

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Disidencia sexual, heteronormatividad y atención en salud
en el Uruguay Centro de Salud Ciudad Vieja - ASSE ¿Un
centro de salud libre de homolesbotransfobia?**

Santiago Conde Sylburski

**Tutores: Diego Sempol
Sandra Sande**

2017

1 - Introducción.....	1
1.1 Preguntas de investigación.....	1
1.2 Hipótesis preliminar.....	2
2 - Metodología.....	2
2.1 Nota metodológica:.....	3
3- Marco teórico.....	3
3.1 Enfoque del trabajo.....	3
3.2 Cuerpos, poder y sexualidad.....	4
3.3 Género, performatividad y binarismo.....	6
3.4 Régimen farmacopornográfico y tecnosexualidad.....	8
4 - Elementos que justifican una perspectiva en diversidad sexual en los servicios de salud.....	13
4.1 Antecedentes normativos a nivel internacional.....	15
4.2 Antecedentes normativos a nivel nacional.....	16
4.3 Experiencias previas y simultáneas.....	18
5 - Centro de Salud Ciudad Vieja.....	21
5.1 Surgimiento del proyecto.....	22
5.2 Componentes del proyecto.....	24
5.3 Algunos impactos y reacciones a los cambios buscados.....	26
6 - Límites de la experiencia.....	28
6.1 Carencias a nivel de formación de los/as profesionales.....	29
6.2 Controversia por el título del proyecto.....	30
6.3 ¿Un Trabajo Social libre de homolesbotransfobia en el CSCV?.....	31
6.4 Entre el impulso y el freno.....	33
6.5 Debate sobre la especificidad (o no) del encuadre.....	37
6.6 Impacto en la población objetivo.....	39
7- Perspectivas - Posibilidades de universalizar la experiencia.....	40
7.1 Consideraciones a modo de evaluación del proyecto – Continuidad de las acciones.....	42
8 - Reflexiones finales.....	45
9 - Bibliografía.....	47
10 - Anexos.....	49

1 - Introducción

Este trabajo intenta realizar un análisis de las mediaciones entre sexo, sexualidad y atención de salud, que se manifiestan en el contexto de la atención sanitaria en el Centro de Salud Ciudad Vieja (CSCV), a partir de la reconstrucción de una determinada experiencia ensayada allí, y desde una perspectiva de Derechos Humanos (DDHH) basada en género y con un enfoque feminista, que intenta posicionarse dentro del espectro queer, entendiendo al mismo, , como *“un momento crítico en un proceso más amplio de producción de subjetividades disidentes dentro del régimen farmacopornográfico”*. (Preciado, 2014:268).

Como objeto de estudio se procesará una aproximación al Proyecto Centro de Salud Libre de Homolesbotransfobia (PCSLH), que se comenzó a implementar en el año 2012 en el CSCV. Se transitará por una indagación acerca de la modalidad de atención en este centro, y discusión teórica de algunas de las múltiples determinaciones que lo atraviesan.

Como objetivo general se analizará si la experiencia de este centro de salud se relaciona con la mejora en materia de reconocimiento y protección de los derechos de las personas con sexualidades y/o identidades no heteronormativas usuarias de este servicio.

Los objetivos específicos de este trabajo se centrarán en:

- Analizar la experiencia del PCSLH a través del relato los actores involucrados
- Ubicar el PCSLH dentro de los modelos de atención en salud que coexisten actualmente, e intentar detectar las características que lo distancian o acercan al modelo hegemónico.

1.1 Preguntas de investigación

- ¿La creación del PCSLH significa un avance en la inclusión de las personas con sexualidades y/o identidades disidentes de la heteronorma en el dispositivo sanitario?
- ¿Cuál es el discurso que emerge sobre el sistema de atención de salud a partir de la creación de un centro libre de homolesbotransfobia?

- ¿Una iniciativa como esta contribuye a la eliminación de la homolesbotransfobia en la atención sanitaria? ¿Cuáles son las fortalezas de este dispositivo?

1.2 Hipótesis preliminar

Se trabajó con la hipótesis de que el proyecto CSLHL contribuyó a la mejora de la situación del colectivo LGBTIQ¹ en cuanto a DDHH.

2 - Metodología

El presente trabajo se trató de un estudio de caso, desde un enfoque cualitativo con un tipo de diseño flexible. La flexibilidad consistió en su capacidad de cambio en el transcurso de la investigación, no limitándose a las preguntas, hipótesis y conceptos previamente definidos, sino que estos elementos constituyeron el punto de partida de la investigación, oficiando de guía para el transcurso de la misma, *“la tangente a menudo se convierte en la línea principal de investigación futura”* (Vallés, 1999).

Se trató de una investigación emergente, ya que la estructura del proyecto y las líneas de trabajo se modificaron a medida que fue avanzando el proceso, y el proyecto se adaptó a los nuevos elementos que fueron surgiendo. El diseño no se limitó a la etapa de formulación del proyecto, sino que se mantuvo abierto a lo largo del trabajo de campo y el análisis.

Las técnicas de recogida de datos consistieron en el análisis documental de materiales publicados en relación al CSCV y los producidos por el propio centro, entrevistas abiertas semi-direccionadas y en profundidad, dirigidas a referentes institucionales y a informantes calificados del ámbito social y académico.

Entre marzo y octubre del 2015 se realizaron 12 entrevistas semi-dirigidas a informantes calificados que formaron parte del proyecto, a técnicas/os y funcionarias que estuvieron involucradas y a otras/os que ingresaron a trabajar en el centro de salud con posterioridad a la implementación del mismo. Ya habiendo finalizado el trabajo de campo, UNPFA publicó una sistematización del proyecto que fue tomada para los siguientes capítulos, así como una publicación reciente del MIDES sobre la experiencia de la Unidad Docente Asistencial (UDA)² del Hospital Saint Bois.

¹ Lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y queer.

² Unidad Docente Asistencial.

La selección de la muestra no persiguió la representatividad, sino que expresara significativamente lo que se pretendía investigar. Se utilizaron criterios de accesibilidad y heterogeneidad para la selección de los casos individuales, utilizando la técnica bola de nieve, intentando abarcar diferentes miradas sobre el objeto de estudio.

2.1 Nota metodológica:

Los usuarios no fueron consultados en este trabajo de investigación. Al tratarse del análisis de una política pública, se torna necesario justificar esta decisión.

Este trabajo constituye una primera aproximación a la temática. Se optó por centrar el análisis en cómo se construyó la política pública, qué dicen los actores que la llevan adelante y los actores que ayudaron a construirla. No se trabajará la perspectiva de los/as usuario/as ya que esto requeriría ampliar significativamente el trabajo de campo, extendiendo los objetivos de una tesina de grado. En futuras investigaciones se deberá profundizar en ello para completar el análisis. Se reconoce que la voz de la población usuaria es una visión fundamental, pero no es la única. Se pudo también, en base a la experiencia acumulada en las evaluaciones, suplir esa carencia, al menos momentáneamente.

3- Marco teórico

3.1 Enfoque del trabajo

La perspectiva teórica en que se desarrolló el estudio marcó el rumbo de la indagación, siendo una referencia permanente y no un ítem aparte desconectado del proceso global.

Categorías de análisis (heteronormatividad, sexo-género-sexualidad, sociedad farmacopornográfica)

¿Quiénes son los disidentes sexuales? ¿Qué cuerpos importan y cuáles no?
Esta pregunta, en sentido amplio, es el disparador de esta tesis. Para intentar responderla, se articulan los aportes de la teoría feminista que se fue edificando a partir de los análisis de Foucault sobre poder y sexualidad. Se tomaron los análisis de las teóricas feministas contemporáneas Judith Butler y Paul B. Preciado así como también algunas ideas de la precursora del feminismo lesbiano Monique Wittig.

3.2 Cuerpos, poder y sexualidad

En los trabajos genealógicos de Foucault sobre la historia de la sexualidad, a través de identificación de hitos y problemas teóricos, es posible recoger elementos de análisis que resultan clave para aproximarnos a aquellas instancias de producción discursiva, de poder y de saber.

Foucault plantea que desde el siglo XVII comienza una era de represión, propia de las sociedades burguesas, marcada por el silenciamiento, la prohibición y la censura, y que en los siglos venideros se producen transformaciones que marcan una explosión discursiva en torno y a propósito del sexo. Se crea el concepto mismo de sexualidad. A partir del siglo XVIII los ámbitos en que estos discursos comienzan a desarrollarse son la institución pedagógica, la medicina, la psiquiatría, la justicia, produciendo diagnósticos, terapias, conductas perversas, patologías, alarma, delincuencia.

La forma de poder que se ejerce en estos discursos se manifiesta en mecanismos como el control de la sexualidad infantil y la alerta anti-masturbatoria, la incorporación de las perversiones, psiquiatrízandolas (desplazamiento desde la sodomía hacia la medicalización de la homosexualidad), de la socialización de las conductas procreadoras e histerización del cuerpo de la mujer.

El poder, para ejercerse, implica una aproximación física. Foucault nos habla de la medicalización de lo insólito, que es al mismo tiempo efecto e instrumento. Internalizadas en los cuerpos de los individuos, *“las rarezas del sexo dependen de una tecnología de la salud y de lo patológico. E inversamente, desde el momento en que se vuelve cosa médica o medicalizable, es en cuanto lesión, disfunción o síntoma como hay que ir a sorprenderla en el fondo del organismo o (...) del comportamiento. El poder, que así toma a su cargo la sexualidad, se impone el deber de rozar los cuerpos.”* (Foucault, 2010:46).

Para Foucault el homosexual del siglo XIX se ha construido como un personaje: una historia, una infancia, un carácter, un estilo de vida, una morfología, una determinada y misteriosa anatomía indiscreta. Todo lo que es está permeado por su sexualidad, como una marca en la piel.

Los discursos sobre el sexo, a pesar de descubrirlo, compartimentarlo, especificarlo, buscaban en realidad enmascararlo: el discurso científico y teórico sobre el sexo no habría cesado de ocultar aquello de lo que hablaba, constituyendo

una ciencia subordinada a los imperativos morales de la norma médica, la higiene, asepsia, *“limpieza moral del cuerpo social”* (Foucault, 2010:54).

La política del sexo ha avanzado en los últimos dos siglos a través de técnicas disciplinarias y mecanismos reguladores. *“En la unión del “cuerpo” y la “población”, el sexo se convirtió en blanco central para un poder organizado alrededor de la gestión de la vida”* (Foucault, 2010:139). Se despliega la idea del biopoder.

Un elemento clave es que el poder coloca al sexo bajo un régimen binario: permitido/prohibido, lícito/ilícito. *“El poder prescribe al sexo un “orden” que a la vez funciona como forma de inteligibilidad: el sexo se descifra a partir de su relación con la ley (...) el poder actúa pronunciando la regla; el poder apresa al sexo mediante el lenguaje, o más bien por un acto de discurso que crea, por el hecho mismo de articularse, un estado de derecho”* (Foucault, 2010:81). Pero no se trata de la mera prohibición, identifica la presencia de una “tecnología” del sexo compleja. Los dispositivos de dominación en la sociedad se despliegan a través de múltiples mecanismos de poder sutiles, *“el poder es tolerable sólo con la condición de enmascarar una parte importante de sí mismo. Su éxito está en proporción directa con lo que logra esconder de sus mecanismos”*. (Foucault, 2010:83).

Siguiendo a Judith Butler³, para Foucault, el cuerpo es “sexuado” dentro de un discurso (y en ese contexto de relaciones de poder⁴) que lo designa y adquiere la idea de sexo natural o esencial. La sexualidad genera el sexo como una ficción, y este concepto artificial oculta y amplía las relaciones de poder que lo generan.

La racionalidad del poder, sus objetivos, que no son los de ningún sujeto individual particular, es la de las tácticas que encadenándose unas con otras conforman dispositivos de conjunto. Finalmente, donde hay poder, hay resistencia, pero ésta, no es externa al poder, debido al carácter relacional del mismo. Los puntos de resistencia juegan el papel de adversarios. Es el entrelazamiento de las estrategias de estas resistencias lo que posibilitaría la revolución. En este sentido, para Foucault el discurso transporta y produce poder, mediante un juego complejo e

³ Butler, 2007:194.

⁴ Foucault define al poder como *“la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en el que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas con las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los desniveles, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales”* (Foucault, 2010. 89). Foucault señala la omnipresencia del poder, ya que el mismo *“se está produciendo a cada instante, en todo punto, o más bien en toda relación de un punto a otro”* (idem).

inestable donde el discurso se constituye simultáneamente en instrumento y efecto de poder, pero también obstáculo y resistencia. La sexualidad es entonces atravesada por relaciones de poder, es instrumentalizada como base de múltiples estrategias a través de las cuales se produce sexualidad.

3.3 Género, performatividad y binarismo

Butler intenta desactivar los discursos de verdad que son elaborados para deslegitimar las prácticas de género y sexuales no normativas, mediante la destrucción de los binarismos de género, rechazando el heterosexismo y el fundamentalismo de la diferencia. En este proceso reformula las teorías posestructuralistas desde un enfoque feminista y se nutre de los debates teóricos acerca del carácter construido del género y de la teoría psicoanalítica.

Según Butler *“el género es un tipo de caracterización persistente que pasa como realidad. Su actuación desestabiliza las diferenciaciones mismas entre lo natural y lo artificial, la profundidad y la superficie, lo interno y lo externo, a través de las cuales se activa el discurso sobre los géneros”* (Butler, 2007:37). Analiza cómo las prácticas no normativas cuestionan la estabilidad del género como categoría de análisis.

Su propuesta cuestiona las categorías fundacionales de sexo, género y deseo, como efectos de una formación de poder específica, negándose a ir al origen, indagando sobre los intereses políticos que hay en identificar las categorías de identidad como origen y causa, y no como efectos del falogocentrismo y la heterosexualidad obligatoria⁵.

En cuanto al vínculo entre sexualidad y género, señala: *“no estoy afirmando que ciertas formas de práctica sexual den como resultado ciertos géneros, sino que en condiciones de heterosexualidad normativa, vigilar el género ocasionalmente se utiliza como una forma de afirmar la heterosexualidad.”* (Butler, 2007:13).

En cuanto a lo normativo, Butler le asigna un doble significado. Por un lado, referido a las normas que regulan el género, pero a su vez, lo normativo refiere a

⁵ Monique Wittig describe a la heterosexualidad como un régimen político que se basa en la sumisión y en la apropiación de las mujeres. Éstas sólo pueden escapar como fugitivas, como lesbianas (esto último ha sido criticado por varias autoras feministas en los últimos 30 años). Concibe como única vía de superación de este conflicto, la destrucción política, filosófica y simbólica, de la categoría de “hombres” y “mujeres”. Siguiendo a Wittig, *“la ideología de la diferencia sexual opera en nuestra cultura como una censura, en la medida en que oculta la oposición que existe en el plano social entre los hombres y las mujeres poniendo a la naturaleza como su causa. Masculino/femenino, macho/hembra, son categorías que sirven para disimular el hecho de que las diferencias sociales implican siempre un orden económico, político e ideológico”* (Wittig, 2006:22).

una justificación ética, *“no es posible oponerse a las formas “normativas” del género sin suscribir al mismo tiempo cierto punto de vista normativo de cómo debería ser el mundo con género”* (Butler, 2007:27). Esta visión normativa positiva no significa imponer recetas para subvertir el género.

Al cuestionar categorías como hombre y mujer, cuestiona la realidad del género. Eso que se percibe como real es conocimiento naturalizado. Y ese cuestionamiento habilita la transformación de esa “realidad”. Lo inteligiblemente “real”, lo humano, establecen el campo de lo ontológico en el que se inscriben los cuerpos. Este análisis intenta aportar legitimidad a esos cuerpos que han sido colocados por fuera de la frontera de lo humanamente inteligible, mostrando la debilidad de esos límites a pesar de la violencia con la que se ejercen las normas de género. Butler nos propone *“un conjunto de prácticas paródicas fundadas en una teoría preformativa de los actos de género que tergiversan las categorías del cuerpo, el sexo, el género y la sexualidad, y que hacen que éstas adquieran nuevos significados y se multipliquen subversivamente más allá del marco binario”* (Butler, 2007:41).

Conceptualiza la metafísica de la sustancia del género, problematizando la afirmación de “ser” heterosexual, mediante la cual se supedita el concepto de género con el de identidad, confundiendo acriticamente sexo, género y deseo, estableciendo una relación causal entre ellos, una unidad metafísica. Los fines políticos de esta sustancialización del género son la institucionalización de una heterosexualidad obligatoria y naturalizada, que reglamenta un régimen binario de diferencia sexual mediante las prácticas del deseo heterosexual. *“El efecto sustantivo del género se produce performativamente y es impuesto por las prácticas reguladoras de la coherencia del género. (...) El género siempre es un hacer”* (Butler, 2007:84).

Sostiene que si la observación de los genitales externos fuera suficiente para determinar el sexo de un individuo, no sería necesario realizar investigaciones. *“La suma de las partes componentes del sexo no redundan en la coherencia o unidad reconocible que suele nombrarse mediante la categoría de sexo”* (Butler, 2010:219). Los sujetos llamados intersexuales, desafían la fuerza descriptiva del sistema binario de diferenciación sexual. *“Sólo desde una posición conscientemente desnaturalizada se ve cómo se crea la apariencia de naturalidad. Las presuposiciones sobre los cuerpos sexuados, si son de uno u otro sexo, de los significados que se dice les son*

inmanentes o el resultado que estén sexuados de una manera dada, de repente se ven significativamente debilitados por los ejemplos que no cumplen con las categorías que naturalizan y estabilizan ese campo de cuerpos dentro de los límites de las normas culturales” (Butler, 2007:223). Entonces, esa categorización sexual presupuesta es construida, así como podría construirse de otra forma.⁶

Butler coincide con Wittig en que lo “masculino” y lo “femenino” sólo existen dentro de la matriz heterosexual, siendo la categoría de sexo propia de un sistema de heterosexualidad (y de reproducción) obligatoria.⁷

Siguiendo a Simone de Beauvoir (1949), visualiza dos consecuencias que considera radicales. Si el sexo y el género son diferentes, ya, no necesariamente ser de un sexo equivale a ser de un género concreto, *“los cuerpos sexuados pueden ser muchos géneros diferentes (...) el género en sí no se limita necesariamente a los dos géneros habituales. Si el sexo no limita al género, quizás haya géneros - formas de interpretar culturalmente el cuerpo sexuado - que no estén en absoluto limitados por la dualidad aparente del sexo”* (Butler, 2007:226). Por otro lado, si el género es algo en lo que una persona se convierte, se trata de una transformación, una actividad, que es constante y repetida, no es algo estático. *“Si el género no está relacionado con el sexo, ni causal ni expresivamente, entonces es una acción que puede reproducirse más allá de los límites binarios que impone el aparente binarismo del sexo. En realidad, el género sería una suerte de acción cultural/corporal”* (Butler, 2007:226).

3.4 Régimen farmacopornográfico y tecnosexualidad

Preciado identifica ciertos fenómenos que sirven para comprender la génesis de la actual gestión política y técnica del cuerpo, el sexo y de la sexualidad. Durante

⁶ Lo ininteligible está presente en la cultura, pero no en la cultura hegemónica. Butler interpreta *“el drama de lo Simbólico, del deseo, de la instauración de la diferencia sexual como una economía significativa independiente que se impone al demarcar lo que puede y no puede pensarse dentro de los límites de la inteligibilidad cultural”* (Butler, 2007:171).

⁷ Siguiendo a Wittig, el pensamiento dominante se basa en el predominio de la diferencia. El sexo es una categoría política fundacional de la sociedad heterosexual, ésta *“establece como “natural” la relación que está en la base de la sociedad (heterosexual), y a través de ella la mitad de la población -las mujeres- es “heterosexualizada” (...) y sometida a una economía heterosexual”* (Wittig, 2006:26), obligándolas a reproducir la especie, a reproducir la sociedad.

El análisis lesbiano de Wittig sobre la dominación rechaza el supuesto origen biológico de la diferencia sexual, y la naturalización de la historia y los fenómenos sociales. Sostiene que la raza y el sexo son presentados como un dato inmediato, pero son construcciones complejas y míticas.

A las categorías filosóficas y políticas que conforman los discursos que oprimen a las lesbianas, las mujeres y los homosexuales (“mujer”, “hombre”, “sexo”, “diferencia”, “cultura”, “historia”, “real”), que dan por sentado que es la heterosexualidad lo que funda cualquier sociedad, que forma parte de la ideología dominante, que actúan sobre los cuerpos de forma concreta, conforman lo que Wittig llama “el pensamiento heterosexual”, cuya interpretación totalizadora tiende a universalizar inmediatamente la producción de conceptos y de leyes generales válidas para todas las sociedades y momentos históricos. Produciendo la diferencia sexual como dogma filosófico y político.

la guerra fría el capitalismo muta *“no solo por la transformación del sexo en objeto de gestión política de la vida (...), sino porque esta gestión se llevará a cabo a través de las nuevas dinámicas del tecnocapitalismo avanzado”* (Preciado, 2014:29).

Reseña que luego de 2da Guerra Mundial se comienza a experimentar con la utilización clínica de moléculas hormonales, y luego se comercializan las primeras moléculas naturales de progesterona y estrógeno. En 1946 se inventa la primera pastilla anticonceptiva a partir de estrógenos sintéticos, tornándose dicha molécula la más utilizada en la historia de la humanidad. En 1947 surge el término “género” desde el campo de la psicología infantil; la intencionalidad de su creador John Money es diferenciarlo del “sexo” para referirse a un individuo como “masculino” o “femenino” y asegura que es posible modificar el género de cualquier bebé hasta los 18 meses de vida. En 1973 la homosexualidad es retirada de la lista de enfermedades mentales del DSM⁸, y luego en 1983, se incluye la transexualidad, diagnosticada “disforia de género”, como enfermedad mental. En 1974 se patenta el primer implante de pene. En 1988 es aprobada la utilización farmacológica de Sildenafil, que se comercializará como Viagra.

Estas transformaciones recientes apuntan hacia la articulación de un conjunto de nuevos dispositivos microprostéticos de control de la subjetividad con nuevas plataformas técnicas biomoleculares y mediáticas, que indican la aparición de un régimen posindustrial, global y mediático al que Preciado denomina “farmacopornográfico”, tomando como referencia los procesos de gobierno biomolecular (fármaco) y semiótico-técnico (porno) de la subjetividad sexual, de los que las pastillas anticonceptivas son paradigmáticas

Sostiene que es durante el siglo XX que se despliega la materialización farmacopornográfica. La psicología, la sexología, la endocrinología han ejercido su autoridad material resignificando los conceptos de psiquis, libido, feminidad y masculinidad, heterosexualidad y homosexualidad en realidades tangibles, en cuerpos, en moléculas comercializables gestionadas por las multinacionales farmacéuticas. *“Si la ciencia ha alcanzado el lugar hegemónico que ha alcanzado como discurso y como práctica en nuestra cultura, es precisamente gracias (...) a su “autoridad material”, es decir, su capacidad para crear y producir artefactos vivos (...), y no simplemente de describir la realidad.”* (Preciado, 2014:35).

⁸ Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.

Según Preciado, la sociedad actual se caracteriza por la presencia de subjetividades toxicopornográficas: definidas *“por la sustancia (o sustancias) que domina sus metabolismos, por las prótesis cibernéticas a través de las que se vuelven agentes, por los tipos de deseos farmacopornográficos que orientan sus acciones”* (Preciado, 2014:36).

Siguiendo a Donna Haraway⁹, sostiene que *“el cuerpo del siglo XXI es una plataforma tecnoviva, el resultado de una implosión irreversible de sujeto y objeto, e lo natural y lo artificial. De ahí que la noción misma de “vida” resulte arcaica para identificar los actores de esta nueva tecnología. Donna Haraway prefiere la noción de “tecnobiopoder”, puesto que ya no se trata de poder sobre la vida, de poder de gestionar y maximizar la vida, como quería Foucault, sino de poder y control sobre un todo tecnovivo conectado”* (Haraway, 1995)” (Preciado, 2014:42-43).

Siguiendo a Foucault, Preciado retoma el pasaje de una “sociedad soberana” a una “sociedad disciplinaria”, *“como el desplazamiento de una forma de poder que decide y ritualiza la muerte a una nueva forma de poder que calcula técnicamente la vida en términos de población, salud e interés nacional”* (Preciado, 2014:63-64) que ya no se comporta como una ley coercitiva o un mandato negativo, sino que adquiere la forma de una tecnología política general, *“metamorfoseándose en arquitecturas disciplinarias (prisión, cuartel, escuela, hospital, etc.) textos científicos, tablas estadísticas, cálculos demográficos, modos de empleo, recomendaciones de uso, calendarios de regulación de vida y proyectos de higiene pública.”* (Ídem).

Preciado denomina *sexopolítica* *“a una de las formas dominantes de esta acción preformativa que emergen con el capitalismo disciplinario. El sexo, su verdad, su visibilidad, sus formas de exteriorización, la sexualidad, los modos normales y patológicos del placer, (...) ficciones somáticas no porque no tengan realidad material, sino porque su existencia depende de lo que Judith Butler ha denominado “la repetición performativa” (...) de procesos de construcción política”* (Preciado, 2014:64).

⁹ Haraway señala una serie de rupturas limítrofes. Por un lado, los ciborgs transgreden la frontera entre lo animal y lo humano, por otro, ambiguan el límite entre lo animal humano y la máquina, entre naturaleza y ficción, cuerpo y mente, y finalmente, tornan imprecisos los límites entre lo físico y lo no físico, dificultando su visualización tanto política como materialmente. *“Así, el mito de mi ciborg trata de fronteras transgredidas, de fusiones poderosas y de posibilidades peligrosas que gentes progresistas pueden explorar como parte de un necesario trabajo político”* (Haraway, 1991:7). La fuerza de este mito de resistencia y unidad política radica en la posibilidad de múltiples estrategias imaginables desde otro lugar estratégico.

Haraway concibe a los cuerpos como *“mapas de poder e identidad y los ciborgs no son una excepción. Un cuerpo ciborg no busca ser inocente (...) no busca una identidad unitaria. (...) La máquina somos nosotros (...) somos responsables de los límites, somos ellas. (...) El género ciborg es una posibilidad local que cumple una venganza global. No existe impulso en los ciborgs para producir una teoría total, pero sí una experiencia íntima de las fronteras, de su construcción y de su reconstrucción”* (Haraway, 1991:37).

Con la sexopolítica como forma de producción y control disciplinaria de la acción biopolítica de fines del siglo XIX, *“el sexo entra a formar parte de los cálculos del poder, de modo que el discurso sobre la masculinidad y la feminidad y las técnicas de normalización de las identidades sexuales se transforman en agentes de control y modelización de la vida; (...) una de las diferencias políticas constitutivas de Occidente (ser hombre o mujer) se resuelve en una banal ecuación: tener o no tener un pene de un centímetro y medio en el momento del nacimiento”* (Preciado, 2014:64-65).

Afirma que en la modernidad surge la necesidad de crear una nueva estética de la diferencia sexual debido al cuestionamiento de la jerarquía política entre los sexos *“De este modo, la nueva verdad anatómica viene a operar aquí como legitimación de la organización política de lo social”* (Preciado, 2014:68). El punto culminante de estas tecnologías de producción de identidad sexual se alcanza a fines de los años 60, con la patologización de la homosexualidad y la normalización de la heterosexualidad burguesa.

Dentro de este proceso de elevación de la diferencia sexual a categoría natural y trascendental *“(como si estuviera más allá de todo contexto histórico o cultural), aparecen también las diferencias oposicionales entre homosexualidad y heterosexualidad, entre sadismo, masoquismo y pedofilia, entre normalidad y perversión. Aquello que hasta ahora eran simples prácticas sexuales se transforma en identidades y en condiciones políticas que deben ser estudiadas, repertoriadas, perseguidas, castigadas, curadas”* (Preciado, 2014:68).

Este contexto de producción tecnopolítica del cuerpo, está dominado por un conjunto de nuevas tecnologías del cuerpo (endocrinología, biotecnologías, etc.) y de la representación (televisión, fotografía, cibernética, etc.) que penetran la vida cotidiana como nunca lo habían hecho antes. A diferencia de lo que sucedía en la sociedad disciplinar, donde las tecnologías de subjetivación controlaban el cuerpo desde el exterior, en la sociedad farmacopornográfica, éstas se diluyen en el cuerpo formando parte de él, transformándose en cuerpo.¹⁰

¹⁰ *“La tecnopolítica toma la forma del cuerpo. (...) Lo propio de estas nuevas tecnologías blandas de microcontrol es tomar la forma del cuerpo que controlan, transformarse en cuerpo, hasta volverse inseparables e indistinguibles de él, devenir subjetividad. Aquí el cuerpo ya no habita los lugares disciplinarios, sino que está habitado por ellos, su estructura biomolecular y orgánica es el último resorte de estos sistemas de control.”* (Preciado, 2014:72-73).

“(...) para hablar de la posibilidad de modificar hormonal y quirúrgicamente el sexo de los bebés nacidos con órganos genitales y/o cromosomas que la medicina con sus criterios visuales y discursivos, no puede clasificar solo como femeninos o masculinos. (...) Money utiliza la expresión “género” para nombrar el “sexo psicológico”, piensa sobre todo en la posibilidad de modificar el cuerpo según un ideal regulador preexistente que prescribe cómo debe ser un cuerpo humano femenino o masculino (Meyerowitz, 2002:98-129). Si en el sistema disciplinario decimonónico el sexo era natural, definitivo, intransferible y

Identifica que el surgimiento del género como categoría significa un hito en la emergencia del nuevo régimen farmacopornográfico, más cercano al discurso biotecnológico de mediados del siglo pasado que a la agenda feminista posterior.¹¹

Los criterios visuales que rigen la asignación de sexo en el nacimiento y los criterios psicológicos que hacen que alguien se considere “interiormente” como hombre o como mujer son ideales regulatorios, ficciones políticas que no tienen realidad material y que encuentran en la biosubjetividad individual su soporte somático (Preciado, 2014).

Surge así una nueva distinción entre hombres y mujeres “cis”, aquellos que viven de acuerdo al género que les fue asignado al nacer, y las personas “trans” (o “tecno”), quienes modifican esa asignación a través de tecnologías hormonales, quirúrgicas y/o legales, siendo ambas categorías de género técnicamente producidas. *“Ambos dependen de métodos de reconocimiento visual, de producción preformativa y de control morfológico comunes. La diferencia entre uno y otro depende de la resistencia a la norma, de la conciencia de los procesos técnicos (farmacopornográficos) de la producción de la masculinidad y feminidad, y del reconocimiento social en el espacio público”* (Preciado, 2014:94).¹²

La convicción de ser hombre o mujer es una ficción de domesticación del cuerpo, mediante la utilización de una serie de técnicas que expanden las posibilidades corporales que actúan como filtros que producen distorsiones en la realidad que nos rodea. *“La testosterona corresponde (...) al conjunto de moléculas disponibles hoy para fabricar la subjetividad y sus afectos”*. (Preciado, 2014:98).

Desmontar la programación de género implica desnaturalizar la idea de la identidad construida como un cuerpo individual con una identidad de género y una sexualidad fijas *“un individuo = un cuerpo = un sexo = un género = una sexualidad*. (Preciado, 2014. 100), lo que Butler llama deshacer el género. Los cuerpos son *“los preciosos enclaves en los que se libran complejas transacciones de poder. (...) Eso*

trascendental, el género aparece ahora como sintético, maleable, variable, susceptible de ser transferido, imitado, producido y reproducido técnicamente”. (Preciado, 2014:90).

¹¹ Prefiere el término “género” al término “mujeres” y el término “tecnología”¹¹ al de “opresión”. *“El funcionamiento de un conjunto de tecnologías de género que si bien operan de modo heterogéneo sobre los hombres y las mujeres, producen no solo diferencias de género (hombre/mujer), sino también diferencias sexuales (homo/hétero, normal/perverso, sado/maso...), raciales, de clase, corporalidad, edad, etc.”*. (Preciado, 2014. 92). Preciado habla de la existencia de un “sistema clase-sexo-género-raza”.

¹² Preciado no cree que el género trans sea mejor ni más político que el cis, y coloca como ejemplo a personas trans que afirman haber nacido en el cuerpo del “sexo contrario” y utilizan los recursos técnicos disponibles para que aflore su “verdadero” sexo. Menciona a otras personas trans que afirman su condición de *gender queers* “de desviados de género, y rechazan las asignaciones hombre y mujer como imposiciones normativas. Por el momento, la diferencia (política más que somática) entre personas cisgénero y personas transgénero parece abismal y dramática, pero se volverá obsoleta durante los siglos venideros”. (Ídem).

que llamamos sexo, pero también el género, la masculinidad y la feminidad, y la sexualidad son “técnicas del cuerpo” Preciado, 2014:102).¹³

La noción de género deja al descubierto el carácter constructivista y arbitrario del discurso médico, habilitando nuevas formas de resistencia y acción política. *“El cuerpo en la era farmacopornográfica no es una materia pasiva, sino una interfaz tecno-orgánica, un sistema tecno-vivo segmentado y territorializado por diferentes modelos políticos”*. (Preciado, 2014:104). La forma de control social se ha transformado, desde el panóptico foucaultiano, de un programa disciplinario en un programa farmacopornográfico.

Se trata de la creación de una nueva práctica que en lugar de patologizar la disidencia de género, entienda la normalización y sus efectos como patologías políticas. Señalando el carácter construido del género, se abre la posibilidad de intervenir en esta construcción, al punto de hacer pasar por naturales las formas de representación somáticas.

4 - Elementos que justifican una perspectiva en diversidad sexual en los servicios de salud

Desde MIDES¹⁴ señalan que *“el modelo heteronormativo, que postula el binomio hombre-mujer como el único arreglo posible entre los sexos, fue históricamente desestabilizado por distintas formas de la identidad de género. La maquinaria social trabaja para la reproducción de la heteronormatividad”* (DBT-2015:1).

Desde el Ministerio se sostiene que *“históricamente, el sistema de salud ha sido un lugar expulsivo para las personas trans, en la medida en que se les niega una atención acorde con sus necesidades y particularidades, el personal de salud frecuentemente desconoce su identidad de género en el trato cotidiano y al momento de ubicarlas en pabellones (salas) de internación generizados se las*

¹³ *“La heterosexualidad es, ante todo, un concepto económico que designa una posición específica en el seno de las relaciones de producción y de intercambio (...). Lo propio de este sistema económico sexual es funcionar a través de (...) la coerción preformativa, es decir, a través de procesos semiótico-técnicos, lingüísticos y corporales de repetición regulada impuestos por convenciones culturales. La ascensión del capitalismo resulta inimaginable sin la institucionalización del dispositivo heterosexual como modo de transformación en plusvalía de los servicios sexuales, de gestación, de cuidado y crianza realizado por las mujeres y no remunerados históricamente”* (Preciado, 2014:105).

¹⁴ En octubre de 2015 se realizó el seminario Transforma organizado por la División Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Promoción Socio-cultural del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Transforma 2015. Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans.

somete a formas de normalización corporales taxativas bajo presupuestos binaristas, patologizadores y epidemiológicos estigmatizadores” (MIDES, 2016:20).

A la patologización de la transexualidad diagnosticada como “disforia de género”, *“se suma el discurso occidental de fines de los ochenta y principios de los noventa sobre el VIH/SIDA, que produjo la estigmatización de la homosexualidad como “grupo de riesgo””*¹⁵ (DBT-2015:1)

En una publicación del MSP del 2014 se señala que *“las discriminaciones que se producen hacia quienes no se encuentran dentro de los modelos hegemónicos que la cultura impone, impactan en la salud y se reproduce en las lógicas de los sistemas sanitarios. Esto se traduce, por ejemplo, en barreras para el acceso a los servicios, en una atención que no contempla las diferencias o que se basa en prejuicios, en la falta de producción de información adecuada para la toma de decisiones, etc. Un sistema de salud que no incorpore este enfoque en sus políticas y prácticas será un sistema inequitativo, ya que invisibilizará, excluirá y discriminará a grupos y personas”* (MSP-UNPFA, 2014:79).

El Estado reconoce la perspectiva heteronormativa desde la que el SNIS analiza el género. Una de sus manifestaciones es la no contemplación de las identidades de género en la información generada desde el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud ni en los estudios que de ella derivan. Las escasas investigaciones que el MSP ha desarrollado en conjunto con otras instituciones están vinculadas fundamentalmente al VIH¹⁶. El MIDES concluye, junto con colectivos de militancia LGTBQ, que la discriminación es una de las principales barreras de acceso al sistema de salud.

Desde el Programa de Salud y Antropología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE), se ha analizado el modelo cultural implícito en las formas de asistencia en la salud. A partir de este análisis se *“detecta una “modalidad autoritaria” que perdura en las relaciones entre médicos y pacientes, que se ve especialmente en el marco de los servicios públicos (...) [que] impregna a todo el personal en una institución médica (médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as, administrativos/as) y construye posiciones jerárquicas* (DBT-2015:12).

La Escuela de Gobierno en Salud Pública (EGSP) realizó una investigación¹⁷ sobre salud LGBT y propuso la creación del proyecto “Servicios de Salud Libres de

¹⁵ Para el sentido común homo y trans son conceptos asimilables, aunque técnicamente son dos cosas diferentes.

¹⁶ DBT-2015:4.

¹⁷ Titulada “Equidad en los servicios de salud. Servicios de Salud Libres de Discriminación Sexual (S.S.L.D.)”

Discriminación Sexual”, partiendo de la base que esta población está expuesta a mayores riesgos que la población general, e identificando una serie de problemas de salud específicos que se dan en mayor medida. Esta investigación retoma el diagnóstico realizado en 2011 por el colectivo ON en la zona de influencia del CSCV, a partir del análisis de 66 casos entre los que se entrevistaron mujeres trans, mujeres lesbianas y varones gays y bisexuales. De allí surge que las mujeres trans se atienden mayoritariamente en el sector público, que las mujeres lesbianas tienden a migrar también al mismo, y que los varones gays y bisexuales lo hacen fundamentalmente en el sector privado. Las personas entrevistadas declararon que no informaban a los equipos de salud sobre su orientación sexual, y que estos tampoco indagaban al respecto¹⁸.

4.1 Antecedentes normativos a nivel internacional

A nivel internacional existen antecedentes fundamentales¹⁹ para estos procesos en pro de la equidad e igualdad en el acceso a bienes y servicios sociales. Uno de ellos está constituido por los Principios de Yogyakarta (PY)²⁰, que reflejan la aplicación de la legislación internacional de DDHH a las personas LGBT acordada en el año 2007, en el marco de las Naciones Unidas (ONU). Este documento parte del reconocimiento de la violencia, discriminación y estigma que históricamente sufren las personas, en todas las regiones del mundo, debido a su orientación sexual o identidad de género, situación que se agrava cuando se conjuga con otras causales de discriminación, como el género, la raza, edad, religión, discapacidad, estado de salud y condición económica, y porque ello menoscaban la integridad y dignidad de las personas que son objeto de estas violencias.

Afirma que de acuerdo a la legislación internacional de derechos humanos *“todas las personas, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tienen el derecho al pleno disfrute de todos los derechos humanos”* y que esta *“impone una absoluta prohibición de la discriminación (...), el respeto a los derechos sexuales, a la orientación sexual y a la identidad de género (...), que los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar los prejuicios*

¹⁸ DBT-2015:5.

¹⁹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC- 1966, derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental), Protocolo de San Salvador (1988 - ONU-OEA -, derecho a la salud, Observación General 14 (2000 - la salud “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos; disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), Observación General 20 (2009: principio de no discriminación, alcanzando explícitamente la identidad de género y la orientación sexual), Informe Nacidos Libres e Iguales de la ONU.

²⁰ Disponible en http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf

(...), observando asimismo que la comunidad internacional ha reconocido el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin sufrir coerción, discriminación, ni violencia” (PY).

El principio 17 reza que *“todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género”* (PY), instando a los Estados a implementar programas para enfrentar esta discriminación, y a facilitar *“el acceso a tratamiento, atención y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que procuren modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género”* (ídem).

El principio 18 explicita el enfoque despatologizador, estableciendo que *“con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas”* (ídem).

4.2 Antecedentes normativos a nivel nacional

Un antecedente destacado por varias personas entrevistadas es la Guía de Diversidad Sexual (GDS) del MSP²¹, elaborada en 2009 por ese ministerio en conjunto con otras instituciones públicas y colectivos LGTB, en el marco de las Guías de Salud Sexual y Reproductiva (GSSyR). En este documento se parte del reconocimiento de que las identidades sexuales no heteroconformes no estuvieron contempladas en las leyes y normas sanitarias construidas, y que la diversidad sexual no ha sido considerada en los servicios, prestaciones y programas educativo-sanitarios, y que *“miles de uruguayas/os no hayan accedido a lo que en la actual administración se considera un derecho humano fundamental: el derecho a la salud y el acceso a los servicios de atención en forma oportuna e integral”* (GDS).

El objetivo que se propone esta Guía de forma manifiesta es ampliar la mirada de los equipos de salud, habilitándolos a reconocer aquellos aspectos que es necesario modificar para la mejora de la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva de todas las personas cualquiera sea su orientación sexual o identidad

²¹ Disponible en www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,21587

de género. La Guía sostiene que se busca *“promover la transformación del modelo heterocentrado en salud sexual y reproductiva, que produce una silenciosa retracción del sistema de salud para gays, lesbianas, travestis y transexuales”* (ídem), y la incorporación de la diversidad sexual como derecho humano fundamental en las políticas públicas que se implementan.

Para garantizar este derecho se plantea la necesidad de capacitar y sensibilizar de forma permanente a todos los equipos de salud (técnicos y administrativos) de todos los servicios del SNIS, para brindar una adecuada atención desde una perspectiva de derechos humanos y de género. A su vez, mandata a las instituciones de salud, entre otras cosas, a condenar cualquier forma de discriminación que se produzca en los centros de salud, colocar afiches y folletería en las recepciones, carteleras, salas de espera y consultorios en consonancia con una estrategia de comunicación amigable, capacitar al personal en técnicas específicas como hormonización, implantes, etc, incorporar un lenguaje inclusivo, no presumir la heterosexualidad del paciente, considerar la orientación sexual de la persona como una categoría determinante, promover la participación de los colectivos LGTB, el respeto por las creencias y estilo de vida de las personas, evitar visualizar a la persona como potencial paciente VIH, así como algunas consideraciones específicas para la atención a personas trans, como por ejemplo, respeto al nombre socialmente asumido por la persona, procurar un especial cuidado con los exámenes físicos manteniendo siempre el respeto y en caso de internación asignarle cama en sala acorde a su identidad de género.²²

²² A nivel nacional, otra referencia en el marco legal es la Ley 18.335 en la que se reconoce el derecho de la población usuaria a un trato igualitario, a la confidencialidad y al acceso universal a los servicios. También lo es el Decreto 293/2010 de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva que establece que los servicios deben garantizar tanto el acceso universal como el trato igualitario y la confidencialidad, e incluir las necesidades específicas que surgen de la diversidad de identidades sexuales de la población.

4.3 Experiencias previas y simultáneas

A partir de las entrevistas realizadas²³ y de la bibliografía consultada, surge que en nuestro país tuvieron lugar algunas experiencias previas en relación a diversidad sexual y atención en salud. Es posible clasificar las mismas en propuestas que patologizan los cuerpos trans, basadas en la focalización y el aislamiento, y en aquellas que no lo hacen, basadas en lo universal particularizado.

Ubicada dentro del primer grupo, desde 1991 y hasta 2012²⁴ existió en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela un dispositivo de atención a personas trans. El punto de partida para el ingreso de las mujeres trans era el diagnóstico psiquiátrico de “disforia de género”. Desde este servicio se llegaron a realizar tratamientos hormonales y 15 cirugías de reasignación de sexo, aunque esto significaba varios años de espera por cada paciente. Las organizaciones de la sociedad civil que conforman el movimiento de la diversidad sexual en nuestro país evaluaron negativamente esta experiencia, tanto en lo referente a la calidad del servicio como en el trato del funcionariado.²⁵

Otra experiencia que constituye un antecedente en la materia, y que también se ubicaría dentro del primer grupo de la clasificación anteriormente mencionada, se trata de los Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (EDISA), experiencia que tuvo lugar en el marco de la cooperación internacional, en el año 2012. Financiado por una donación del Proyecto País del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) y gestionado por el MSP mediante la Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial (UGPFM), se crearon creó cinco centros EDISA en distintas zonas del país (Montevideo, Artigas, Colonia, Maldonado y Melo), y dos centros móviles. El objetivo era facilitar el diagnóstico de VIH en población de varones gays o que mantuvieran sexo con hombres (Hombres que tienen Sexo con Hombres -HSM-, como categoría epidemiológica) y mujeres trans. Entre sus objetivos también estaba planteada la contribución a una sociedad sin homo y transfobia y una mejora en cuanto a DDHH y derechos en salud.²⁶, aunque esta centralidad en torno al diagnóstico de VIH echó por tierra sus pretensiones de integralidad, como señala Florencia Forrisi, informante calificada entrevistada,

²³ Se preservará la confidencialidad de las/os informantes no develando su nombre. Se enumerará las entrevistas y se aportará una caracterización de la/el entrevistada/o.

²⁴ El servicio fue suspendido por tiempo indefinido aduciendo motivos presupuestales y explicitando que no se trataba de una prioridad para la Dirección del Hospital.

²⁵ Documento Base Transforma (DBT) -2015:6

²⁶ (Disponible en <http://www.proyectovihuruguay.org/index.php/bloque-3/82-edisa>)

integrante del Colectivo Ovejas Negras (ON)²⁷, *“si vos vas a una cosa que arriba tiene un cartel “policlínica de atención VIH para HSH y trans” no estás siendo muy integral”*,²⁸ poniendo de manifiesto el carácter estigmatizante del servicio.

Durante la ejecución del proyecto hubo dificultades para cubrir cargos, especialmente Lic. en Trabajo Social (TS), debido a los bajos salarios ofrecidos, y la carencia de este enfoque fue evidente. Según la informante de ON, de los cinco centros proyectados terminaron funcionando cuatro o tres, porque no se conseguía todo el personal. La mayoría de esos servicios tenían la carencia de TS, lo que según la misma entrevistada, se sintió especialmente. Señala que trabajar con personas trans pero excluyendo trans masculinos, también constituyó un problema.²⁹

Dentro del grupo de experiencias previas o simultáneas que no surgen desde un enfoque patologizador sino que desde otro que persigue la universalidad en el acceso particularizando en diversidad sexual, surge la experiencia de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Hospital Saint Bois. Se trata de una policlínica con horario especial (se instrumentó un turno nocturno para mejorar el acceso de la población en general), con personal sensibilizado en la temática, no específico para población trans y donde se realizan tratamientos de hormonización, entre otras cosas. De esta forma se evitó la formación de un servicio focalizado, tendiendo a la inclusión de la población trans en la agenda de salud familiar y comunitaria.

En cuanto al abordaje de la experiencia de la UDA, desde el MIDES³⁰ se señala que parte de una atención integral en salud, intentando eliminar el estigma y los efectos de la discriminación, sin tomar como eje exclusivo de intervención la prevención del VIH. En este sentido se llevaron a cabo talleres de sensibilización a los equipos de salud y a la comunidad, se promueve el aumento de la demanda de los servicios de salud desde la población LGBT, se realizan intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo, se elaboraron pautas de atención en hormonización así como también se desarrollan investigaciones que intentan sistematizar datos sobre principales motivos de consulta, problemas de salud habituales, seguimiento de las personas y en particular en las etapas previas y posteriores a las operaciones de reasignación de sexo. El principal motivo de consulta es la hormonización.

²⁷ Colectivo del movimiento de la diversidad sexual en Uruguay creado en 2004.

²⁸ Entrevista N°1.

²⁹ Entrevista N°7.

³⁰ DBT 2015:5- 6.

Desde la UDA Saint Bois se trabaja desde un abordaje despatologizador, y se vislumbra un nuevo discurso médico integrador de esta perspectiva. Esta experiencia que se está desarrollando significa un cambio de paradigma, en la medida que se trata al cuerpo trans como un cuerpo sano. Como se analizará más adelante, el intento de redefinir un nuevo universal es similar al de los Centros de Salud libres de homo lesbo transfobia.

Este servicio también comparte con el PCSLH el común denominador de la co-participación del Estado con la UdelaR, la sociedad civil y organismos internacionales. Una necesidad que surge es la de descentralizar los servicios específicos de la UDA, ya que a los/as usuarios/as del interior, e incluso de Montevideo, les resulta complejo el acceso debido a la ubicación del Hospital.

Compartiendo el enfoque despatologizador de la UDA, previo a este servicio y a continuación de la implementación del proyecto en el CSCV, tuvo lugar otra experiencia en el Centro Cívico Salvador Allende en Barros blancos, Canelones, y otra experiencia similar en una policlínica de la RAP-ASSE de la ciudad de Salto. Se trató de un plan piloto para la creación de servicios que ofrezcan atención en salud de alto nivel para la población LGBT, con el objetivo de sistematizar prácticas y formas de trabajo para luego ser generalizadas en todo el SNIS, fundamentalmente en el área de capacitación de recursos humanos³¹.

La referente del Colectivo ON consultada señala que luego del proceso en el CSCV, se continuó el trabajo con el Centro de Salud de Barros Blancos y con todas las policlínicas periféricas de su órbita, así como también lo hicieron con un grupo de usuarios de la policlínica de Talar de Pando y con personal del Hospital de la Mujer del Pereira Rossell.

Resulta relevante reseñar otros hitos a nivel nacional que también surgen desde esta perspectiva despatologizadora. Desde 2015 ASSE ha establecido un protocolo para la incorporación de la hormonoterapia, así como las intervenciones quirúrgicas para el cambio de sexo, dentro de las prestaciones para la población trans³². Cabe señalar la importancia que cobra este instrumento, teniendo en cuenta el cierre del servicio del Hospital de Clínicas. Este protocolo constituye un cambio fundamental en términos de políticas públicas, ya que además de garantizar el acceso gratuito al tratamiento o a intervenciones quirúrgicas, implica la

³¹ DBT - 2015:5.

³² DBT - 2015:6.

sensibilización y formación del personal de las instituciones de salud para brindar una atención inclusiva de las sexualidades e identidades no heteroconformes.

Otros antecedentes a destacar son la firma del convenio en 2013 entre el MIDES y el Centro Nacional de Educación Sexual de Cuba (CENESEX) en 2013, vinculado a la capacitación de profesionales en endocrinología para la hormonoterapia, y el convenio del MIDES con la Facultad de Psicología (Fac.Psic.) para la creación de un Centro de Referencia Amigable (CRAM) con el objetivo de brindar un servicio de atención psicológica a nivel individual, de pareja, familiar o institucional, en materia de diversidad, y generar un espacio de investigación y producción de conocimiento sobre salud mental y diversidad sexual.

5 - Centro de Salud Ciudad Vieja

El CSCV es un centro de salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP)³³ de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Comprende los barrios Ciudad Vieja, Aduana, Centro, Cordón, Cordón Norte, Sur, Palermo, Parque Rodó y parte de la Aguada y Tres Cruces. Se ubica en la calle 25 de mayo entre Maciel y Guaraní, frente al Hospital Maciel, del Segundo Nivel de Atención de ASSE. Esto último provoca cierta confusión en algunos usuarios, sostienen algunas de las entrevistadas, que visualizan este centro como un anexo del Hospital Maciel, o como la policlínica del Maciel.

El centro presenta algunas particularidades, como que, a diferencia de otros centros de salud, no tiene policlínicas de la RAP asociadas en su territorio de referencia. Esto, según algunas de las personas entrevistadas, tiene implicancias en cuanto a la llegada al territorio del Centro de Salud, ya que las policlínicas periféricas que otros Centros de Salud de ASSE tienen bajo su órbita permiten una cercanía con la población, una inserción en los barrios diferente, ya que se ubican en el medio donde los usuarios desarrollan su vida cotidiana.

Del relato de algunas entrevistadas surge que un elemento que influyó en la elección de este centro para la implementación del proyecto Centro de Salud Libre de Homo-Lesbo-Transfobia, es la diversidad cultural que caracteriza ese territorio

³³ La Ley 18.211 de diciembre de 2007 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), y divide la atención en tres niveles: el Primer Nivel de Atención está "constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidos a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de la salud y de la calidad de vida". Los otros dos niveles corresponden a la atención de problemas de salud y necesidades más complejas.

específico que abarca, y en la población usuaria que asiste a atenderse allí. Para varias personas entrevistadas, la diversidad sería algo que siempre ha estado presente en este centro.

Existe, y se constató en las distintas concurrencias al centro, diversidad en cuanto a la ascendencia étnico-racial, con una fuerte presencia de personas afrodescendientes y también de distintas nacionalidades, observándose la presencia de población migrante de origen dominicano, y de otros países de América del Sur con notorios rasgos indígenas. Esta particularidad es señalada por la Directora del Centro, Carmen Martínez; ella lo atribuye a que el centro se ubica en una zona portuaria, lo cual le otorgaría dicha diversidad tanto étnica como sexual, ya que también manifiesta que en la institución se reciben personas con diferentes orientaciones e identidades sexuales de forma frecuente.

5.1 Surgimiento del proyecto

Una madre adolescente. Su madre, abuela del niño, sostiene que su hija no está en condiciones de criarlo debido a su orientación sexual. La adolescente es lesbiana.

Esta situación llega al Centro de Salud Ciudad Vieja. Residentes MFyC, sensibilizados con esta problemática y reconociendo la falta de elementos para intervenir, en conjunto con la Cátedra de MFyC de la Facultad de Medicina (F.Med.), deciden convocar a un ateneo médico. Participa de este ámbito la Directora de la RAP, y se convoca a ON a participar del mismo.

ON es convocado porque *“necesitaban algún aporte más, desde otro lugar más, y no solamente abarcarlo desde lo que tenían y conocían estos médicos de familia, del tema de salud, que no alcanzaba.”*³⁴ Según relata la entrevistada, Lic. En Enfermería que participó en todo el proceso como integrante de ON, a partir de este ateneo, se producen una serie de reuniones, vínculos institucionales y coincidencias, y en esta sinergia producida se va gestando la idea de *“generar algo, alguna capacitación, algún trabajo en salud, y se nos ocurrió la idea de, si existen varios modelos como el Centro Amigo del Niño (...) de hacer eso (...) capacitar a todo el personal de un centro para ver si esto funciona, si esto es viable, si hay algo que*

³⁴ Entrevista N°1.

enseñar o no”. (...) “Se llegó a la conclusión es que faltaban herramientas para poder manejar esto de una manera más adecuada”.

Luego se consiguieron vínculos con organismos internacionales de cooperación, que financiaron las actividades que se estaban pensando. Concretamente, es el UNPFA (Fondo de Población de Naciones Unidas) que aporta los fondos para ello.

“Decidimos que sea el CSCV porque en ese momento los dos residentes le habían puesto más ganas (...), eran los que habían planteado el tema del ateneo”. (...) “El proyecto surge desde Ovejas, desde MFyC, y en el vínculo con el UNPFA y el MSP³⁵”.

Según una Psic. consultada, que trabaja hace varios años en el centro, *“con este proyecto lo que se busca es acercar un poco a esta población al servicio de salud, y que el servicio de salud sea más amigable”³⁶.*

Recientemente el UNPFA ha publicado una sistematización de esta experiencia en la que expresa que a pesar de los avances normativos registrados en el país, el proyecto fue motivado por la segregación y homolesbotransfobia que persiste en varios ámbitos, incluido el de la salud. Se sostiene que a partir de situaciones fortuitas se produjo un efecto en cadena, una bola de nieve que fue incorporando a los diferentes actores involucrados (mencionan también a la F.Psic.). Señala que el punto de partida fue el reconocimiento de la necesidad de formación y el interés de trabajar en la temática por parte de los distintos actores involucrados. El objetivo del proyecto fue generar una experiencia piloto entre la comunidad médica y el colectivo LGTB *“que dejara como saldo la existencia de una policlínica barrial, caracterizada como “libre de homofobia”, por sus óptimos niveles de atención en salud a la comunidad LGBT, así como sistemas de trabajo para la posterior extensión del proyecto, tanto en los niveles de intervención como en la formación profesional en salud”* (UNPFA, 2016:40-41). Como objetivos específicos se plantearon la capacitación de todo el personal del centro, la sensibilización de la comunidad circundante, el estímulo al acceso a los servicios de la población LGBT y la sistematización de la experiencia con el fin de replicarla.

Según la sistematización antes mencionada, el nombre del proyecto *“buscó referirse a un sello de calidad que daría cuenta que el servicio cumple con las*

³⁵ Entrevista N°1

³⁶ Entrevista N°4.

condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para las protección del derecho a la salud de la población LGBT” (UNPFA, 2016:41), tomando como ejemplo los nombres de otras experiencias implementadas en el país, por ejemplo, el “hospital amigo del niño”.

5.2 Componentes del proyecto

A los médicos se les intentó brindar aspectos específicos para la atención que van desde algunas ideas sobre hormonización en personas trans, pautas sobre cómo llamar a las personas para que realmente entren al consultorio y se sientan cómodas, cómo preguntar orientación sexual e identidad de género y qué hacer cuando la contestación llega. También se aportaron elementos acerca de factores de riesgo asociados a ciertas poblaciones, y qué cosas preguntar durante la consulta que contribuyan a tematizarlo. Según relata la informante involucrada en el proceso desde la sociedad civil: *“lo que hicimos nosotros fue tomar los recursos humanos que están trabajando ahí, y de acuerdo a quién era con quien estábamos dialogando, brindar información específica para atender personas gays, lesbianas, bisexuales y trans”*³⁷. Explica que en la salud existen ciertas poblaciones que presentan más riesgos de determinadas cuestiones, ya sea por el momento generacional, su etapa en el ciclo de vida, por el lugar dónde vive, etc, y estos son elementos que deben considerarse cuando tiene lugar la entrevista.

La misma entrevistada narra que con Enfermería se trabajaron aspectos relativos a cómo hacer para captar algunas cuestiones y para intentar incluir a esta población en el centro de salud. Se trabajó también con el personal de Farmacia y de Archivo, aspectos sobre qué se podría hacer desde esos lugares para evitar el choque con esta población. Uno de los cambios que surgieron de estas instancias fue la decisión de colocar el nombre social de las personas trans en las historias clínicas para los casos que aún no realizaron el cambio nombre y sexo registral.

En la misma línea de eliminar la violencia simbólica desde la institución, con personal de servicio se trabajaron aspectos vinculados a la discriminación en la sala de espera, intentando vislumbrar el rol que se juega desde ese lugar para evitarla y que las personas se sientan cómodas, y qué tipo de actitudes pueden significar una barrera para el acceso de estas. Por su parte, desde la actual Dirección del centro

³⁷ Entrevista N°1.

se relata que se colocaron carteleras y se hicieron banners, además de los diferentes talleres de sensibilización, y se destaca que en ellos participó la Endocrinóloga del Hospital Maciel. Explica que a partir de los talleres se aprendió que se debe llamar por los apellidos y no por los nombres.

Según la sistematización del UNPFA, el objetivo de los banners y los trípticos fue tornar a la sala de espera en un espacio amigable e inclusivo. Hubieron tres tipos de folletos distintos: dirigidos a personas gays, lesbianas y a trans; entre otras cosas animaban a visibilizar la orientación sexual en la consulta médica para una mejor atención y se brindaba información sobre temas de salud específicos para cada colectivo y prácticas de autocuidado.

Una herramienta que facilitó mucho el trabajo, y habilitó a una primera apertura de los actores, fue un audiovisual³⁸ creado en conjunto con los médicos familiares, Ovejas Negras y el UNPFA, que consiste en tres consultas médicas, con dos versiones cada una: en la primera, el o la médica desarrolla la entrevista con un enfoque tradicional, en la que da por sentado tanto la heterosexual de los y las pacientes y otra serie de prejuicios, mientras que en la segunda parte, el mismo médico y el/la misma paciente mantienen una entrevista con otro encuadre, dónde se le habilita al paciente a hablar y contar lo que le pasa, y salen a la luz cuestiones que no lo hacían en la primer entrevista, lo que demuestra que en la primer versión el diagnóstico fue equivocado y atención médica totalmente inadecuada.

Todas las personas entrevistadas que participaron de las capacitaciones mencionan este audiovisual y le otorgan una importancia clave para la sensibilización. A propósito, otra entrevistada manifiesta que ello *“motivó a mucha de la gente que estaba ahí más o menos en duda a decir “ta, más o menos en algo me tengo que capacitar porque no voy a entender nada después”*”.³⁹

En referencia al personal de salud, sostiene una de las entrevistadas involucradas en el proyecto, *“vos estás obstruyendo, sos una barrera. Ahora, era muy difícil para los médicos formados de manera más tradicional, a veces incluso que están en las Direcciones de los centros, hacer entender que hay algo más aparte de tratar bien a las personas, que si vos no tenías idea de la atención específica a la población LGBT, le podías errar con cosas”*⁴⁰. Plantea que por ello fue más sencillo acercarse inicialmente a los médicos familiares y a las trabajadoras

³⁸ ¿Cuál es la diferencia?. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=jq6pK15ldda>

³⁹ Entrevista N°1.

⁴⁰ Entrevista N°1.

sociales. En este sentido, identifica que *“la puerta de entrada para nosotros ha sido, y es todavía, la MFyC y a veces la Enfermería porque también, al ser yo enfermera, el diálogo es más fácil. Y el lugar más difícil, que nos costó más que fueran a las capacitaciones y había que ponerle todo un manto de obligatoriedad y demás, estuvo sobre todo en los médicos generales, o los que hace más tiempo que están”*.

5.3 Algunos impactos y reacciones a los cambios buscados

Hubo una serie de prácticas que decididamente se planteaba no reproducir. Según una entrevistada participante del proyecto, lo más importante estaría dado por la no presunción de heterosexualidad de la persona que consulta. *“No presuponer que la otra persona es heterosexual y sin género (...). A partir de eso surgen cosas más simples como el tema de llamar a la persona por el apellido y después ver cuando viene a la consulta como le gusta que lo llamen, preguntar específicamente por orientación sexual e identidad de género, dejar de preguntar cosas presuponiendo el género de la pareja, la orientación sexual o la identidad de género de la persona, preguntar de una forma más abierta que incluya la posibilidad de que conteste otra cosa”⁴¹*. En el mismo sentido, otra entrevistada plantea que no presuponer la heterosexualidad del paciente *“a la hora de preguntar sobre sus relaciones más íntimas, personales, afectivas, de pareja, no dar por sentado (...) es una forma de abrir también la puerta para que pueda decirte lo que siente, lo que piensa, o no”⁴²*.

Todas las personas entrevistadas manifiestan que quedó muy claro en las capacitaciones que se debe llamar a las/os pacientes según el nombre que deseen o en su defecto por el apellido, además de indicar el nombre social en la historia clínica, y según señalan, esto se estaría cumpliendo, al menos por la gran mayoría del personal. Es posible establecer que este discurso aparece claramente integrado en los/as profesionales entrevistados, y que estas prácticas referentes a cómo llamar a las personas y a cómo se deberían desarrollar las entrevistas fueron incorporadas dentro de los protocolos de actuación de la institución. Esto significa un quiebre con la modalidad de atención en salud tradicional, profundamente heteronormativa y binarista. Las nuevas prácticas y los discursos emergentes desestabilizan la matriz de heterosexualidad obligatoria que se analizó en el marco teórico de este trabajo.

⁴¹ Entrevista N°1.

⁴² Entrevista N°5.

Señala otra de las entrevistadas que se insistió mucho en no estigmatizar a las personas, de intentar incluirlas como cualquiera que consulta *“pero tratar de sacar eso que existe siempre, como esa cosa de hablar por lo bajo, y tratar de sensibilizar y mostrar la realidad”*⁴³. Esa pretensión de inclusión consistiría en erradicar *“cualquier acción que pueda ser discriminatoria”*. Menciona que tanto en la historia clínica como en Archivo se puede cambiar el nombre de la persona, registrando su nombre de uso social. *“Había ahí una cosa de decir “no, si en la cédula dice tal cosa yo tengo que decir..., No, esas cosas no pueden ser tan cuadradas”*. Según la informante calificada consultada, no existen impedimentos legales para hacerlo. Lo obvio no pareciera ser tan obvio: *“no tendría porque haber ninguna discriminación en lo que sea en el trato, pero, capaz que hay cosas que son como muy obvias pero para otra persona capaz que no lo fueran tanto. (...) Surgen preguntas como decir: “¿esta persona es normal?” en el sentido de ¿normal?, ¿a qué te referís con normal? (...) ¿Normal es si tienen relaciones heterosexuales? No, la normalidad no pasa por ese lado, el ver cuantos tipos de relaciones puede tener una persona, cómo puede relacionarse con otras personas, sin importar el sexo que tiene cada uno. Es un abrir la cabeza, de mostrar que existen muchas realidades”*.⁴⁴

Ese “abrir la cabeza” que se menciona implica la deconstrucción de la idea de normalidad, de los mecanismos de control a través de los cuales opera la heteronormatividad. Existe una tensión entre lo jurídico-legal y lo social. Retomando a Foucault, es necesario entender las prácticas y los discursos subordinados a los imperativos morales de la norma médica. No casualmente en estas cuestiones existe una mayor rigidez que en otras. Son las formas de inteligibilidad lo que está en juego, lo que en definitiva se intenta modificar es el marco binario. Se trataría de la construcción de una nueva práctica que intenta desmontar la patología política de la normalización que tematizaba Preciado.

En el mismo sentido, otra entrevistada que trabaja en el área de Registro entiende que el trato con los/as usuarios/as es clave, y coloca como ejemplo cuando en la Cédula de Identidad de una persona trans figura su nombre de nacimiento, que no coincide con su performance de género; *“llamemos bien. Acá el trato es muy*

⁴³ Entrevista N°3.

⁴⁴ Entrevista N°3.

*cortito*⁴⁵. En el mismo sentido, un enfermero indica que con estas cuestiones deben tener *“una especie como de prudencia”*⁴⁶.

Se reconocen las barreras simbólicas que existen en las instituciones de salud para el acceso a la población LGBTI y las consecuencias que acarrearán esas prácticas “expulsivas”. Se quiso no reproducir la discriminación, y generar *“que ellos puedan tener un centro de salud donde vengan a atenderse como cualquier persona más y sean tratados como cualquiera, que no se los mire distinto. Que vengan tranquilamente a consultar sin vergüenza, porque con esa población pasa que muchas veces se sienten como discriminados o distintos, entonces dejan pasar los problemas de salud y van poco a controlarse médicamente”*⁴⁷.

Para otra profesional, se realizaron esfuerzos para cambiar *“la mirada de los técnicos, que claramente no debería de tener un juicio moral, pero sabemos que, muchas veces, esos atravesamientos están”*⁴⁸. Esta misma entrevistada manifiesta que anteriormente, a la persona *“se la orientaba en relación a la forma de cuidar su sexualidad sin preguntarle si era homosexual, o sea, con una amplitud. Siempre había un sesgo hacia la heterosexualidad”*. Entiende que se debe *“ser lo más amplio posible para que la persona que viene a atenderse se sienta incluida”*.

Desde la Dirección se señala también que prácticas como el uso de los baños en el centro han sido internalizadas por todo el funcionariado. Si bien los baños son generizados, las personas trans utilizan el correspondiente al género con el cual se identifican sin ningún tipo de inconvenientes.

6 - Límites de la experiencia

Mediante el análisis de los discursos de los actores consultados para esta investigación surgen una serie de críticas que podrían considerarse como los límites que tuvo el alcance del proyecto implementado en el CSCV. A continuación se detallan cada una de ellas en apartados diferentes:

⁴⁵ Entrevista N°10.

⁴⁶ Entrevista N°9.

⁴⁷ Entrevista N°8.

⁴⁸ Entrevista N°4.

6.1 Carencias a nivel de formación de los/as profesionales

Un elemento que surge a partir de la investigación en forma clara y persistente son las carencias a nivel de formación del personal. La temática LGBTIQ no aparece incluida en la currícula obligatoria de las carreras de grado del área de la salud. Si en la formación de base de cada profesional no está contemplado el sistema sexo-género, identidad y orientación sexual, como dimensiones constitutivas de la persona, y no están reconocidas las particularidades en que devienen tales condiciones, claramente no se problematiza la heteronorma, y se parte de una situación deficitaria para una práctica sanitaria que capte, retenga y atienda las necesidades de esta población.

Esto tornó complejo, para algunas personas consultadas, el grado de efectividad de las capacitaciones en el marco del CSLHLTF, en el sentido de qué tanto fueron o no incorporados los contenidos trabajados en las mismas. Surge la interrogante acerca de si dichas instancias fueron suficientes para sensibilizar realmente a todo el funcionariado. Al respecto, una entrevistada sostiene que las capacitaciones *“sirvieron como para ponerle el nombre a algunas cosas que estábamos haciendo, a algunas prácticas, que estábamos realizando de forma adecuada o inadecuada. (...) Tuvimos solamente dos encuentros de sensibilización. Para mi insuficientes, obviamente”*.⁴⁹

La Endocrinóloga del CSCV, confirmó durante la entrevista la falta de formación y especificó cómo lidió con este problema al comenzar a trabajar en este centro de salud. Para abordar pacientes trans en el marco de su trabajo en el CSCV ha tenido que estudiar y a medida que va atendiendo más pacientes aprende de la práctica. El proceso autodidacta aquí presentado resulta interesante, pero débil para pensar una política pública, en la medida en que recae exclusivamente en la voluntad e interés de la profesional implicada.

Sería un avance fundamental la incorporación de la perspectiva en diversidad sexual en los planes de estudio de todas las disciplinas relacionadas, aunque sea tangencialmente, con el área de la salud, de lo contrario, como manifiesta la representante de ON: *“siempre vamos a estar corriendo de atrás, siempre vamos a estar formando los recursos que ya están (...) con la dinámica del centro, (...) formándolos de atrás y tratando de que los más convencidos y las más convencidas*

⁴⁹ Entrevista N°5.

*quieran replicar esta experiencia*⁵⁰ A su vez, resulta pertinente pensar una serie de cursos de formación, educación permanente o actualización profesional (más allá de sensibilizaciones introductorias), que permita a los/as profesionales de la salud, que ya están trabajando en territorio, alinearse efectivamente con los objetivos. Esta meta, incluso, podría alcanzarse mediante la utilización de plataformas virtuales, que disminuyan costos y faciliten la masificación, al introducir una mayor flexibilidad en los horarios para su realización.

6.2 Controversia por el título del proyecto

Si bien este proyecto nunca persiguió la atención focalizada a esta población sino transversalizar esta perspectiva a todos los servicios, varias personas señalan que el nombre del proyecto generó confusión, algo que se ve reflejado en varias entrevistas. En primer lugar, algunas de las personas consultadas para la realización de esta investigación cuestionan el título del proyecto, fundamentalmente por lo ambicioso del mismo. Otras, como Martínez, la actual Directora del CSCV, manifiesta que el problema radica en su falta de precisión: *“porque libres de homofobia tendríamos que ser todos, ¿no? No solamente este centro de salud por haber sido sensibilizado, sino todas las personas y todos los centros de salud”*.

A su vez, para una Psic. Consultada el problema consiste en que la denominación persiste en el tiempo pero no siempre la institución mantiene el compromiso con esas metas, o incluso el personal que trabaja allí está consustanciado con ellas: *“siempre me dio miedo ese... digamos, esa declaración (...) me generaba inseguridad, porque no tengo la certeza”*⁵¹. Agrega que *“permanentemente está moviéndose población de facultad también, que hoy por hoy la gente que está no fue la que estuvo en ese momento. Entonces, no podría garantizar que la persona que venga a atenderse...”*. Además, esta entrevistada piensa que es necesario introducir alguna forma de consulta a los/as usuarios/as que permita tener un feedback y vigilar la aparición de problemas o situaciones de discriminación.

En el mismo sentido, otra entrevistada señaló: *“sinceramente yo siento que nos falta un gran debe en todo esto. Es como demasiado. Es muy difícil. Mostrar eso*

⁵⁰ Entrevista N°1.

⁵¹ Entrevista N°4.

*es un compromiso tal, que con ese banner yo no sé si estamos a la altura...*⁵² Es interesante subrayar, de todas formas, que más allá de estas legítimas dudas o críticas, las mismas sólo se manifiestan entre los/as entrevistados/as respecto a esta experiencia y no frente a otros proyectos de transformación institucionales como el Hospital Amigo del Niño o del Adolescente, etc. La aparición focalizada de este tipo de resistencias en ocasiones está vinculada a formas encubiertas (e inconscientes, tal vez) de homolesbotransfobia, que se expresa en un exceso de cautela, o inseguridades y exigencias de una coherencia institucional desproporcionada, algo que normalmente no se plantea frente a otro tipo de experiencias mientras que no involucren el cuerpo y la sexualidad.

6.3 ¿Un Trabajo Social libre de homolesbotransfobia en el CSCV?

Del análisis del contenido de las entrevistas, surge que el equipo de Trabajo Social que trabaja en este servicio enfrenta importantes dificultades y confusiones conceptuales en el tema abordado en esta investigación. En primer lugar, la terminología utilizada por las TS entrevistadas para referirse a la población LGTBIQ reproduce confusiones heterosexistas y un desconocimiento de las identidades de género que habitan los/as usuarios/as. En ocasiones la dificultad aparece al momento incluso de nominar, generándose grandes vacilaciones y silencios elípticos que revelan una fuerte inseguridad sobre los términos y categorías adecuadas para nombrar a la población objetivo. Este problema confirma que no se produjo una apropiación de los contenidos de los talleres impartidos por el equipo que llevó a cabo el proyecto. ¿Por qué sucede esto? ¿Por qué es tan difícil incorporar un nuevo marco conceptual? ¿Qué es lo innombrable? La subjetividad es parte constitutiva de los roles profesionales, así como los valores y emociones. Una aproximación que refuerza que refuerza exclusivamente aspectos racionales e informativos solo cubre una dimensión del desafío

A esto se debe agregar que el área de Trabajo Social del centro fue la única que ofreció resistencias a colaborar con esta investigación. La misma está integrada por dos TS, de entre 55 y 60 años, que trabajan hace varios años en el CSCV, y que inicialmente rechazaron ser entrevistadas, aduciendo no estar “empapadas” en el tema, que no estuvieron directamente involucradas en el proceso y que hay una

⁵² Entrevista N°6.

serie de aspectos que desconocen. A lo largo de las diferentes concurrencias al centro se intentó dialogar con las profesionales explicando la importancia del tema y luego de varios intentos, se logró entrevistar finalmente a ambas, aunque una de ellas no me autorizó a grabar la entrevista. A su vez, la profesional que accedió a ser grabada impuso como condición no revelar su nombre ni publicar la entrevista.

Este proceso revela una ajenidad importante de las profesionales hacia el proyecto, y esta omisión parece ser vivenciada con cierto miedo o culpa.

En su discurso se trasluce la minimización de la agenda LGBTIQ, reduciendo la misma a lo trans, la mayor alteridad dentro de la disidencia sexual, invisibilizando el resto del universo no heteroconforme. Pero aparece además una asociación entre la identidad de género trans, la orientación sexual homosexual y el ejercicio de la prostitución, que implica un prejuicio y un desconocimiento técnico sobre los conceptos de identidad sexual, identidad de género y prácticas sexuales asociadas a estrategias de sobrevivencia.

“Yo no tengo mucho el manejo, reconozco, de los términos, pero más que nada en la parte trans, la dificultad que tienen a veces de visibilizarse socialmente como trabajadores. (...) Estas personas solo ven limitada su tarea a la homosexualidad, entonces como que... Perdón, a la prostitución, y en eso se ha trabajado con algunas personas trans, han hecho procesos terapéuticos al respecto”.

En referencia a cuáles suelen ser las demandas de la población LGTBIQ que llega al servicio, una de las entrevistadas expresa que básicamente se trata de *“temas socio-económicos, necesidades básicas insatisfechas. Se responde con los recursos institucionales, apoyo emocional”*. Este tipo de intervención dista de lo que se pensó en el proyecto originalmente; la integrante de ON señaló: *“la idea fue también brindarles, dentro del área social, herramientas como para trabajar si viene alguien y quiere un cambio de nombre y sexo registral, cómo poder ayudarlo.(...) en ese camino, o acceder a la Unión Concubinaria, a la adopción”*.

Las entrevistadas no consideran que existan carencias en el servicio o elementos que hayan quedado pendientes, así como tampoco visualizan que exista falta de recursos. Sí se expresa que *“el encare asistencial supera lo preventivo y lo promocional de la salud. Cuando la asistencia es muy grande, el enfoque preventivo y promocional se pierde”*, y que sería necesario trabajar más sobre el aspecto promocional, sin lograr precisar una definición sobre lo preventivo y lo promocional.

Aduce la falta de un trabajo integral y de seguimiento a la población LGTB debido a la gran cantidad de población que atiende el centro. Sostiene que *“el enfoque al menos está. No es exclusivo y hay una sensibilización por parte del equipo de salud”*.

Las personas llegan al servicio por derivación de otros técnicos, y además de horas de consultorio, el servicio cuenta con horas de trabajo en territorio, en el que realizan coordinaciones con los equipos de salud y se trabaja en red con redes interinstitucionales, tales como la Red de Infancia Ciudad Vieja, Red de Salud del Municipio B, Tiraparé, y redes contra la violencia doméstica.

Ambas entrevistadas señalan que desde TS del CSCV no realizan, ni han realizado nunca, tareas de captación de la población LGTBIQ, y desconocen si en algún momento se realizó desde algún sector del centro. Se justifican argumentando la división necesaria de tareas, en la que *“nosotros abarcamos todos los programas, no podemos con cada uno, ir a hacer captación. Imposible”*. No se problematiza esta carencia; no se visualiza como un objetivo el disponer de mayores recursos para poder realizar dicha tarea.

Resulta significativo que no se visualicen aportes que ellas puedan realizar desde su rol para este proceso de centro de salud amigable para la población LGTB.

6.4 Entre el impulso y el freno

Durante el período en el que se desarrolló el trabajo de campo de esta investigación se produjeron avances, y algunos de los cuestionamientos que realizaron las personas entrevistadas acerca del acceso de la población trans a los tratamientos de hormonización fueron resueltos. Con la incorporación de una profesional de Endocrinología y el inicio de tratamientos hormonales se dio un paso fundamental para el proceso. Por otro lado, algunos aspectos del proyecto parecen haberse erosionado de alguna manera. Por ello es posible plantear el problema de la temporalidad en este proceso, e identificar dos momentos distintos: un primer momento fundacional, en el que se implementa el proyecto, y un segundo momento de rutinización de lo instrumentado. Pero este proceso no es lineal, ya que en interdicción igualmente se logró instalar el servicio de Endocrinología en el centro, mientras se retrocedía en otras cuestiones. Mientras se avanzó en términos de atención, parece haberse retrocedido en el debate cultural, entendido como una función secundaria de esta experiencia. Cabe preguntarse qué influencia han tenido

estos cambios a nivel micro sobre la lógica institucional macro, y en qué medida estos cambios a nivel micro no acompañan los cambios a nivel social, en donde existe en los dos últimos años un claro retroceso de la agenda de derechos.

Hay acuerdo entre las entrevistadas en reconocer algunas carencias en la atención específica a personas trans, que se ven reflejadas en las dificultades para efectivizar los tratamientos hormonales, y en la inexistencia de otras técnicas como foniatría o depilación definitiva: tecnologías del cuerpo que son clave para los procesos de cambio corporal que estas personas atraviesan.

Una publicación reciente del MIDES afirma que *“la hormonización para la generalidad de las personas trans resulta un elemento de suma importancia en la construcción de su identidad y su proyecto de vida. El logro del passing corporal disminuye sustancialmente las experiencias de violencia y discriminación de las que son objeto. (...) Cuando el tratamiento de hormonización se hace con supervisión médica y en edades tempranas posiblemente se sortean muchas de las dificultades que obstaculizan el proyecto de vida de las personas trans.”* (DBT-2016:12).

Retomando a Preciado, la progesterona y la testosterona pasan de ser moléculas a ser medicamentos y así, las hormonas se tornan entidades políticas. La hormonización no cambia el sexo, sino que modifica el modo en el que el género es decodificado socialmente.

En la sistematización del proyecto se menciona también como temas pendientes la atención del vello, la atención psico-social para violencia basada en transfobia y la cirugía de reasignación sexual. .

En un primer momento, la Dirección manifestaba que desde allí no se podían recetar tratamientos hormonales. Lo que se hacía eran coordinaciones con la Dirección del Maciel y el área de Endocrinología, y se había logrado que se le asignen más horas de atención a la endocrinóloga contemplando las derivaciones desde el CSCV. En cuanto a la compra de la medicación, esta se autorizaba caso a caso, no estando contemplada en los fármacos con los que se contaban habitualmente en Farmacia. Consultada acerca de la ausencia de un servicio de endocrinología propio del CSCV, la Directora Carmen Martínez expresaba su aspiración a contar con este.

Otras personas entrevistadas también manifestaron el problema de la dependencia con el Hospital Maciel para los tratamientos hormonales, y la contradicción que eso significaba para un centro de salud libre de

homolesbotransfobia. Esta situación traía como consecuencia que las personas trans no consultaban al centro de la forma esperada. *“ellos cuando vienen, vienen buscando el tratamiento hormonal, y con eso no contamos”*⁵³. Y esta carencia generalmente era atribuida a la falta de recursos generalizada que existe en los servicios de salud, ya que estos tratamientos no son económicos y también se debe invertir en capacitación al personal.

A fines de 2014 el MSP implementó una normativa donde se establece que cualquier médico del primer nivel de atención puede realizar seguimiento a una persona que se está hormonizando y brindar un asesoramiento previo a la consulta con endocrinólogo, que le indique una dosis inicial y hacer después la continuación. Cualquier médico está habilitado a realizar la primer captación, puede incluso, en conjunto con un endocrinólogo, en interconsulta, empezar el tratamiento y hacer el seguimiento. De las entrevistas realizadas surge que esta normativa ha sido poco difundida, y a los médicos del primer nivel aún les le falta apropiarse de esta posibilidad, ya que efectivamente pueden hacerlo.

En concurrencias posteriores al CSCV, se constató la incorporación de una endocrinóloga al equipo médico del centro de salud. Se comenzaron a desarrollar tratamientos hormonales sin necesidad de recurrir a la coordinación con el Maciel para su indicación, aunque continuaron las dificultades para el acceso de la medicación en Farmacia del CSCV.

Un funcionario de Enfermería entrevistado expresó que desde que se cuenta con Endocrinología en el CSCV se visualiza un aumento de población trans que asiste al centro, aunque continúe siendo poco significativa.

La terapia hormonal es clave para la permanencia de la población trans en el sistema de salud, ya que según varias fuentes esta es su principal demanda, la cual se venía contemplando sólo parcialmente y sin la continuidad necesaria. La falta de acceso al tratamiento, el acceso inadecuado o irregular, provoca problemas en las personas trans a nivel físico y mental, además de ser un obstáculo en la construcción de su performance de género, para el passing corporal, generándoles múltiples dificultades en su vida cotidiana.

En el proyecto y entre los/as entrevistados/as no se hace referencia a la población intersex, y según la bibliografía consultada, no existen en el país protocolos o producción académica al respecto.

⁵³ Entrevista N°8.

Actualmente el equipo de MFyC del CSCV ha cambiado y sus integrantes no estuvieron en el proceso que se acaba de relatar. La rotación del personal es importante y esto contribuye significativamente a erosionar la calidad de la experiencia. Por ejemplo, una médica familiar que ingresó a trabajar a este centro con posterioridad a la implementación del proyecto manifiesta su desconocimiento acerca de cómo surgió el proyecto, ya que no fue informada a su ingreso. *“Después de meses de estar acá, que cayó un paciente, ahí empezamos a averiguar y vimos un poco como se daba la cosa. Pero nunca fue que empecé y me informaran cómo se trabajaba, qué se hacía y me dijeran que fuera un centro libre de homofobia. Sabía por facultad de toda la movida”*.⁵⁴

Tampoco durante el tiempo en que transcurrió el trabajo de campo se visualizaron banners ni folletos en las salas de espera u otros espacios del CSCV. La Directora del centro aclaró que los primeros están deteriorados por el paso del tiempo mientras que los segundos se terminaron y no se volvieron a imprimir. En la última concurrencia al centro, luego de haber entrevistado a la Directora, pudo visualizarse un póster en una cartelera haciendo referencia a la diversidad sexual.

Un elemento que debe tomarse en cuenta para el análisis es que uno de los objetivos del CSLHLTF fue la captación de la población LGBT, facilitando el acceso a la atención de salud en un centro amigable e inclusivo. En este sentido, durante la investigación se identificaron grandes debilidades en torno a la captación. Una entrevistada de ON plantea que *“depende mucho de la voluntad de ese médico/a y de la intención de formación que tenga, y de si capta o no a las personas, porque las personas trans no es que aparecen en los servicios de forma mágica, sino que hay que hacer un trabajo también de encontrarlas y a veces llevarlas. Entonces, también existe una barrera salada que no se ha salvado”*.⁵⁵

Como solución, la entrevistada valora el sistema que estuvo incorporado en los centros EDISA, que utilizaba referentes pares para la captación de la población trans, y atribuye una causa económica a la no replicación del mismo. Sostiene que existen recursos humanos propios del sistema de salud, como Lic. en Enfermería y Psic, que podrían utilizarse para ello.

Es claro que se han desaprovechado recursos existentes, ya que tampoco se ha coordinado lo suficiente con otras áreas del Estado que trabajan con esta

⁵⁴ Entrevista N°8.

⁵⁵ Entrevista N°1.

población. *“Por ej., la existencia actual de la Tarjeta Uruguay Social, si hubiera una mínima coordinación del MIDES con los sistemas de salud, (...) se tendría que saber dónde viven las mujeres y varones trans que acceden a esta tarjeta, para irlos a buscar para ofrecerles el acceso al sistema de salud”*. Además de la escasa coordinación interinstitucional existente, la captación de esta población es una carencia del sistema de salud en general y del primer nivel en particular.

Un enfermero consultado al respecto manifiesta que desde que él está en el centro no se realizó ningún trabajo de captación, ni desde Enfermería ni desde ninguna otra área.

Cabe destacar finalmente que, tal como se explicita en la sistematización del proyecto, *“no se previeron ni se realizaron acciones de monitoreo y seguimiento de los impactos del proyecto en el Centro de Salud, tampoco se cuenta con registro de las usuarias/os atendidos”* (UNPFA, 2015:44). Tampoco se realizó este tipo de acciones para la experiencia en Barros Blancos. Esta ausencia de previsión de mecanismos de evaluación y monitoreo complejizan la tarea de sistematización del proyecto, y constituye un deber muy importante para el análisis de la política.

6.5 Debate sobre la especificidad (o no) del encuadre

Un nudo problemático que sobrevuela los discursos del personal del CSCV es sobre la validez del reconocimiento de la particularidad, es decir, no hay una mirada uniforme en relación a la estrategia de abordaje de la atención a la población que contemple a la orientación sexual e identidad de género como elementos que ameritan un abordaje singular. Entre los/as entrevistados/as no hay acuerdo sobre si debe existir una especificidad o no en la atención de salud para los cuerpos heteroconformes. Podrían agruparse las opiniones entre quienes sostienen que sí la hay, en quienes la niegan y en quienes creen que existe aunque parcialmente.

Quizás las diferencias en torno al debate universalidad vs particularidad no sean tan pronunciadas. En todo caso se trataría de cómo incluir lo particular dentro de lo universal, y no la generación de “guetos” ni de perder las singularidades dentro del todo aparentemente homogéneo. Hacer como si no existieran diferencias no parece ser un buen camino. Considerarlas explícitamente y mantener una actitud crítica permanente sobre las prácticas sería entonces la propuesta.

Como un ejemplo de la primera posición, la Endocrinóloga del centro, entrevistada a pocos meses de su incorporación, señaló que las personas trans

representan una especificidad para su práctica, ya que son *“una población diferente, que viene buscando un cambio, un cambio físico, y de repente psíquico”*⁵⁶.

A partir del Primer Censo de personas trans realizado en Uruguay por el MIDES en 2016, se sabe que el 95% de ellas se atiende en un centro de salud. En cuanto al consumo de hormonas, el 22% lo hace, 49% por prescripción médica y 11% por recomendación de una amiga. Con respecto a otras técnicas de modificación corporal, 23% se habría inyectado alguna sustancia, 17% de éstas lo hizo con silicona líquida industrial, sustancia que conlleva graves consecuencias para la salud.

La integrante del movimiento LGBTIQ entrevistada analiza lo siguiente en cuanto a la especificidad de un centro de salud libre de homolesbotransfobia: *“Para nosotros era difícil entrarle por otro lado que no fuera los derechos, a todo una población dentro de medicina, enfermería, y también muchas veces la comunidad LGBT entra en eso, porque decís, bueno, mi cuerpo es el mismo, ¿por qué hay tanta cosa de diferente? Que también nos pasó a la interna de la comunidad tener compañeros/as que nos decían “dejate de joder, no es realmente una especificidad, no hay nada que hablar acá”*.⁵⁷

Para ella *“el horizonte es que el personal de salud en general sea inclusivo de esta población, y que sepa qué hacer cuando la incluye. Que salga a captar”*. Otra entrevistada lo resume de la siguiente forma: *“que a todas las personas trans, homosexuales, que vengan (...) y se atiendan igual que todas las demás”*⁵⁸.

Mientras que el grueso de las opiniones relevadas durante la investigación consideran que esa especificidad no existe, la forma de explicarlo o justificarlo varía, pero en última instancia la conclusión es la misma. Por ejemplo, la actual Dirección del centro señaló desde una perspectiva higienista y conservadora en la concepción de la práctica médica: *“en este centro de salud se hace una atención integral igual que a todo el mundo. Tienen su médico de referencia, que lo que hace es valorar en qué estado de salud está, promover hábitos saludables para esa persona, y prevenir que no se enferme. Es decir, el médico lo que tiene que hacer es un seguimiento, venir cada tanto tiempo para ver si está usando la profilaxis, (...) si está con tos, si fuma, si consume alguna droga. Igual que con cualquier otra persona”*⁵⁹.

⁵⁶ Entrevista N°11.

⁵⁷ Entrevista N°1.

⁵⁸ Entrevista N°2.

⁵⁹ Entrevista N°2.

A su vez, para la Psic. Entrevistada, desde su profesión, lo específico sería conocer su historia de vida, reconocer los procesos por los cuales se fue formando su identidad. Lo que se busca es *“acercar a esta población al servicio de salud, y que el servicio sea más amigable. No quiere decir que hay una especificidad, y que acá se tienen que atender las personas gays, lesbianas, transexuales. (...) La idea es que esto se pueda replicar y que todos los servicios de salud puedan tener como esta mirada”*⁶⁰. Agrega que *“es un servicio como cualquier otro del primer nivel (...) La idea no es que este sea un centro con una especificidad en cuanto a esta población, sino que sea uno más, sensibilizado para poder tener una visión y una atención inclusiva con esta población”*.

Por último, una Pediatra del centro sostuvo que *“el encare depende desde qué lugar te pares. Desde mi rol, el encare es respeto, escucha. No le veo un encare diferente, ahí está el punto (...). Es mas o menos igual, a no ser con algunas excepciones, como no presuponer que quien tenés en frente tiene una orientación determinada, por ej., heterosexual, y basar las preguntas en forma sesgada, y preguntar de determinada manera que evidentemente no es la más adecuada”*⁶¹.

6.6 Impacto en la población objetivo

No existen registros en el CSCV que permitan analizar el impacto que tuvo el proyecto, si hubo un aumento o no de la población LGBTI que asiste al centro. A partir de las impresiones de las personas entrevistadas es posible delinear valoraciones individuales y subjetivas acerca de ello. No existe una visión unánime al respecto.

Desde ON se considera que *“se ha logrado incorporar a algunas personas que antes no iban. Ahora, es un solo centro. Lo que hemos hecho es trabajar desde la formación en recursos humanos de varios lados como para tratar de que esto, a la larga, sea universal, sea accesible a toda la población, porque a esto acceden las personas de esa zona”*⁶².

Desde la Dirección se cree que asisten más personas trans a atenderse. Un enfermero entrevistado coincide, y atribuye dicho aumento a la reciente incorporación de la endocrinóloga al centro. Al respecto, una de las TS consultadas

⁶⁰ Entrevista N°4.

⁶¹ Entrevista N°4.

⁶² Entrevista N°1.

considera que *“por algún lado varió, (...) se sintieron como más sostenidos, vienen con más asiduidad, y hacen un cuidado más integral de su salud”*⁶³.

Sin embargo, otras entrevistadas opinan lo contrario. Para una ginecóloga *“capaz que hubo un auge ahí en algún momento y hubo alguna consulta más, pero no, no es una consulta que atendamos frecuente. Me parece que tendría que haber más, porque (...) hay muchísima población, y ¿dónde están yendo? ¿Dónde están consultando? Porque acá no están viniendo. Yo no los veo”*⁶⁴.

Cree que las personas trans *“siguen haciendo como la suya, en el sentido de que ellos solucionan sus mismos problemas y entre ellos se recomiendan dónde pueden hacerse tal tratamiento, tal otro, se automedican mucho. Me parece que eso tiene que seguir pasando porque, de hecho, no me parece que consulten mucho acá. Sabiendo que hay dificultades para el acceso también a endocrinología en frente, por la cantidad de números y todo eso, no hay tampoco tanto volumen de pacientes como pensamos que debería haber”*.

7- Perspectivas - Posibilidades de universalizar la experiencia

Un elemento que interesó a esta investigación son las perspectivas que visualizan las personas involucradas acerca de la posibilidad y/o conveniencia de universalizar este tipo de experiencias. Parecería existir un consenso en cuanto a la conveniencia de expandirla a todo el sistema, pero se identificaron algunos matices con respecto a la concepción de un CSLHLTF y en las causas que atribuyen a que ello no se esté implementando.

Para la informante de ON, el proyecto desarrollado en el CSCV consistió en un plan piloto, y al ser evaluado positivamente se continuó en Barros Blancos. Considera que el despliegue en todos los centros de salud del país es posible, pero se trata de un proceso largo que requiere el compromiso de todos los actores involucrados. Además de la ya mencionada necesaria incorporación de la perspectiva en diversidad sexual en la formación de las carreras de grado vinculadas a la salud, reclama que esta especificidad debería estar en la formación continua en los centros de salud, no solamente en el sector público sino también en el sector privado. Desde ON los acercamientos que hubo siempre se dirigieron al sector público, no solo porque desde allí surgió la demanda sino porque se ha preferido

⁶³ Entrevista N°12.

⁶⁴ Entrevista N°3.

concentrar los esfuerzos donde básicamente accede la gran mayoría de la población trans que se encuentra en situación de exclusión.

La actual Dirección del CSCV entiende que este tipo de capacitación debería realizarse en todos los centros y puntualiza que esta tarea *“requiere de personas, de recursos en horas, en tiempo, dinero”*⁶⁵ y que quizás haya *“falta de motivación”* para hacerlo por parte de los responsables. En referencia al trabajo a la interna de la institución, Martínez expresa su voluntad de *“hacer otros talleres pronto, este año, que no sea algo que vaya pasando y quede pendiente”*⁶⁶.

Por otro lado, se recogieron opiniones provenientes de actores con menor poder y/o capacidad de incidencia política. Una psicóloga entrevistada va más allá y plantea que *“poder transmitir todas estas experiencias en otros ámbitos de la vida (...) reproducirlo en todos lados y hacer esa sensibilización (...) transmitirlo a otros sectores de la población, a otros centros de salud. O sea, universalizarlo.”*⁶⁷. Considera que si el proceso no se continuó, no se debería a *“algún tema de discriminación. Capaz que es un tema que no sé si importa tanto. (...) El interés no sé de quien no va, (...) si a la RAP es que no le interesa seguir ampliando y esto es una pantalla o no, o solamente (...) la gente de ON no da abasto en seguir haciendo solo ellos todo el tema de promoción. Porque esto no puede ser solo un grupo, me parece que tendríamos que hacerlo más generalizado. No sé por qué no se siguió”*.

Otras personas consultadas consideran clave la universalización para que no existan algunos centros que son referentes para la población LGTB y otros que no lo son. En este sentido una médica afirma que *“tendría que ser un proceso natural que se de en todos los centros. Es fundamental que no sea un solo centro específico. La atención que nosotros brindamos (...) debería ocurrir en todos lados. Poder atender a esa población como a cualquier otra”*⁶⁸. Y admite que *“a nosotros nos cuesta también bastante, no estamos acostumbrados a trabajar mucho con esta población”*.

En un posicionamiento similar, otra entrevistada manifiesta que *“la idea no es que tenga que haber un centro especializado en, sino que los técnicos tengamos una apertura en general para que las personas cuando transiten por los distintos servicios de salud puedan tener un trato adecuado para su condición”*⁶⁹.

⁶⁵ Entrevista N°2.

⁶⁶ Entrevista N°2.

⁶⁷ Entrevista N°3.

⁶⁸ Entrevista N°8.

⁶⁹ Entrevista N°4.

Una T.S. consultada al respecto manifestó que *“eso es muy político. (...) Todos los centros de salud tendrían que contar con una experiencia similar también. (...) Todo lleva su tiempo (...), la lucha no puede cesar por parte de las personas involucradas, de los grupos que trabajan para sensibilizar a la sociedad, que no es fácil el trabajo, pero acá lo hicieron muy bien”*⁷⁰.

Resultaría pertinente indagar más a nivel de jerarquías de la RAP-ASSE y el MSP sobre cuáles son las perspectivas en torno al avance de este proceso, y si existe alguna planificación al respecto.

En el intento de proyectarse hacia el corto y mediano plazo, se intentó indagar con las personas entrevistadas aspectos referentes a qué elementos visualizan como posibles guías de acción a futuro. Resulta alentador que todas las opiniones coincidan en que existen posibilidades de continuar interviniendo en el proceso iniciado con el CSLHLTF desde el lugar que ocupa cada uno/a en el centro de salud, más allá de los recursos institucionales que sean destinados para ello y que no esté clara la voluntad política de seguir invirtiendo en este tipo de iniciativas, independientemente de la cooperación internacional.

Por su parte, una médica afirma: *“me siento super satisfecha de que eso es de lo que yo puedo agarrarme para seguir moviendo conciencias o abriendo cabezas. Desde ahí, desde mi lugar, desde mi profesión, que es para lo que está el primer nivel de atención también. Hay que meterlo también acá adentro, en consultorio, entrevista, en todo”*⁷¹.

7.1 Consideraciones a modo de evaluación del proyecto – Continuidad de las acciones

Desde la sociedad civil, ON evalúa positivamente la experiencia. *“Si bien mucho del impulso estuvo dado por la Dirección de ese momento, por algunos actores clave, sobre todo por los residentes en MFyC, creemos que está bueno que (...) exista ese lugar, como existirán otros, que la población sabe que, (...) aunque después capaz que la atención es la misma, o sea, puede ser o no, que en otro centro, saber que hubo una capacitación, una sensibilización, cambia ya la forma en la que yo voy a ese lugar”*⁷². Considera necesaria la implementación de una capacitación continua del personal, y manifiesta la convicción de que este es

⁷⁰ Entrevista N°12.

⁷¹ Entrevista N°5.

⁷² Entrevista N°1.

también un reclamo de la Dirección. Sostiene finalmente que desde el sistema de salud *“hay cosas que se pueden hacer y no se estaban haciendo, no se consideraba que esto fuera un tema importante. Y creo que en muchos casos todavía esto no se considera, todavía hay mucho para pelear”*.

Desde la Dirección de consideran necesarias más capacitaciones teniendo en cuenta al personal que ingresó con posterioridad al desarrollo de los talleres de sensibilización, y a la necesidad de insistir con la temática de forma periódica para que realmente cale en las prácticas del personal.

Sobre los cambios que el proyecto pudo haber introducido en la institución, una ginecóloga entrevistada plantea que el tránsito por los talleres de sensibilización resultó útil, ya que conceptualmente se manejan definiciones más precisas que anteriormente. *“Introducirte en esos temas hace que uno abra la cabeza también, que la gente buscara, que se hable más de eso entre compañeros. Me parece que si hay un cambio”*⁷³. A propósito, manifiesta que *“el haber tenido contacto, acceso a mucha información, te da las herramientas para después poder transmitir a los demás”*. Otra entrevistada considera que la capacitación le aportó *“elementos que no se me hubieran pasado por la cabeza si no hubiéramos tenido esa experiencia”*⁷⁴. Cree que fue un avance, y lo enmarca un proceso más general a nivel de toda la sociedad. *“Desde acá en la salud, hace que cada vez se vaya avanzando más desde una perspectiva de derechos, y se van teniendo logros. El tema se va visibilizando mas, ya deja de ser algo de lo que no se habla, que no se conoce.”*

Se problematiza cierto grado de voluntarismo en la experiencia. Varias personas entrevistadas manifiestan la sensación de que depende de la voluntad individual de cada una de ellas la puesta en práctica de los cambios que se impulsaron con el proyecto. Surge de los discursos que si bien lo realizado fue positivo, hay un debe en cuanto a la continuidad de las acciones.

La rotación del personal en el transcurso del tiempo, particularmente la partida de actores que estuvieron muy involucrados con la implementación del proyecto, ha ido en detrimento de la continuidad de las acciones. Algunas personas entrevistadas se refieren a la experiencia del CSLHLTF como un proyecto que quedó inconcluso, *“como un proceso que se cortó”*⁷⁵(...). *“Cambian las direcciones en los centros de*

⁷³ Entrevista N°3.

⁷⁴ Entrevista N°4

⁷⁵ Entrevista N°5.

*salud y tiene que seguir el proyecto. No puede quedar truncado.*⁷⁶ Cree que es por ello que “*no quedó una cosa fuerte tampoco adentro de acá.*” Una de ellas sostiene que sí existen coordinaciones interinstitucionales a partir de vínculos puntuales entre técnicos, pero que “*no hay una cosa sistematizada también que quede. (...) Es muy difícil tener como la devolución de lo individual*”.

La sistematización del proyecto menciona que queda pendiente la protocolización de las condiciones de calidad básicas que deben cumplir un Centro de Salud Libre de Homofobia, especialmente vinculado a la disponibilidad de servicios como terapias de hormonización con la medicación correspondiente y la atención a la violencia basada en homolesbotransfobia, la forma de registro en la historia clínica de la orientación sexual o identidad de género, la forma de asignación de camas en centros hospitalarios de acuerdo a la identidad de género y el uso de los baños en las instituciones. Señalan que no existe normativa legal o reglamentaria para regular estos aspectos en el sistema de salud.

Se valora el trabajo en conjunto entre sociedad civil organizada y el Estado para el diseño y la implementación de un proyecto y sostiene que este tipo de involucramiento y participación activa del movimiento facilita el acceso de la población LGBT a los servicios de salud. A su vez, se expresan falencias en cuanto al monitoreo del proyecto. Este se realizó durante la ejecución, de manera informal y facilitado porque fue ON que lo realizaba, siendo parte co-ejecutora del mismo. Estos espacios no han sido institucionalizados; no se han previsto ni establecido mecanismos que aseguren la continuidad de la participación de grupos de la diversidad sexual.

La ausencia de mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo no habilitó la implementación de medidas específicas para la detección temprana de prácticas de discriminación homolesbotransfóbica, o un registro de las consultas e intervenciones realizadas y de las situaciones de violencia homolesbotransfóbica de las que se tuvieron conocimiento desde el centro de salud.

Señalan como desafíos la universalización de esta experiencia y la efectiva transversalización de la perspectiva en diversidad sexual en las políticas de salud, así como la necesidad de avanzar en la institucionalización de la temática en el ámbito académico y garantizar el acceso efectivo de la población LGBT a los servicios de salud.

⁷⁶ Entrevista N°10.

Es imprescindible que la priorización de la temática sea acompañada de una dotación de recursos presupuestales, sostenidos en el tiempo, que permitan alcanzar los objetivos planteados. Un servicio de atención en salud universal que considere la orientación sexual y la identidad de género como elementos determinantes de la población usuaria, que busque captar sectores excluidos debido a esta particularidad es una meta que requiere continuidad y una definición política como objetivo estratégico de la gestión institucional, en el marco de un sistema que, si bien durante la última década ha atravesado transformaciones que lo tornan más inclusivo, aún permanece signado por las reglas del mercado, que establece inequidades en el acceso al mismo en base a jerarquías sociales socialmente determinadas y construidas interseccionalmente en torno a ejes de desigualdad como la clase social, la orientación sexual e identidad de género, la etnia, el origen, y un largo e injusto etcétera.

8 - Reflexiones finales

La experiencia tuvo resultados alentadores en cuanto a que generó efectos positivos referentes a la visibilización de la temática en el ámbito de la salud, abriendo otro “frente de batalla” en el marco de los avances en la agenda de la diversidad sexual que se vienen desarrollando en la última década. Se impartieron conocimientos específicos sobre la población LGTB, introduciendo un enfoque de DDHH y diversidad sexual, intentando problematizar la heteronorma, a través de la sensibilización a los actores involucrados. Se intentó introducir una serie de modificaciones en las prácticas de la institución y sus integrantes que tornaran al espacio más amigable para el acceso y la atención a personas no heteroconformes. Varias de estas prácticas promovidas parecen haber calado hondo en la institución.

El enfoque de este proyecto tuvo elementos innovadores y avanzados en relación a las experiencias anteriores que se desarrollaron en el país. En este sentido se destaca el discurso integrador y no patologizante de las identidades no heteroconformes, produciendo una ruptura respecto a las nociones y prácticas médicas en torno a la sexualidad LGBT.

Sin desmedro de lo anterior, hay elementos que indican que los esfuerzos resultaron insuficientes para el objetivo que se había propuesto. El principal motivo parece radicar en la falta de continuidad de las acciones, dejando librado a

voluntades individuales la transmisión de contenidos. La financiación internacional fue acotada en el tiempo, y luego no hubieron fondos nacionales que habilitaran la institucionalización de la iniciativa.

Por otro lado, la ausencia de registros adecuados dificulta el dimensionamiento del impacto en cuanto al acceso de la población LGTBIQ al servicio. Igualmente de la indagación no surge claramente que el proyecto haya significado un aumento de las consultas, sino que existen opiniones encontradas al respecto. La principal explicación es atribuida a la falta de una respuesta adecuada a las demandas de tratamientos de hormonización.

Por lo anterior, resulta compleja la evaluación del grado de impacto en la atención en salud de las personas LGTBIQ, y pareciera más adecuado establecer una mejora en términos de calidad más que en cantidad.

Resultaría clave otorgar una mayor difusión de la normativa del MSP referente al acceso de la población trans a los tratamientos de hormonización. Esto contribuiría a que cada vez más médicos/as hagan uso de esta facultad, y a su vez, provocaría un aumento de las consultas de personas trans, quienes mejorarían su calidad de vida accediendo a cambios corporales buscados e históricamente negados.

En algunos actores clave es posible identificar un enfoque de tinte conservador que se manifiesta en algunos fragmentos de sus discursos, que no parecen ir en sintonía con el paradigma del proyecto. La homolesbotransfobia es inherente a la sociedad heteronormativa y farmacopornográfica en la que vivimos. Superarla requiere de un esfuerzo sistemático y continuado en el tiempo, enmarcado en una política pública más amplia, que aún se encuentra en construcción.

Lo más destacable que nos deja esta experiencia es el aprendizaje de que, por un lado, es posible iniciar un proceso de transformación de las estructuras más rígidas de la sociedad cuando existe compromiso, movilización, trabajo colectivo y voluntad política para hacerlo; que es importante llevar adelante iniciativas de abajo hacia arriba en la construcción de una política pública, y que la participación de la sociedad civil permite avanzar y definir metas y propuestas más acordes a las necesidades. Tal vez este caso muestra, también, el agotamiento que enfrentan proyectos de este tipo cuando no logran su generalización e institucionalización.

9 - Bibliografía

- Butler, Judith: *“Cuerpos que importan”*. Ed. Paidós. Barcelona. 2002
- Butler, Judith: *“El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad”*. Ed. Paidós. Barcelona. 2007
- Foucault, Michel: *“Historia de la sexualidad”*. Tomo I *“La voluntad de saber”*, .Ed. Siglo XXI. México. 1998
- González, Diana. Soto, Isabel: *“Sistematización del proyecto: Centros de salud libres de homofobia – Experiencia piloto”*. UNPFA. 2015
- Haraway, Donna. *“Manifiesto Ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado”*. Traducción de Manuel Talens. 1991. Sin dato.
- Lukomnik, Julia: *“La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans”*. MIDES. Montevideo. 2013
- MIDES. *“Transforma 2015. Diversidad sexual y el derecho a la salud: El acceso de las personas trans. Documento Base”*. Montevideo. 2015
- MIDES. *“Transforma 2016. Visibilizando realidades: Avances a partir del Primer Censo de personas trans. Documento Base”*. Montevideo. 2016
- Preciado, Beatriz: *“Manifiesto contrasexual”*. Anagrama. Barcelona. 2011
- Preciado, Beatriz. *“Testo Yonqui”*. Paidós. Buenos Aires. 2014
- Ramos, Valeria. *“La inclusión de la diversidad sexual en la atención de la salud de adolescentes”*. En VV.AA. *“Aportes para el bordaje de la salud de adolescentes en el Primer Nivel”*. MSP-UNPFA. Montevideo. 2014
- Sempol, Diego: *“De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)”*. Ed. Sudamericana Uruguay. Montevideo. 2013
- Sempol, Diego: *“Políticas Sociales y Diversidad Sexual”*. Serie *Hablando de derechos - DESC+A. Charlas de formación en derechos humanos*. MIDES. Montevideo. 2012
- Sempol, Diego (Coordinador). Calvo Núñez, Maia. Rocha, Cecilia. Schenck, Marcela: *“Corporalidades trans y abordaje integral. El caso*

de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Informe final". MIDES. Montevideo. 2016

- Sempol, Diego (Coordinador): *"Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe final"*. MIDES. Montevideo. 2013
- Valles, Miguel. S.: *"Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional"*. Ed. Síntesis Sociología. Madrid. 1999
- Wittig, Monique: *"El pensamiento heterosexual y otros ensayos"*. Ed. Egales. Barcelona. 2006

10 - Anexos⁷⁷

Entrevista Florencia Forrisi
Entrevista Carmen Martínez
Entrevista Claudia Alonso
Entrevista Lucía Valdez
Entrevista Carolina Matos
Diálogo Carolina Matos y Lucía Valdéz
Entrevista Cristina Iriart
Entrevista Cecilia Bertoglio
Entrevista Wilson Santos
Entrevista Andrea Yañez
Entrevista Daiana Arestia

⁷⁷ La transcripción de las entrevistas se adjunta en formato digital.