– de los médicos sobre sus representaciones estereotipadas está asociada a sus representaciones sobre la sexualidad. Esto está presente en los dos grupos médicos, aunque se torna más notorio en los Mnc y que no son capaces de distinguir sus preconceptos o prejuicios en tanto no tienen conocimiento sobre los componentes de la diversidad sexual, por ello no lo reconocen:

“E-¿Podrías diferenciar entre orientación sexual, identidad de género y rol de género? D- Definirlos, Eeh... no, en realidad no, en realidad no te puedo definir esas tres identidades (MGnc, H, 38 años, heterosexual)”.

Es notorio que el médico tiene la voluntad de ayudar a sus pacientes cualquiera sea el motivo por el que consulte. En sus discursos, al menos, ninguno expresa discriminación<sup>39</sup> como un acto consciente. En cuanto a las taxonomías que los médicos construyen sobre el cuerpo sexuado, se puede diferenciar su carácter involuntario en la identificación de los estereotipos de género que tienen contruidos. La naturaleza de la sexualidad heteronormativa, y el sistema de clasificación de correspondencia anatómica y sexual está dado como una realidad incuestionable para los Mnc. Por otro lado, los médicos capacitados visualizan la necesidad de no caer en sus propios prejuicios, aunque dejen entrever, en algunos casos, otro tipo de construcción estereotipada “alambrador 23 años” que sesga la consulta como un espacio heterosexual. En consecuencia, se puede percibir

---

<sup>39</sup>En tanto discriminar es simplemente el hecho natural de separar una cosa de otra y agruparlas según diferencias, que nos permiten establecer categorías en función de un ordenamiento para lo que conocemos.

que casi ningún médico discrimina a la identidad de los homosexuales como colectivo, sino que parece más tratarse de una ilegibilidad<sup>40</sup>, una inteligibilidad de las orientaciones no heterosexuales que están planteadas desde la institucionalización etnocéntrica de la medicina. Esto les impide a las personas LGBTIQ, como participantes de la institución médica, verse como beneficiarios de la salud y de la preocupación acerca de sus especificidades biológicas para una atención de calidad. Ella solo es visible a esta investigación a través del análisis abstracto sobre la teoría.

En este sentido –en tanto no hay voluntad de discriminar– los Mnc se reconocieron no discriminadores, lo que nos lleva a comprender que la discriminación –para los médicos– está asociada al conocimiento y solo se hace visible a través del reconocimiento. Ello implica una revalorización de lo no valorado, que solo se torna posible a través de nuevas representaciones para la comprensión de la realidad en relación al cuerpo sexuado. Ello se observa claramente cuando se les pregunta sobre las vulnerabilidades de los pacientes LGBTIQ en la asistencia sanitaria, donde los Mnc no las identifican y los Mc suelen hablar de discriminación. Estas citas lo ilustran adecuadamente:

“Pienso que la limitación está en ellos mismos ¿no? [...] pero digo aquellos que tengan el valor de aceptarse y de ser lo que quieren ser no hay problema a mí me parece que la sociedad los incluye.” (MGnc, M, 59 años, M, Heterosexual)

“[...] y en realidad una de las principales vulnerabilidades es el tema es la discriminación [...] Y bueno, con el tema, claro eso, de la discriminación y bueno

---

<sup>40</sup> Este término está usando según la perspectiva teórica de Butler cuando se refiere al “exterior constitutivo” como categoría de referencia para diferenciar el otro abyecto del nosotros los adecuados, en la distinción de los grupos de pertenencia y adscripción.

que muchas veces sufren cuando van ¿no? al centro de salud” (MFCc, M, 40 años, heterosexual)

“Lo que a mí me ha tocado en mi corta experiencia es que yo no veo ninguna barrera a la hora de atender a un paciente. Para mí son todos pacientes, quizás a veces la barrera la plantea el paciente por su percepción al médico por su percepción al centro de salud pero a veces se da una barrera del paciente hacia el médico y no al revés”(MGnc, H, 26 años, Heterosexual)

Los grupos de médicos estudiados ponen su énfasis en distintas representaciones en la atención del proceso salud/enfermedad en relación al lugar que le asignen al cuerpo sexuado. Hay diferencias marcadas en los contenidos de los discursos. Respecto a los posicionamientos médicos y su valoración sobre la atención de las personas LGBTIQ, se observa que tales diferencias se relacionan a la incorporación de valores y normas según su experiencia y formación con los enfoques de la diversidad sexual. Por otra parte, y en relación a ello, la variación con que los médicos expuestos a experiencias de ruptura heteronormativa asimilaron sus nuevas creencias, depende de su *habitus* en transición. Es decir, de la fluidez con la que el *habitus* es capaz de incorporar nuevas estructuras que hacen tambalear las bases sobre las que se construyeron las certezas de esquemas sexuales, y su vez esta fluidez depende de la exposición (experiencia y formación) a la rupturas hetero y endocéntricas.

En este sentido, las divergencias en los discursos médicos se explican por las formas que toma el poder en la producción del orden cultural y el ordenamiento de lo sexual dentro de esa producción. Según el sistema de comprensión de la matriz de clasificación de

los cuerpos es que cada médico comprende la atención de sus pacientes LGBTIQ y sus implicancias. Esto permite relacionar los posicionamientos médicos y los enfoques de la medicina como institución.

Los Mnc se orientan hacia una arista de la medicina donde la salud se define en una relación causa-efecto, la enfermedad se manifiesta en el cuerpo físico casi de forma independiente a las inscripciones históricas, sociales y políticas del paciente LGBTIQ. A su vez el paciente es concebido como necesitado de ayuda y el médico se posiciona en el lugar de saber, que debe solucionar el problema por el que consulta. Ello deja de manifiesto la relación asimétrica entre el médico y el paciente. A este enfoque se lo relaciona más con el estructural funcionalismo.

Los Mc entienden el proceso salud enfermedad como complejo y multicausal, donde el paciente está circunscripto en una realidad simbólica que incluye el orden sexual institucionalizado en que se contempla la salud como un proceso dinámico. Perciben la salud y enfermedad como una construcción social que debe ser tratada entre las partes involucradas. Como producción de la realidad material y simbólica de la vida cotidiana, este enfoque posiciona al paciente en una relación más horizontal. A su vez redistribuye el poder de la institución médica entre las partes involucradas, donde en diálogo interdisciplinar se aborda el proceso de salud enfermedad como multidimensional. Al tratar los problemas del cuerpo como un todo, como cuerpo social, individual, como cuerpo familiar, se habilita una significación más amplia de los cuerpos y etiquetamientos menos cerrados. Por otra parte, conciben el cuerpo cambiante –como texto– abierto a su entorno y dinámico en su construcción. Este enfoque se acerca más al construccionismo social.

## **De lo que pensamos a lo que creemos y a lo que decimos que hacemos: las prácticas médicas: *habitus* y práctica médica**

En este capítulo procederemos a explicar cómo los médicos ordenan el conjunto de predisposiciones que los orienta a la práctica en la atención sanitaria de personas LGBTIQ, en función de sus trayectorias profesionales respecto al abordaje de personas no heterosexuales,

En el discurso de los médicos con formación se observa la tendencia a identificar los cambios en la concepción del cuerpo sexuado –respecto a la población LGBTIQ– en base a una serie de experiencias a las que fueron expuestos durante las capacitaciones. Para muchos implicó una ruptura tanto vinculada a valores de su formación profesional como de su vida cotidiana. Esto sirve para explicar el rompimiento a la adscripción de percepciones, representaciones y acciones categóricas sobre el cuerpo sexuado en la formación médica, que revelan los valores heterocéntricos de la medicina como institución. Pues, en los discursos de los Mc hay una fuerte referencialidad al componente previo heteronormativo al mencionar las transformaciones surgidas a partir de la capacitación para la atención a la diversidad sexual.

“Fue parte de mi formación. Al principio cuando empezás a preguntar te sentís como incómodo porque no lo... porque lo vas incorporando a tu práctica, no lo aprendía a hacer en la facultad de medicina, lo aprendí a hacer cuando ingresé e hice un posgrado que me formó integralmente” (MFC, Mc, 49 años, F, heterosexual)

En relación a esto, y partiendo de que la formación médica en facultad de medicina es heteronormativa por la evidencia analizada en el capítulo anterior, se procede a analizar las



prácticas. En este sentido se consideraron prácticas sensibles aquellas que consideran la diversidad sexual como un determinante de relevancia en la atención a la población LGBTIQ tanto desde lo biológico como desde lo biopsicosocial, o las perspectivas que combinan estas dos posturas. En tanto tal, estas prácticas se van a considerar transformativas o afirmativas dependiendo de la perspectiva de comprensión de la sexualidad por el cual se oriente.

Las prácticas afirmativas serán consideradas como las que entienden que debe haber una atención diferenciada para las personas LGBTIQ desde la demarcación de la diferencia, por ejemplo, en la asociación a grupos de riesgo, por tener prácticas sexuales desconocidas, o asociados a los riesgos que conllevan sus prácticas de transformación corporal asociadas en muchos casos a los trastornos biológicos o psicológicos. En este sentido los Mnc mencionan como herramienta de inclusión las policlínicas específicas para personas vinculadas al trabajo sexual y a la población trans, dejando entrever en sus discursos la perspectiva afirmativa de las prácticas en el reconocimiento de la diferencia.

Sin embargo los Mc, entre las herramientas que destacan como parte del proceso que les permitió incorporar nuevas prácticas de transformación en la maneras de preguntar, de percibir la sexualidad, muchos mencionan como aporte: *los videos:*<sup>41</sup> *¿Cuál es la diferencia?* para explicar el consecuente cambio de abordaje en el modelo y las implicancias que ello tiene para un diagnóstico y tratamiento. Estos dos modelos de abordaje serán tratados en el próximo capítulo.

Por otro lado, muchos Mc mencionan la importancia de romper con el lenguaje heterocéntrico desde la práctica, destacando también el trabajo conjunto para la vigilancia

---

<sup>41</sup> Se trata de una producción audiovisual impulsada a partir de las capacitaciones en el primer nivel de atención en la atención a las personas LGBTIQ. Las mismas se pueden encontrar en youtube.

y ayuda mutua con el propósito de identificar y romper las acciones del sentido común manifiestas en el lenguaje. A este hecho, donde se proyectan las situaciones de referencia y las experiencias a partir de las adquisiciones lingüísticas ya incorporadas que salen involuntariamente durante la interacción, Bourdieu (2000) lo explicó como una característica del *habitus*, al reproducir discursos con independencia del sujeto que lo enuncia.

“[...] hay como una historia de, de que un amigo dijo, pero, estábamos hablando de alguien que era lesbiana y dijo pero si tiene hijos. (...) Y como cuestiones de esas, de ir ayudándonos entre nosotros a darnos palo todo el tiempo cuando pasa algo de eso...” (MFCc, 33 años, H, heterosexual).

Una de las rupturas heteronormativas más intensamente sentidas por los médicos se da durante la atención a las personas transgénero. En las experiencias a la atención a personas trans es donde se hace más visible el arraigo cultural del régimen heteronormativo y como él mismo está implantado en la cultura a través de las formas de hacer pensar o sentir:

“Sí, claro, creo que hay una, como una cosificación o una puesta, se ponen entre medio de esas dos personas, se ponen una barrera de preconceptos como no se ponen en ningún otro momento...” (MFC, 33 años, H, heterosexual).

Alude al fenómeno de lo que se llamó *habitus* en transición, al desacople entre las estructuras heteronormativas internalizada por la ritualización de las prácticas médicas heterocéntricas, que Butler explica como matriz binaria de clasificación sexual donde se establece una correspondencia sexo-genérica obligatoria, y las nuevas estructuras. En la internalización del curriculum oculto donde el practicante internaliza toda la estructura no

informal que se configura como incuestionable en el sistema de percepciones sobre el cuerpo. En este sentido y en referencia a la intersección de dispositivo de heterocentrado y la práctica, esta cita ilustra la explicación también relacionada al concepto de la expresión lingüística:

“lo que yo te decía muy interesante el lenguaje que uno utiliza, nos ha pasado con diferentes formas de expresión de género (...) la idea es tratarla como mujer y vos estás viendo un hombre, o te doy un caso más específico, la realización del PAP a un hombre trans eso es todo un aprendizaje al principio por mi formación donde toda la carrera me enseñaron que la camilla ginecológica es para que se sienten las mujeres (...) el aprendizaje que tuvimos en el pre grado de ginecología, está basado en eso, cuando un hombre trans se pone en una camilla ginecológica y vos vas a hacerle un PAP me pasó las primeras veces de haberlo nombrado siempre como hombre en todas las consultas y en ese momento cambiar el chip y tratarlo como mujer, porque veía una vulva y por todo el contenido que tenía en mi cabeza que la camilla ginecológica y la vulva (...)” (MFCc, H, 33 años, dinámica)

Tanto desde la ruptura o desde la afirmación hay evidencia de los valores heteronormativos institucionalizados desde la medicina. El discurso de Mnc expone los mismos argumentos en este sentido, con una fuerte mención al sistema de clasificación binaria hombre mujer desde las taxonomías médicas del cuerpo sexuado:

“Lo que pasa que mis policlínicas son muy puntuales, ginecológicas, algún masculino no puede ir a la policlínica ginecológica porque nos se va a atender digamos esa esfera (Ginc, 59 años, M, Heterosexual).”

Esto está en estrecha relación a la posibilidad de la consulta de trabajar o no desde la

práctica en la atención a las personas no heterosexuales. De este modo, muchas veces se trabaja, desde el desconocimiento médico, al sujeto homosexual como sujeto homogéneo, sin reconocer las diferencias entre las identidades no heteronormativas, y desde la imposibilidad de comprender el cuerpo como texto en el que se representan las acciones en función del sexo/género elegido, con una sexualidad cambiante.

Los médicos, aun reconociéndose sensibilizados, expresan sus dificultades para sentirse cómodos en la atención a personas transgénero. Ello está en estrecha relación a la definición de las identidades sexuales del paciente como fijas o como dinámicas. El romper con las categorías que implican certezas genera desestabilidad en las acciones rutinarias. Estas incomodidades van disminuyendo a menor rompimiento de las estructuras internalizadas:

“Como cualquier otro paciente, quizás por desconocimiento no tengo problema”  
(MGnc, 26 años, H, Mnc, heterosexual).

Por otra parte, la forma de pararse frente a la consulta de personas no heterosexuales cambia en una relación menos violenta a la ruptura que implica la atención a personas trans. Esto se explica a su vez por las trayectorias médicas en relación a la capacitación sobre enfoques de atención con población LGBTIQ y su experiencia práctica. En el ejercicio cotidiano de prácticas médicas no heterocentradas, tales trayectorias se van reforzando a sí mismas y naturalizando en prácticas transformativas, que permiten la reestructuración del orden sexual simbólico. Un ejemplo del proceso que a través del lenguaje transforma la praxis desde la omisión al reconocimiento es el siguiente:

“no sabía decir lesbiana, no podía decir lesbiana (...) de tanto andar ahí, de terminar abrazada con lesbianas y con cosas, pudo empezar a decir la palabra lesbiana sin que hubiera cuestiones en el medio” (MFCC, H, 33 años, heterosexual).

Este fenómeno de la incomodidad involuntaria, en muchos casos lleva al médico a la incorporación de las prácticas autoritarias como estrategia ante sus desconocimientos. Estas son evidentes en los discursos médicos que reconocieron su capacitación deficitaria en el abordaje de la diversidad sexual, pero igualmente orientan a sus pacientes LGBTIQ desde de su perspectiva heteronormal, predominante en los discursos Mnc. En este sentido, antes la necesidad de cumplir su papel de orientadores, los médicos transmiten sentimientos asociados a la inseguridad por desconocimiento y falta de contacto con personas LGBTIQ. Estos discursos que transmiten inseguridad -como reflejo de la ruptura reflexiva con las certezas heteronormativas-, están más presentes a mayor contacto haya tenido el médico con sensibilizaciones en diversidad sexual. o sea, en los Mc. A su vez estos Mc reconocen que la falta de contacto también se debe a la consecuencia de la exclusión institucional que las mismas han sufrido históricamente.

Estás prácticas autoritarias a su vez se encuentran en estrecha cercanía a las prácticas afirmativas en que el médico reconoce la diferencia del paciente LGBTIQ y por ello cree que debe tratarlo diferente, o exigirle controles diferentes. A su vez esto no debe confundirse con las prácticas transformativas de los Mc con formación y largas trayectorias de atención a personas LGBTIQ. Los controles diferentes que proyectan una perspectiva de política afirmativa desde la práctica son por ejemplo aquellas en que los médicos demandan controles específicos asociados a estigmas de las personas LGBTIQ como grupos de riesgos. Son inclusivas desde la afirmación de la diferencia que configura la población LGBTIQ, por ejemplo, al pedirle examen de VIH a una trans, o mandarle medicación psiquiátrica bajo el estigma –vinculados a su autopercepción– y descuidando, por desconocimiento, los riesgos biológicos. Estas cuestiones son explicitadas por los médicos con formación:

“Por ejemplo a población trans, si vos conocés tus hormonas, los efectos de las hormonas y madas a una paciente una medicación psiquiátrica pensando que tiene una depresión cuando no tiene una depresión ¿no? y entonces ahí estás haciendo iatrogenia.” (MFCc, M, 40 años, heterosexual)

Otra forma que podrían tomar las prácticas autoritarias es aquella que reafirma la legitimación del saber médico disciplinar en la consulta como tecnología heterosexual. En este caso se hace referencia a los errores que presuponen la heterosexualidad de los pacientes, como por ejemplo equivocarse en la nombrar el paciente utilizando su nombre de pila, desconociendo la identidad con la que se identifica. Este tipo de prácticas fueron visibilizadas con mayor frecuencia y con mayor nitidez a través de los relatos Mnc sobre sus propias prácticas:

“Yo personalmente llamo al apellido y al nombre enseguida” (MGnc, H, 28 años, heterosexual).

Sin embargo, las prácticas médicas autoritarias, que invisibilizan la sexualidad como un determinante social en el proceso salud enfermedad, no reconocen que el modelo heteronormativo en la consulta. Ni sus implicancias como una injusticia social para las personas LGBTIQ, dado que les impide a estas participar en pie de igualdad de las instituciones. En este sentido, responsabilizan al paciente LGBTIQ por autoexcluirse y no la la institución médica por reproducir un modelo disciplinar de la sexualidad heteronormal.

Tanto las prácticas afirmativas como las autoritarias comparten el desconocimiento común por detrás de los presupuestos que las sustentan: la concepción de un sujeto sexuado con identidad sexual estática y una comprensión de las identidades en la

correspondencia sexo-genérica que presupone heterosexualidad.

Si bien hay médicos que son sensibles a los enfoques de atención a personas LGBTIQ, algunos Mnc dentro de los que sostienen esta perspectiva, al referirse a las personas no heteronormadas, en tanto se construyen a sí mismo e inscriben sus identidades en la normalidad, se contraponen al sujeto homosexual enunciándolo: como “esa gente” o “ellos”, como innombrables, desplazándolos al lugar de la abyección para construir sus identidades.

En este sentido podemos decir que lo que orienta a las prácticas afirmativas es el desconocimiento hacia la atención de las personas LGBTIQ. Se reconoce al otro como distinto, pero no se conoce en qué medida eso afecta su salud. En cambio, las prácticas transformativas, orientan su transformación hacia el cambio de percepción de los esquemas por los cuales se comprende la realidad respecto al cuerpo sexuado. Entonces orientan sus prácticas desde el conocimiento de las implicaciones corporales de acuerdo a las determinantes sociales de las personas no hetero conformes. En este sentido las prácticas transformativas se explican desde el reconocimiento, definido por Fraser (2006) como paridad en participación de la institución –en este caso en la institución de la salud.

La disparidad en los discursos, entre los distintos grupos médicos, deja de manifiesto las diferencias en sus prácticas. Entre muchos de los Mnc la lógica que se evidencia está transversalizada por la estandarización automática del *habitus* al evaluar las prácticas que debe implementar en la atención y, en base a ella, orientan su accionar. Mientras los Mc incorporan prácticas a partir de un proceso de rompimiento con esa internalización de prácticas rutinarias heterocentradas.

Las diferencias entre grupo revelan evidencias contradictorias en el abordaje a un mismo proceso de salud enfermedad, pues enfoques médicos distintos responden a

distintos posicionamientos que llevan a distintas prácticas médicas en la interacción con los pacientes. Esto tiene por consecuencia que para un mismo motivo de consulta se llegue a distintos tratamientos y/o diagnósticos dependiendo del tipo de práctica aplicada – como ya se explicó con anterioridad lo largo del capítulo– con los pacientes LGBTIQ.

### **Pensar fuera del cuadrado**

En tanto a la valoración sobre la importancia de las acciones impulsadas por el Estado para la inclusión de la diversidad sexual, los discursos médicos son unánimes. En relación a por qué lo consideran importante, varía la argumentación en torno a la perspectiva desde donde conciben dichas políticas: como un modelo político de la diferencia o como política de transformación. En relación al origen de las distinciones entre las percepciones se observa algo similar a lo anteriormente explicado: los discursos difieren respecto a la concepción del cuerpo sexuado y la importancia que le otorgan en la atención en salud a las características sexuales de sus pacientes en tanto determinantes sociales para su atención en salud.

Esto es observable en la acentuación de los discursos médicos en distintas acciones impulsadas. Mientras los Mc centran la relevancia en los videos ¿Cuál es la diferencia? como herramienta para la deconstrucción hacia una atención inclusiva y a la experiencia del hospital Saint Bois. Otros médicos como los Mnc la asocian a las acciones impulsadas con la implementación de policlínicas exclusivas para población LGBTIQ. En este sentido se refieren a las policlínicas destinadas a la atención de trabajadoras sexuales, por lo que lo asocian a la población trans como prototipo más visible dentro de las identidades no hetero conformes y desde una perspectiva de construcción de la homosexualidad homogénea. A su vez no refieren a estas policlínicas por su nombre, ya que no saben cómo se llaman ni



tiene muy claro cómo funciona, y piensan que son exclusivas para población LGBTIQ. Y para referirse a esta población lo hacen desde la categoría de exterior constitutivo: ellos, esa gente.

Los médicos capacitados destacan en sus discursos la importancia del buen manejo de los términos de la diversidad –definidos en la guía de práctica clínica para las personas LGBTIQ– para un buen posicionamiento en la consulta, y el conocimiento sobre las implicancias que las determinantes sociales tienen en la atención integral.

Otra diferencia es la emergencia de un discurso despatologizante respecto de estas identidades, para habilitar nuevas formas de habitar el cuerpo en configuraciones de una sexualidad dinámica, que cambia con el tiempo. Esta nueva forma hace referencia a la noción de que no son las prácticas las que definen al paciente, sino que es su autopercepción sobre su orientación sexual o identidad de género lo que lo hace. En este sentido, se evidencia un corrimiento del discurso médico que transporta los valores hegemónicos de la medicina como institución encargada de disciplinar/ reprimir la sexualidad.

A su vez, en los discursos Mc, también hay un cambio respecto en el sentido del monopolio médico de la medicina para definir los procesos de salud enfermedad, al trabajar interdisciplinariamente en la atención sanitaria del cuerpo LGBTIQ. Algunos médicos destacan en sus discursos la importancia del trabajo con profesionales de otras áreas que les brinda como posibilidad la capacitación en diversidad sexual.

“una gurisa intersexual (...) la catalogaron como mujer, tiene 5 (...) estaban como para mutilarla porque tenía como un mega clítoris o un micro pene y se lo querían sacar para que estéticamente quedara mejor. Bueno, pude como charlarlo con los

padres, ver, hablar, bueno y ahí sí, hablé específicamente con ovejas<sup>42</sup> (...) lo fuimos como piloteando en conjunto pero muy como pensando, también esto ¿no? como pensar en voz alta y tener, crear como una única mente a la hora de pensar ¿no? nos ponemos a pensar y de ahí construimos una historia (...)” (MFCc, H, 33 años, heterosexual)

El cambio de enfoque de atención a la salud de manera integral, posibilita la apertura del monopolio médico para definir la salud y la enfermedad y el campo posible de resolución. Es en esta transición donde lo viejo y lo nuevo dejan vacíos de abordaje donde co-existen en una dialéctica que no llega a su síntesis final.

Otro elemento recurrente en sus discursos, en torno a estos cambios, es lo que refiere a poder trabajar con el apoyo de los colectivos LGBTIQ que les lleva a aprender de sus propios pacientes:

“ eso lo fuimos aprendiendo nosotros y eso es lo que le debemos a los usuarios en nuestra formación, los usuarios han abierto muchísimo sus historias, han mostrado muchísimo sus cuerpos y más para que nosotros aprendamos eso, eso es un aprendizaje que yo recibí de los usuarios y mi equipo también.” (MFC, H, 33 años, dinámica)

Por otro lado los Mnc centran su atención, desde las perspectivas de las políticas de la diferencia, en lo patológico de las acciones de hormonización de las corporalidades trans, en tanto asignan correspondencia de sexo y naturaleza del cuerpo, por lo que sus modificaciones serían patológicas.

---

<sup>42</sup> Se refiere al colectivo LGBTIQ ovejas negras.

“(…) varios transexuales que toman hormonas por ejemplo y digo es una alteración a la biología si bien lo podemos entender desde el punto de vista social, desde el punto de vista meramente médico biológico es patológico están tomando hormonas, están alterando la biología normal y eso lleva consecuencias de todo tipo. Los trastornos hormonales tienen riesgos no solo a niveles meramente biológico sino también psicológico también no y psiquiátricos.” (MGnc, H, 26 años, Heterosexual)

Surge también, en el discurso de los Mc, la importancia que tiene agregar a la currícula de Facultad de Medicina el enfoque de la diversidad sexual, así como la importancia de protocolizar la preguntas para el conocimiento de esta determinante social –para que todos los profesionales de la salud lo aborden con la misma importancia y conocimientos acerca de sus implicancias para el proceso salud enfermedad. Por otro lado, los Mnc creen que debe ser importante en tanto una especialidad más.

“sería muy importante verdad digo porque la población mundial ha crecido por lo tanto esa fracción de la población ha crecido, digo no es que no existiera ha existido siempre y bueno seguramente habría como hay tantas especialidades nuevas tendría que haber algo referido a eso”. (Ginc, 59 años,)

Esta cita deja en evidencia la perspectiva de la inclusión de la diferencia, sin la necesidad de transformar los valores heteronormativos de la institución médica. En este sentido algunos médicos cuentan sobre las resistencias surgidas para la implementación del Proyecto centros de salud libres de homofobia:

“[...] que no estaba la percepción, que eso no era necesario [...] Siempre cuando trabajamos con estos temas sabemos que van a generar una resistencia de gente que ni siquiera te la imaginas [...] hubo médicos que directamente se paraban en las capacitaciones y se iban. Médicos que hablaban y decían sí no, sí sí yo no discrimino [...] no tenían de donde agarrarse pero que a la medida que lo agarraron y lo hicieron propio generaron conocimiento también y generaron cuestiones y pudieron hacer abordajes súper interesantes con población, de LGTB en general” (MFCc, H. 33 años, heterosexual).

En este sentido los Mc atribuyen la importancia de las acciones implementadas se protocolice como políticas nacionales, debido a las importantes transformaciones que ellos han presenciado sobre el imaginario médico luego de ser formado en las perspectivas de atención a la diversidad sexual. Así como la equidad en el acceso a la salud de calidad de la población LGBTIQ.

“me parece que todas las policlínicas deberían estar capacitadas para recibir este tipo de población y en realidad en eso sí hay como centros específicos, cualquiera debería ir a su policlínica de barrio y recibir la atención que necesita, primero de primer nivel después más especializado este todo lo quirúrgico que se puede hacer en el hospital de Clínica y la hormonización que no es tan fácil.” (MFCc, M, 33, heterosexual)

En cuanto a la suficiencia de recursos para el abordaje de la diversidad sexual, todos los médicos los consideran insuficientes hasta la fecha. Los Mc, particularmente los que trabajan en el abordaje de la diversidad sexual, por su proximidad visibilizan los aspectos

relacionados con los materiales específicos de los tratamientos y controles para el cuidado del cuerpo LGBTIQ. En un término intermedio los discursos de los médicos sensibilizados, pero que no trabajan estos abordajes de forma cotidiana, perciben el déficit de recursos más asociado a la información –de los mencionado por el primer grupo: folletería, cartelera, difusión de las guías, información y materiales para la promoción del sexo seguro. Mientras en el grupo de los Mnc se observa el déficit desde el desconocimiento de las acciones implementadas, en este sentido el reclamo es de información en general.

“Y bueno hay exámenes específicos de por ejemplo proctología y esas cosas que no tenemos acá tenemos que derivar al paciente este se plantea hacer tomas de por ejemplo hacer como una especie de papanicolaou pero anal por el tema de infecciones a nivel anal que no hay acá específicamente no hay no no, hay que específicamente derivarlo a un proctólogo que se dedique a eso porque no todos los proctólogos este.” (MGc, M, 42 años, heterosexual)

Los Mc son capaces de reconocer el vacío que provoca la habilitación de un nuevo marco jurídico de inclusión de la diversidad y el déficit en recursos humanos y materiales que garanticen los derechos ya legítimos. Nuevamente se hace legible para el análisis la diferencia en las percepciones en tanto diferencia de la perspectiva política de las acciones implementadas. La perspectiva política de la diferencia en contraposición a la política de la transformación, aunque ambas son planteadas desde el reconocimiento necesario de la salud como una política universal, como un derecho igualitario se evidencia que el reconocimiento sin transformación tiene en muchos casos implícito la omisión que necesita un derecho para ser igualitario para la población LGBTIQ.

## **Reflexiones finales**

En el análisis se identificó que las representaciones de los médicos sobre el cuerpo sexuado y el proceso de salud enfermedad en relación a la diversidad sexual, se constituyen como eje conductual en la atención sanitaria.

Se constatan diferencias entre las representaciones sobre el cuerpo sexuado, el proceso salud enfermedad y en los discursos sobre sus prácticas según hayan o no tenido formación específica en los enfoques de la diversidad sexual. Asimismo, entre los médicos según tengan o no formación específica en estos temas, existen diferencias con las representaciones que tienen sobre la medicina como institución.

Los médicos sin formación específica conciben el cuerpo sexuado más asociado a lo meramente biológico y al proceso salud enfermedad como patología que se presenta en el cuerpo, desarrollando una relación médico paciente más asimétrica en la consulta. Mientras los médicos con formación específica en diversidad sexual, conciben al cuerpo más abierto a los determinantes socioculturales, y al proceso salud enfermedad en un diálogo constante con las situaciones de vida del paciente y su entorno, en este sentido también establecen con el paciente una relación más horizontal en la consulta. La consulta en este sentido es un espacio que permite la creación de saber de forma conjunta entre el médico y el paciente.

Los médicos orientan su práctica en función de sus representaciones, en este sentido se pudo evidenciar que existen diferencias entre lo que los médicos estiman sobre sus prácticas (el deber ser) y las prácticas que manifiestan llevar a cabo. Esto es notorio en casi todos los médicos, dado que su nivel de percepción sobre la práctica difiere de sus lógicas prácticas. Adaptan prácticas estandarizadas en sus rutinas que permiten una respuesta rápida a los problemas ya conocidos. A lo largo de sus discursos expresan la dificultad

para romper con estas y dar lugar a prácticas más consecuentes a sus propias representaciones.

La mayoría de los Mc lo explicita en la necesidad de vigilancia a sus propios presupuestos y sentido común heteronormativo.

Por su parte los médicos Mnc en atención a la diversidad sexual se consideran inclusivos con la población LGBTIQ, esto lo hacen desde el desconocimiento en los enfoques de atención a esta población. Sin embargo, desde el relato sobre la ejecución de sus prácticas se observa la afirmación de las diferencias de las personas LGBTIQ. Esto se debe a distintos valores morales y representaciones médicas que fueron expuestas a través de la incorporación de distintas prácticas, significados y sistemas de creencia internalizados en sus procesos de formación profesional.

También, y no en menor medida, dichas representaciones varían según la posibilidad que han tenido de adquirir capacitación y experiencia hacia los enfoques de atención sanitaria a personas LGBTIQ. El desacople que genera la incorporación del *habitus* es el factor explicativo de la diferencia entre las representaciones médicas hacia su práctica y la práctica médicas que admiten ejecutar en la atención.

A partir del relato sobre sus prácticas, se puede constatar en los Mc una predisposición a evitar prácticas autoritarias de la mano con una predisposición hacia prácticas transformativas. Habilitando la co-creación de saberes entre la medicina y la comunidad: el médico y el paciente LGBTIQ.

Respecto a las valoraciones que hacen los médicos se identifica en todos los discursos la adhesión unánime a la importancia de las acciones implementadas por el Estado en la atención sanitaria a personas LGBTIQ. La diferencia de argumentos en las percepciones sobre la importancia de dichas acciones radicó en el conocimiento de las verdaderas

implicancias que la perspectiva de la diversidad sexual puede aportar a la atención sanitaria. Los médicos con menor conocimiento de ello se mostraron abiertos al aporte -desconocido- que ello podría brindarles, los que Mc recalcan la importancia del aporte en relación a la deficiencia de recursos, por ejemplo: mayor oferta de capacitaciones en el país, folletería. Los médicos que ya trabajan con población LGBTIQ conocen sus implicancias y viven el déficit del trabajo cotidiano sin la cantidad de recursos que consideran suficientes. En este sentido orientaron su argumentación en la importancia del reconocimiento político: asociado por ejemplo en la necesidad de adquirir fondos para dicho propósito, a la protocolizar de las acciones de la práctica médica respecto al tema, a la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en la currícula obligatoria de la Facultad de medicina y que se convierta en política de alcance nacional.

Es de relevancia mencionar las particularidades del diseño de esta investigación al abarcar y no distinguir –en el análisis- las particularidades de las distintas especialidades en el primer nivel de atención. En este sentido al diferenciar los grupos médicos con y sin formación en la atención sanitaria a personas LGBTIQ estos quedaron integrados por médicos de medicina familiar y comunitaria y médicos de medicina general. En el mismo sentido con ginecología esta diferencia se dio dependiendo de la cátedra en la que se formó en la especialidad, esta investigación no pretendió, ni pudo dar cuenta de dichas implicancias.

Por otro lado, dentro del grupo de los Mc se encontraban tanto médicos con larga trayectoria en la atención a personas LGBTIQ como médicos con formaciones muy puntuales, estas diferencias en las trayectorias no fueron más que mencionadas en el análisis, así como tampoco fue posible exhibirse mostrando las diferencias en los discursos según especialidades y la relación diferencial de ello respecto a sus



representaciones sobre los procesos de salud y enfermedad.

## Bibliografía

---

Alonso, L. (1998) La mirada cualitativa en la sociología, una aproximación interpretativa. Madrid: Fundamentos.

Agamben, G. (1998) Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida. Valencia: Pre-textos.

Blestcher, F (2018) “psicoanálisis y género alegato por cierta a-normalización. Revista: Psicoanálisis ayer y hoy Número 17, Mayo- 2018.

Bourdieu P. (1991) El sentido práctico. Madrid: Taurus.

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

Butler, J.(2002) El género en disputa. México: Paidós.

Cáceres, C; Talavera, V. y Mazin, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(4), 698-704.

Castro, R. y Erviti, J. (2002). Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavacas: Universidad Autónoma de México.

Fraser, N, Honneth, A (2006). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Madrid, Morata.

Fraser N., (2008) “Escalas de Justicia”.- Editorial Herder. Fraser N., (2008) “Escalas de Justicia”.- Editorial Herder.

Foucault, M. (1971) La arqueología del saber. Trad. A. Garzón del Camino. Madrid, México, Bogotá y Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (1979) La arqueología del saber. México: Siglo XXI.

Foucault M. (1996). El orden del discurso. Madrid: La Piqueta. Foucault, M. (1996) Historia de la Sexualidad: El uso de los placeres, Siglo XXI editores, México.

ILGA: Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. (2011) Informe Anual -3. Disponible en: [https://ilga.org/downloads/ILGA\\_Informe\\_anual\\_2011.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_Informe_anual_2011.pdf)

Lupton, D. (2003) La medicina como cultura: La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales, Medellín: Universidad de Antioquia.

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 (DNPC). Montevideo. Disponible en [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57928/1/doc\\_base\\_transforma\\_2015.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57928/1/doc_base_transforma_2015.pdf)

MSP, DGC, DPES, ASSyR; (2009) “Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Diversidad Sexual.” Montevideo, Uruguay.

Parsons, T. (1951). El Sistema Social, Cap.10: estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna. Chicago: University of Chicago Press.

Peña, Y.; Hernández, L; Ortiz, F. (2009) El sujeto sexuado: entre estereotipos y derechos: Memoria de la III Semana Cultural de la Diversidad sexual, México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2009.

Petracci, M. y Kornblit, A. (2007): “Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista”, en Analía KORNBLIT (compiladora) (2004): Metodologías cualitativas en ciencias sociales: métodos y procedimientos, Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina.

Prat, J. (2015). Las motivaciones de los turistas LGBT en la elección de la ciudad de Barcelona. Revista: Documents d'anàlisi geogràfica, 61(3), 601-621. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/39021535.pdf>

Preciado, P. (2002): Manifiesto contrasexual. Editorial: Anagrama, Barcelona.

Rivero, S. (2016) Tratamiento homogéneo para la diversidad o diversidad en la salud? Un análisis comparativo de dos proyectos para la inclusión de la diversidad sexual en la salud. Facultad de ciencias Sociales. Tesis inédita de (grado). UR. FCS, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://bit.ly/2BZ8aF9> Ubicación en Biblioteca FCS: T S 667

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.

Scaniello, M. (2016) La invisibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario: Elementos para pensar políticas inclusivas de salud sexual y reproductiva en Uruguay. Monografía (Diploma Superior). UR. Flacso, Montevideo, Disponible en: [https://www.academia.edu/28729215/La\\_invisibilidad\\_de\\_las\\_lesbianas\\_en\\_el\\_sistema\\_sa](https://www.academia.edu/28729215/La_invisibilidad_de_las_lesbianas_en_el_sistema_sa)

nitario.\_Elementos\_para\_pensar\_pol%C3%ADticas\_inclusivas\_de\_salud\_sexual\_y\_reprod  
uctiva\_en\_Uruguay

Schenck, M. (2018). Policlínicas inclusivas: diversidad sexual y de género en salud, y atención libre de discriminación a personas que viven con VIH, la experiencia de la Intendencia de Montevideo. Montevideo: IM; UNFPA.

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.

Sennett, Richard (1982: 88-92) "El sexo como miedo." En Abraham, Tomás & otros: FOUCAULT Y LA ÉTICA. Biblos, Buenos Aires.

Sosa, A., Rosselli, K. y Forrissi, 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.

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 24 de noviembre de 2016, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=iso&tlng=es).

Warner, M (2004) Interrupting Heteronormativity. New York: Syracuse.

Links:

UNFPA. (2012). Centros de salud libres de homofobia. Montevideo. UNFPA  
(2012) Disponible en:  
<http://www.unfpa.org.uy/proyectos/proj/centros-de-salud-libres-de-homofobia.html>

Ministerio de Salud Pública (2010). La construcción del Sistema Nacional  
Integrado de Salud (2005-2009). Montevideo: Msp.

Leyes en: Poder Legislativo. Disponible en: [www.parlamento.gub.uy/](http://www.parlamento.gub.uy/)

## **Anexos**

---

### **Anexo N°1 ¿Cómo surgen los Centros de salud libres de homofobia?**

Los centros de salud libres de homofobia se impulsan con el objetivo de sensibilizar y capacitar al equipo de salud del Primer nivel de atención (PNA) para establecer centros libres de prejuicios con las identidades sexuales (identidad de género y orientación sexual) sin partir del prejuicio de que los pacientes son heterosexuales. Pretende garantizar una atención adecuada y con perspectiva de derechos humanos a las personas con orientación e identidades sexuales diversas. En sus inicios el proyecto se implementó durante un año en Montevideo en dos Unidades Docentes Asistenciales (UDAS): la *Policlínica Salvador Allende* y la *Policlínica de Ciudad Vieja*, durante este período se incorporaron la cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina y Facultad de Psicología. Este proyecto fue comprendido en el proceso de la modificación del sistema de salud uruguayo a través de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en la Administración 2005-2009.

La reforma del SNIS plantea la salud como derecho universal y garantiza mejores condiciones de salud a todos y todas por igual independientemente de su condición sexual, étnica, racial, cultural o económica, elevando los niveles de inclusión social.

Para que este proyecto interinstitucional pudiera extenderse a todos los centros de salud y que fueran libres de homo, lesbo y transfobia se articularon nuevas estrategias de implementación con la finalidad de no acotar la iniciativa a las policlínicas barriales. En este marco se comenzó a dictar en 2014 un curso para graduados médicos en salud y

diversidad sexual, y un curso optativo para estudiantes avanzados de medicina y otras carreras afines, del cual fui participe durante el desarrollo de esta investigación, adquiriendo importantes insumos sobre la temática a investigar. Dichos cursos estuvieron a cargo de las mismas instituciones y colectivos ya mencionados. Ello permitió expandir las sensibilizaciones a distintos profesionales en diversos equipos de salud en el país.

Otras iniciativa impulsada fueron la edición de las Guías MSP Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Diversidad Sexual (2010 ) y la creación en el Hospital Saint Bois de una policlínica para atender a personas trans que brindaba hormonización y tratamiento para el cambio sexo-generico. Si bien surgió desde la práctica este avance está alineado con la aprobación de la reciente (octubre de 2018) de la *Ley Trans Ya* que garantiza a las personas trans tratamientos para la modificación corporal correspondiente a su percepción identitaria. Sobre todos estos puntos aún se sigue avanzando.



## **Anexo N° Avances Legislativos**

En 2005 inicia la discusión sobre la *nueva agenda de derechos* donde serán reconocidos años de lucha de la sociedad civil en materia derechos LGBTIQ, hecho de gran relevancia para avances en igualdad de las personas gays, lesbianas y trans. En el año 2007 se comienza en el marco de los avances en la Salud Pública, la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNI) declara la salud como un derecho universal, respaldada por leyes que garantiza tal derecho y penaliza cualquier forma de incumplimiento por discriminación. Se aprueba la *Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud*, plantea una atención integral de la ciudadanía teniendo en consideración los determinantes sociales para lograr mejor y mayor equidad, desarrollando formas de cuidado medioambiental que garanticen hábitos saludables y la práctica de la salud preventiva. En el mismo año la *Ley 17.817 Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación* declara de interés nacional la lucha contra toda forma de discriminación. Crea una Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda forma de discriminación. (MSP, DGC, DPES, ASSyR; 2009: 22). En el año 2009 el poder Ejecutivo aprueba la *Ley 18.260 Cambio de Nombre y Sexo Registral*, establece el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios. En el mismo año la *Ley 18.590 Código de la Niñez y Adolescencia* modifica disposiciones relativas a la adopción, permite la adopción a parejas del mismo sexo. En enero de 2011 La *Ley 18.426 Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva* garantiza a toda la población derechos a la salud sexual y reproductiva en los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNI). En el año 2013 se aprueba La *Ley 19.075 Matrimonio Igualitario* permite el casamiento entre personas del mismo sexo. La modificación del art.11 de la *Ley 19167 Regulación de las*

*técnicas de reproducción asistida humana*, incluyendo a las mujeres no heterosexuales en la realización de la reproducción asistida.

## Anexo N° 2 Tabla Población de estudio

Medico	Sexo	Edad	Se capacitó en SYDS <sup>43</sup>	Formación/Especialidad	Experiencia con población trans	Orientación Sexual
M1	M	38	No	MG	No	Heterosexual
M2	F	59	No	MGi, MF	No	Heterosexual
M3	F	32	No	MG	No	Heterosexual
M4	M	34	No	MG	No	Heterosexual
M5	F	26	No	MG	No	Heterosexual
M6	F	34	Si	MF	No	Heterosexual
M7	M	38	No	MG.	No	Heterosexual
M8	M	26	No	MG	No	Heterosexual
M9	M	30	Si	MFC	No	Dinamica
M10	F	34	Si	MFC	No	Heterosexual
M11	F	33	Si	MFC	No	Heterosexual
M12	F	33	Si	MFC	Si	Heterosexual
M13	F	42	Si	MGi	No	Heterosexual
M14	F	40	Si	MFC	Si	Heterosexual

<sup>43</sup> Salud y diversidad sexual.

M15	F	49	Si	MFC	No	Heterosexual
M16	F	35	Si	MFC	No	Heterosexual
M17	M	33	Si	MFC	Si	Heterosexual
M18	M	39	Si	MF	No	Heterosexual
M19	M	33	Si	MFC	Si	Dinámica

### **Anexo N° 3. Pauta entrevista**

Preguntas Personales:

¿Quiere decirme su nombre?

¿Quiere decirme su edad?

¿En qué centros de Salud trabajo/trabaja actualmente?

¿Cuánto tiempo de trabajo lleva en dichos centros?

¿Cuál es su especialidad?

¿Pertenece a alguna otra institución?

A demás de la Formación médica ¿Tiene formación específica en otras áreas, o en áreas relacionadas con la salud?

#### 1. Identificar si hay algo más allá de lo heteronormal/tipificaciones / Guía

¿Identifica necesidades específicas en los pacientes, se que depende/en qué caso?

¿Es importante a la hora de la consulta conocer las diferencias de carácter social del paciente que afectan el proceso de salud-enfermedad?

¿Qué datos específicos son necesarios conocer del paciente?

¿Identifica barreras de accesibilidad al centro de salud para los usuarios? ¿Cuáles?

¿En comparación con otros centros cree que este (allende o ciudad vieja) es más inclusivo con la diversidad? ¿de qué manera?

¿Tiene conocimiento de curso/cursos para graduados dictados en la Facultad de Medicina? ¿Cuáles? ¿Lo curso?

¿Cree que es importante preguntar sobre la identidad sexual del paciente?/¿Cuán importante es para un médico conocer la orientación sexual del paciente?

#### 2. Qué hay más allá de lo heteronormal/ revisión de conceptos

¿Cree que es importante preguntar la orientación sexual y identidad de género del paciente en la consulta? ¿Por qué?

¿Cree importante para la consulta diferenciar rol de género, orientación sexual e identidad de género? ¿En que puede ser determinante en el proceso salud enfermedad?

¿Cuáles cree que son las principales vulnerabilidades y necesidades de los pacientes no heterosexuales?

3. Visualización de las prácticas, continuidades-

¿De qué manera percibe sobre la identidad sexual del paciente?

¿De qué manera llega a conocer usted la orientación sexual del paciente?

¿De qué manera llama usted al paciente para que ingrese a la consulta?

¿Cómo se siente cuando atiende a un/una pacientes no heterosexual?

¿Percibe un avance en materia diversidad sexual en salud donde ha trabajado en los últimos años? ¿En qué aspectos?

¿Se registra en la historia clínica la identidad sexual del paciente?

**Para los que sí**

¿Qué aportes les brindó el curso sobre diversidad sexual?

¿Cuáles fueron los principales cuestionamientos que le surgieron a partir de los temas del curso?

¿Qué aportes considera Ud. Le brindó el curso para la relación médico-paciente?

4. Suficiencia en la formación sobre diversidad sexual en Facultad de medicina como en Policlínicas libres de Homofobia

¿Considera suficiente la formación de Facultad de Medicina en materia de diversidad sexual?

¿A quién/ qué fuente acude cuando tiene dudas sobre temas relacionados con la diversidad sexual?

¿Qué importancia le otorga usted a la formación en diversidad sexual del médico?

¿Considera hay suficientes recursos sobre diversidad sexual en Salud?

5. Personal

Me gustaría saber si no le molesta cuál es su orientación sexual.