

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

**¿Tratamiento homogéneo para la diversidad o  
diversidad en la salud?**

Un análisis comparativo de dos proyectos para la inclusión de  
la diversidad sexual en la salud.

**SILVIA RIVERO DEL PUERTO**

**Tutor: Carlos Basilio Muñoz**

**2016**

## RESUMEN

Uruguay ha sido en la última década escenario de importantes conquistas legales por parte del movimiento de la diversidad sexual, al tiempo que el primer gobierno del Frente Amplio crea el Sistema Nacional Integrado de Salud con el fin de asegurar el acceso y la equidad en la salud a todos los ciudadanos. No obstante, las personas LGBT aun tienen que sortear barreras para el acceso a los servicios de salud. En este contexto, se crean en el año 2012 dos proyectos para la atención integral de la diversidad sexual, con el fin de derribar las brechas de acceso a la atención primaria en salud, así como erradicar el estigma y la discriminación que sufren estas personas.

Con este escenario y desde el concepto de justicia social propuesto por Nancy Fraser, el presente trabajo tiene como objetivo comparar ambos proyectos, analizándolos mediante la construcción conceptual “tipo ideal”, propuesta por Max Weber.

Para dicho propósito se utilizó una metodología cualitativa y las técnicas de análisis documental y entrevista semi-estructurada. Enfocando el interés en los documentos no numéricos. En tanto la elección de las personas a entrevistar se basó en la posición de observación y actuación de las mismas por ocupar un lugar único en la institución de interés.

En las conclusiones se plantea que uno de los proyectos fue inconexo con las demandas actuales de inclusión basadas en una perspectiva integral de la diversidad sexual. En tanto el otro proyecto encontró el equilibrio necesario para satisfacer justificadamente los requisitos de justicia.

## Índice.

Introducción -----	4
Capítulo 1 -----	6
1.1 Tema de Investigación-----	6
1.2 Problema de Investigación-----	7
1.3 Justificación-----	8
1.4 Antecedentes-----	9
1.5 Fundamentación teórica-----	12
1.6 Objetivos-----	18
Capítulo 2-----	19
Metodología	
2.1 Postura epistemológica-----	20
2.2 Estrategia de Investigación. Elección metodológica-----	20
2.3 Técnicas, instrumentos de recolección de información-----	20
2.4 Estrategia y técnica de Análisis-----	21
Capítulo 3-----	23
Resultados de la investigación	
3.1 Afirmación – Transformación-----	23
3.1.1 Accesibilidad-----	23
3.1.2 Atención-----	27
3.1.3 Recursos Humanos-----	33
3.2 Paridad participativa. Como camino democrático hacia la justicia-----	37
Capítulo 4-----	41
Conclusiones-----	41
Bibliografía-----	45

## INTRODUCCIÓN

En la última década Uruguay se ha posicionado muy bien con respecto al reconocimiento de derechos ciudadanos de la diversidad sexual, al tiempo que el primer gobierno del Frente Amplio (2005-2009) aprobó reformas estructurales en el sector sanitario creando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con la impronta de los Derechos Humanos y el fin de alcanzar la atención integral; el acceso y la equidad en la atención de todos los ciudadanos, considerando además los determinantes sociales de la salud. (MSP, 2010). No obstante, la creación de leyes que refuerzan el concepto de democracia y derechos ciudadanos, no ha significado el acceso igualitario de las personas LGBT a los servicios de salud, donde siguen siendo discriminadas y estigmatizadas, así como en múltiples esferas de la vida social. (Sempol, 2013; Cavalleri, et al 2011).

En este contexto, se crean en el año 2012 dos proyectos para fortalecer el ejercicio de los derechos ciudadanos y en salud de las personas no heterosexuales, así como alcanzar una sociedad más democrática y no discriminante. Por tanto, la presente investigación tiene por objeto de estudio estas dos experiencias y está dirigido hacia las acciones que se implementaron para alcanzar sus objetivos.

Se delimita entonces de esta forma el objetivo general: comparar las propuestas de los proyectos, “Proyecto VIH Uruguay” y “Centros de Salud Libres de Homofobia”, en base a la construcción conceptual previa “tipo ideal” de solución afirmativa y solución transformativa en las dimensiones Accesibilidad; Atención y Recursos Humanos, para satisfacer los requisitos de justicia de la diversidad sexual en el primer nivel de atención en salud.

Como forma de organizar estos contenidos el trabajo se organiza en cuatro capítulos centrales, seguidos de un Anexo.

En el primer capítulo se presenta el tema y el problema de investigación, la justificación y los antecedentes del mismo, el marco teórico del que emergen las principales categorías de análisis, las preguntas de las cuales derivan los objetivos y por último el objetivo general y los objetivos específicos.

El segundo capítulo trata sobre la metodología o estrategia de investigación; esto es: el enfoque epistemológico; las técnicas o instrumentos de recolección de información y la técnica de análisis.

En el tercer capítulo se presentan los resultados de la investigación, retomando las categorías teóricas y las preguntas que devinieron en los objetivos de la presente investigación.

Por último, en el capítulo cuatro se plantean las conclusiones.

En el Anexo se presentan las entrevistas íntegramente transcritas, el desarrollo conceptual de los “tipos ideales” construidos. A su vez, se adjunta la pauta de entrevista y la descripción de los documentos analizados y los proyectos comparados.

Por último un breve relato sobre las variaciones, dificultades y aciertos del proceso de investigación.

## Capítulo 1

### *1.1 Tema de investigación*

En los últimos diez años Uruguay viene asistiendo a dos procesos de cambio en materia de derechos. Por un lado, una serie de transformaciones en el sistema sanitario a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud cuyo objetivo central es “alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población” (Ley 18.211). Concomitantemente existe la voluntad política de aplicar dicha transformación en leyes, normas y protocolos en forma inclusiva y universal, atendiendo la diversidad sexual de la ciudadanía. (MSP, 2009)

Paralelamente, en su lucha contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género, el movimiento por la diversidad sexual ha logrado importantes conquistas legales y simbólicas. (Queiruga; Sempol, 2012) logrando mover la frontera legal que separaba las sexualidades legítimas de las estigmatizadas. (Sempol, 2012).

En cuanto a derechos de la diversidad sexual el 2007 fue el año en el cual las dinámicas políticas marcaron un punto de inflexión en lo que refiere a temas de pareja y familia. (Ferreira; Campero, 2008). Tales avances se expresan en las siguientes leyes: **Ley 18.246 Unión concubinaria** (2007) que “considera unión concubinaria a la situación de hecho derivada de la comunidad de vida de dos personas- cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual- que mantienen una relación sexo-afectiva, exclusiva, singular, estable y permanente (al menos cinco años de convivencia ininterrumpida); **Decreto 293 de**

la **Ley 18.426 sobre el derecho a la Salud Sexual y Reproductiva** (2008) el cual establece que los servicios de salud sexual y reproductiva se incluirán en los servicios integrales de salud y deberán ser, entre otras cosas: inclusivos; igualitarios y amigables, en virtud de disminuir las brechas de acceso y promover una consulta oportuna, con particular énfasis en los grupos vulnerables y socialmente excluidos, entre los que se encuentran las personas LGBT ; **Ley 18.620 Sobre el derecho a la Identidad de Género y el cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios** (2009) que básicamente, lo que establece es que toda persona tiene el derecho a desarrollar libremente su personalidad de acuerdo a su propia identidad de género y cuando ésta no coincide con la mención registral de su nombre y sexo podrá solicitar la adecuación de los mismos en los documentos identificatorios; **Ley 18.590 Modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia** (2009) una de las modificaciones a destacar entre todas, es la posibilidad de adopción que tienen las parejas de unión concubinaria, y por ende, parejas del mismo sexo también; y la más reciente **Ley 19.075 Matrimonio Igualitario**, aprobada en el año 2013 que en su Artículo 1<sup>o</sup> establece la sustitución del artículo 83 del Código Civil por el nuevo Artículo 83.-“El matrimonio civil es la unión permanente, con arreglo a la ley, de dos personas de distinto o igual sexo”. (Poder Legislativo)

### ***1.2 Problema de investigación***

Pese a los importantes avances en materia normativa, aún perviven en nuestra sociedad relaciones de desigualdad y discriminación en las cuales las mujeres lesbianas, hombres gays, personas, bisexuales y transexuales (LGBT) están en franca desventaja social por no ser reconocidos en su condición de sujetos portadores de derechos. Además estas actitudes

y prácticas homofóbicas tienen como consecuencia la autoexclusión de las mismas, lo cual continúa afianzando las barreras de acceso a la salud; la educación; mercado laboral y la justicia. (Cavalleri et al, 2011). No obstante, existe la voluntad política de instrumentar, junto con otras organizaciones, políticas públicas inclusivas de la diversidad sexual. (MSP, 2009)

Así, desde el ámbito de la salud se crean los proyectos “Centros de Salud Libres de Homofobia” y “Proyecto VIH Uruguay “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida” (ver anexo); Ambas propuestas tienen como objetivos derribar las brechas de acceso a la atención primaria en salud, así como erradicar el estigma y la discriminación hacia la diversidad sexual. Mas las acciones destinadas a la consecución de tales fines parecen ser diferentes. Razón por la cual, ante ambas propuestas, surgen las siguientes preguntas:

¿Qué elementos se incluyen en cada uno de los proyectos, para la demarcación del colectivo LGTBI como sujetos de políticas en salud o beneficiarios de las mismas?

¿Qué necesidades en salud están contempladas en cada uno de los proyectos?

¿Qué tipo de estrategia llevan adelante cada uno de los proyectos para lograr sus objetivos?

### ***1.3 Justificación***

Uruguay vivió una transformación legislativa favorable a las personas LGBT que no pudo ser acompañada por las significaciones sociales y las prácticas cotidianas. Lo cual evidencia que hay mucho por hacer y no se puede eludir el tema. El reto es cómo hacerlo para que estas personas puedan ejercer plenamente sus derechos. En este sentido, se juzga

que la investigación propuesta puede significar un aporte importante para el conocimiento dentro de la disciplina de la Sociología y más específicamente para el área que trata la diversidad sexual en general.

El conocimiento acumulado es rico en cuanto a las privaciones y demandas en salud de la población LGBT. Mas esta recuperación sistemática y reflexiva sobre el tema de interés permitió reconocer los límites de lo “ya sabido” y proponer un nueva perspectiva desde la cual abordar dicho problema. Por ello se considera importante contribuir al conocimiento de los procesos existentes dentro del ámbito de la salud para fortalecer la creación e implementación de políticas públicas de inclusión auténticas y efectivas. Por tanto, la construcción de conocimiento basado en evidencia científica puede configurarse como un proceso beneficioso para todos los actores comprometidos con la causa.

Por otra parte, una investigación que defina los proyectos en cuestión podría significar un material a partir del cual reflexionar sobre las “buenas o malas” consecuencias producidas por las decisiones tomadas en el pasado en relación a este tema, así como suscitar acciones futuras consonantes con los requisitos de justicia social.

#### ***1.4 Antecedentes.***

Las personas LGBT han enfrentado, a lo largo de la historia y en su cotidianeidad, diferentes formas de discriminación en todos los niveles y ámbitos sociales, donde la salud no es la excepción (Bernal, 2010).

En América Latina, el rechazo hacia la diversidad sexual pauta una tardía despenalización de la homosexualidad, en las décadas del 80 y 90, en Chile, Ecuador y Colombia, y recién

en 2008 en Nicaragua y Panamá. No obstante, hay avances regionales en el reconocimiento y legalización de estos derechos: unión civil para parejas del mismo sexo en Buenos Aires (2002), Colombia (2009); matrimonio homosexual en Ciudad de México (2006), Argentina (2010), Brasil y Uruguay (2013). (PNUD, 2014)

No obstante hay lugares como el Caribe colombiano donde, a pesar de la legalización las personas con orientación no-heterosexual siguen enfrentando prácticas discriminantes y prejuiciosas, que a su vez justifican múltiples y permanentes discursos de exclusión y homofobia. (Pérez Álvarez, 2013). Sucesivos y constantes hechos de violencia pautan vulneración del derecho a la vida, a la integridad personal y al acceso a la justicia, en dichas regiones. (Lleras, 2011).

En Uruguay, la diversidad sexual adquirió una politización que, en los últimos años, le permitió conquistar algunos derechos legales. Sin embargo, estas conquistas no tuvieron un correlato en la instrumentación de políticas públicas inclusivas de la diversidad sexual hasta 2011. (Queiruga, Sempol: 2012). Formas de estigmatización y discriminación contra las personas LGBT conviven con discursos socialmente contruidos basados en “lo que debe ser”, y una fresca normativa judicial/legal que fluctúa entre la protección de esos derechos, los prejuicios de profesionales de los servicios de salud, y la ineficiencia estatal para una protección integral que comprenda e integre en sus planes de acción la perspectiva de la diversidad. (Rodríguez, 2015)

En la Salud:

El sitio privilegiado alcanzado por la medicina en la modernidad le ha permitido establecer un discurso hegemónico, acorde a cada coyuntura socio-histórica, acerca de lo sano y lo

patológico, lo permitido y lo prohibido, lo normal y lo anormal. Dichas categorizaciones han estigmatizado a las personas LGBT, en sus historias de vida y su salud, hasta nuestros días. (Sosa et al, 2015). Estos procesos discriminatorios inciden en la salud de éstas personas, con cuadros de angustia que llevan al abuso del alcohol, tabaco, u otras drogas, que pueden cavar en el suicidio (OPS, 2013). Los prejuicios de profesionales de la salud ante la práctica sexual y/o social de las personas LGBT, deriva en la descalificación de la atención, incidiendo en el sistema de salud (Silva et al, 2016), verificándose -a diario- actos u omisiones que van desde lo sutil hasta lo brutal con consecuencias que ponen en riesgo, e incluso acaban, con la vida de personas LGBT. (Bernal, 2010).

En la última década, son múltiples los países que debieron reconocer la necesidad de prestar mayor atención a la salud de las comunidades no heterosexuales, en buena parte como consecuencia de pasos concretos dados por estos colectivos, en pos de reconocimiento y respeto a sus derechos (Cáceres et al, 2013). No obstante, la atención en salud sigue alimentada por un sesgo moralista que, a falta de protocolos y ante el desconocimiento por parte del personal del área frente a la diversidad sexual, conllevan a procedimientos enmarcados en preceptos heteronormativos y una consecuente vulneración de derechos. Debe agregarse a ello, que las principales estrategias para abordar la problemática LGBT, continúan focalizadas en políticas para combatir la epidemia del VIH-SIDA, lo que invisibiliza causas estructurales de la discriminación contra esta comunidad. (Jaime, 2013).

Ya desde fines de los 80', con punto culminante en el acuerdo en ONU de 2006 (reconociendo el derecho universal a la atención contra el VIH), expertos y comunidades

han venido identificando de forma sistemática, al estigma y la discriminación en relación con el VIH, como obstáculos cruciales para su tratamiento. (ONU-SIDA, 2008)

En Occidente, si bien los avances en la atención del VIH-SIDA, le circunscriben ahora a patología crónica, los cambios en la percepción social sobre los infectados han sido menos significativos. Algunas de sus vías de transmisión, con implicaciones respecto al mandato de género tradicional, y su asociación en el imaginario social a grupos convencionalmente excluidos, son causa de estigma asociado a la infección, y de discriminación en distintos ámbitos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, s/d). Las personas infectadas, son además doblemente desacreditadas: por su condición serológica; y por ser hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero; trabajadores sexuales; usuarios de drogas inyectables; personas privadas de libertad, o porque son mujeres, o pobres (Suárez, 2012).

### ***1.5 Fundamentación teórica.***

La vida en sociedad supone un entramado de situaciones que se nos presentan como la “realidad”. Ahora bien, cuando queremos indagar en alguna de ellas desde la Sociología, es menester abordarlo desde un marco teórico y así, transformar un problema de carácter social en un problema sociológico. En este sentido, la dificultad de las personas LGBT para acceder a la atención primaria en salud en ejercicio pleno de sus derechos, se plantea como un problema social en el cual están implícitos la discriminación por orientación sexual e identidad de género, por ende una situación de injusticia social que conculca los derechos de las personas consideradas integrantes de la diversidad sexual.

El primer paso entonces es definir los conceptos mencionados anteriormente cómo forma de establecer una base conceptual a partir de la cual desarrollar el análisis posterior.

**Orientación sexual.** No se define a partir de las prácticas sexuales, es mucho más compleja de lo que los restrictivos cánones sexo-genéricos permiten describirla. Son procesos psicosexuales y afectivos profundos que se organizan de manera inconsciente e irracional (López; Ferrari, 2008), por ello no es opcional y puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos y fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos” (OPS, 2000:7). Asimismo, la orientación sexual puede variar a lo largo de la vida y sus factores determinantes son múltiples, entre los cuales se encuentran: los factores genéticos; hormonales y ambientales. Cada uno con distinto grado de influencia en la misma y diferente nivel de evidencia científica en cada caso. (MSP, 2012)

**Identidad de género.** Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia” (OPS, 2000:7)

Cuando la persona se identifica con un género diferente a su sexo biológico puede tratarse de una persona trans; cuando una persona nacida con características del sexo biológico macho se identifica como mujer se denomina mujer trans o trans femenina. Del mismo modo, cuando una persona nacida con características del sexo biológico hembra se identifica como hombre hablamos de varón trans o trans masculino. (Ramos et al, 2015)

**Diversidad Sexual:** Para definir este concepto es necesario referir a la sexualidad. La misma se puede entender a partir de dos grandes enfoques: el Esencialista que coloca la sexualidad a nivel de los instintos, como un núcleo irreversible común a todos los seres humanos. Desde esta perspectiva la cultura y la sociedad no son constitutivas de la sexualidad, el papel de éstas se reduce a moldear esa fuerza interior.

El otro gran enfoque es el Construccionalista, desde esta perspectiva la sexualidad no es un instinto, sino una construcción socio-cultural en la cual intervienen muchas dimensiones: la subjetiva; biológica; ética y moral; social; histórica; política y cultural. Asimismo, la sexualidad es también uno de los aspectos más íntimos de ser humano, por ello es particular y diversa según cada individuo. (Ramos et al, 2015)

En este sentido, las diferentes formas de amar y relacionarse sexualmente de cada persona es lo que se entiende por “diversidad sexual” (MSP, 2009).

No obstante, existen dos perspectivas acerca de quienes integran la diversidad sexual. Por un lado, la postura que entiende que la diversidad sexual la conforman todas aquellas personas que expresan, viven y ejercen la sexualidad fuera del modelo hegemónico heterosexual, ergo, las personas homosexuales; bisexuales; trans e intersexuales. La otra postura entiende que la diversidad sexual la conforman todos los seres humanos en sus múltiples expresiones. (Ramos et al, 2015)

**Discriminación negativa:** para definir este concepto es necesario definir también que se entiende por “prejuicio”. Pues éstos son el germen de las diversas formas de discriminación. El mismo se define como una actitud hostil hacia una persona que, por el mero hecho de pertenecer a un determinado grupo al cual se le atribuyen cualidades

objetables, se supone también las posee. Por tanto, cuando se manifiesta el prejuicio en el trato individual con miembros de grupos rechazados, es la acción concreta guiada por la generalización categórica sobre un determinado grupo. Ésta acción es lo que se define como “discriminación negativa”, sería el prejuicio (la actitud) en acción.

Ahora bien, existen diferentes grados de discriminación y prejuicio cuya singularidad radica en que cada nivel sirve de transición para deslizarse fácilmente en el siguiente a) albergar prejuicios, implica juzgar los objetos agrupándolos en categorías de manera que resulte más cómoda y rápida su clasificación, b) hablar mal, chistes, apodos, el rumor y hasta los insultos más directos, c) evitar el contacto, “segregación” que está presente en la mera estratificación social, d) discriminación propiamente dicha, es la privación de derechos (políticos, educativos, etcétera) a un grupo determinado de personas. Hay discriminación cuando negamos a otros individuos o grupos de personas la igualdad de trato que ellos pueden desear, e) exterminio, es la acción en la cual la discriminación alcanza su máxima expresión. (Allport, 1954)

Definidos los conceptos, se argumenta la perspectiva teórica.

En primer lugar, considerar el reconocimiento como una cuestión de justicia social es ubicar el error en las relaciones sociales y no en la psicología individual (autorrealización). Así la injusticia social es una cuestión de impedimentos que surge cuando las instituciones estructuran la interacción de acuerdo a normas culturales que consideran normativas unas categorías de personas y deficientes o inferiores a otras, impidiéndoles la participación en pie de igualdad en la interacción social. (Fraser, 2006)

En este sentido, las personas de la comunidad LGBT, en tanto grupo que no se ajusta a los patrones de sexualidad considerados socialmente “normales” son clasificadas como “diferentes” e “inferiores”. Así este problema se ubica en un modelo heteronormativo que privilegia la heterosexualidad, perjudicando a todos los que se alejen de esa norma e impidiéndoles la paridad en la participación social.

Por otra parte, Fraser propone una concepción bidimensional de la justicia que engloba el reconocimiento y la redistribución, pues prácticamente todas las personas víctimas de la injusticia cultural sufren, en algún grado, la injusticia económica y viceversa.

Así todas las reivindicaciones de justicia deben comprender estas dos dimensiones. Asimismo, el núcleo normativo es la “paridad de participación”, que implica que la distribución de los recursos materiales garantice la independencia y la “voz” de todos los participantes (condición objetiva). A su vez, que los patrones institucionalizados de valor cultural deben expresar el mismo respeto a todos los participantes y garantizar las mismas oportunidades para conseguir la estima social (condición intersubjetiva). (Fraser 2006)

A su vez, la paridad de participación es una norma de evaluación para las reivindicaciones de justicia que evita caer en juicios de valor, pues los que reclaman la redistribución deben demostrar que los acuerdos económicos contra los que luchan les niegan las condiciones objetivas para participar en pie de igualdad. En tanto para las reivindicaciones de reconocimiento esta norma conlleva un doble requisito. Los reclamantes deben demostrar, en primer lugar, que la institucionalización de las normas de la mayoría cultural les niega la paridad participativa (nivel intergrupala) y, en segundo lugar, que las prácticas cuyo reconocimiento se busca no nieguen la paridad participativa, tanto algún grupo de

miembros como a los no miembros (nivel intragrupal). Entendida la justicia en estos términos, el remedio a la injusticia sería la eliminación de los impedimentos para la paridad participativa. Cuestión que se puede abordar mediante dos estrategias generales: Afirmación y Transformación. Las estrategias afirmativas son aquellas que pretenden reparar las injusticias sociales generadas por las estructuras “invisibles” que sustentan la sociedad, justamente sin modificarlas. Por tanto, las soluciones para enmendar la injusticia distributiva se centran en el resultado final; si bien suministran una ayuda necesaria, al dejar intactas las causas que generan la mala distribución, son reparaciones superficiales que no erradican el problema. Más aún, al crear grupos beneficiarios, favorecen la diferenciación de grupos, reforzando así el estigma asociado al ser diferente. Así también, pretenden reparar la falta de reconocimiento mediante la revaluación de las identidades de grupo devaluadas, dejando intacto tanto los contenidos de esas identidades como las diferencias de grupo que subyacen a ella. En cambio, las estrategias transformativas son aquellas que pretenden eliminar las injusticias sociales modificando las estructuras que las generan. Consecuentemente, una solución transformativa de redistribución orientaría sus acciones para transformar las causas que originan la injusticia distributiva, con lo cual reducirían las desigualdades sin crear clases estigmatizadas, y a su vez, debilitarían las diferenciaciones de grupos. En tanto reparar la falta de reconocimiento implicaría la deconstrucción de las oposiciones simbólicas que subyacen a los patrones de valor cultural institucionalizados, desestabilizando las diferencias de estatus vigente, cambiando a su vez, la auto-identidad de todos. (Fraser, 1997)

Ahora bien, Fraser propone una “vía media” entre una estrategia afirmativa políticamente factible y otra transformadora programáticamente sólida, pero políticamente impracticable.

Estas estrategias captan las identidades de las personas y satisfacen algunas de sus necesidades, interpretadas dentro de los marcos de reconocimiento y redistribución vigentes, emprendiendo una trayectoria de cambio en la que, con el tiempo, terminan siendo practicables las reformas más radicales”. (Fraser 2006). En este caso tomar lo mejor de ambas soluciones implicaría atender las necesidades más urgentes de los grupos que ven limitada su atención en salud; pero dentro de un marco más amplio de acción. Teniendo en cuenta las causas de los problemas sanitarios que arrostran estos grupos.

### *1.6 Objetivos*

Siguiendo este planteo el presente trabajo tiene como **objetivo general** comparar las propuestas de los proyectos, “Proyecto VIH Uruguay” y “Centros de Salud Libres de Homofobia”, en base a la construcción conceptual previa “tipo ideal” de solución afirmativa y solución transformativa en las dimensiones Accesibilidad; Atención y Recursos Humanos, para satisfacer los requisitos de justicia de la diversidad sexual en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Identificar en cada una de las dimensiones cuanto se aproximan o se alejan del “tipo ideal” construido.
- Realizar una caracterización de ambas propuestas e identificar, si se equiparan a una estrategia afirmativa, transformativa o a una “vía media” entre ambas.
- Que los resultados de la investigación aporten conocimiento para avanzar en las acciones y políticas inclusivas de la diversidad sexual en la salud.

## Capítulo 2

### *Metodología*

#### *2.1 Postura Epistemológica*

Toda selección de una determinada perspectiva metodológica implica una reflexión previa en cualquier disciplina, más todavía, cuando su objeto de estudio presenta unas características tan ricas y peculiares como lo es la “realidad” social. Es esencial tener claro cómo concebimos dicha realidad, pues de ahí derivan las formas de conocerla.

El planteo anterior nos lleva a definir, someramente, el concepto de paradigma.

Un paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia en el cual están interrelacionados tres componentes esenciales: la naturaleza de la “realidad” investigada (supuesto ontológico); cómo se acerca y se relaciona el investigador con el “objeto” (supuesto epistemológico) y cómo llegamos a conocer dicha realidad (supuesto metodológico). Con lo cual, teoría; método e instrumentos disponibles quedan definidos y subsumidos dentro de éste. (Ritzer, 1993; Guba y Lincoln, 1994, citados en Valles, 2000)

El punto de partida es reconocer que el investigador es quien crea el objeto de estudio, pues, “al momento de seleccionar un fenómeno social del infinito acaecer de acontecimientos que se nos presentan en la vida, está presente la subjetividad del investigador, en tanto somos parte de un momento histórico determinado y pertenecemos a una cultura con sus particulares ideas de valor, las cuales se ven reflejadas en la construcción del *objeto* a ser comprendido”. (Weber, 1977: 50)

Así, la selección del tema está directamente relacionada con los procesos de lucha actuales por la justicia social enmarcados en una de las ideas de valor de nuestro tiempo y nuestra cultura occidental, a saber: de los Derechos Humanos.

## ***2.2 Estrategia de investigación. Elección metodológica***

“La elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador” (Taylor y Bogdan, 1987:104)

Así se optó por el método cualitativo, en tanto los objetivos de esta investigación pretenden llegar a la motivación y a lógica interna de las instituciones y actores implicados en la construcción de los proyectos que aquí se comparan, ese “lado no perceptible y no compatible con ecuaciones, medidas y estadísticas”. (Minayo, 2003: 18). Pero teniendo en cuenta que dicha elección es construir un proceso abierto y emergente que se va configurando a partir de las condiciones, hallazgos y objetivos de la investigación.

## ***2.3 Técnicas. Instrumentos de recolección de información***

Sobre la base de los objetivos de este estudio y el planteamiento del método cualitativo como escenario de éste se optó por dos modalidades de investigación cualitativa combinadas: el análisis documental, pues se consideró pertinente en tanto herramienta que posibilita realizar una reconstrucción del proceso de construcción de los proyectos analizados. A su vez, brinda la posibilidad de aproximarse a los fundamentos que sustentan las acciones desarrolladas en virtud de sus propósitos. A su vez, el interés se centró en los documentos no numéricos. Por tanto, se seleccionaron los documentos escritos, audiovisuales y visuales que se consideraron relevantes, así como campañas

sensibilizadoras realizadas por las instituciones y organizaciones promotoras de los proyectos desde su creación a la fecha. (ver Anexo.) La otra técnica elegida fue la entrevista semi-estructurada, cuya elección se sustentó en la intención de analizar e interpretar el discurso de los actores participantes en la creación e implementación de los proyectos estudiados. A su vez, elaborar documentos de naturaleza primaria, en tanto se considera fuente de documentación para la investigación. Así, Para la elección de los entrevistados se tomó en cuenta la posición de observación y actuación de las mismas en las instituciones de interés. Por otra parte, se prestó atención a la accesibilidad y disponibilidad de los mismos.

#### ***2.4 Estrategia y técnica de análisis***

Un “**tipo ideal**” “es una construcción rigurosa de conceptos puros (ideas), un cuadro ideal derivado de la teoría abstracta con el cual se mide la realidad a fin de esclarecer determinados elementos importantes de su contenido empírico con el cual se la compara. Para la investigación se plantea la tarea de determinar en cada caso en particular la proximidad o lejanía entre la realidad y la imagen ideal. (Weber, 1977: 60 y ss).

Se tomó como guía el modelo propuesto por Max Weber de “tipo ideal” de solución afirmativa y solución transformativa en el primer nivel de atención en salud para reparar la injusticia de la que son víctimas las personas LGBT. Tratándose del primer nivel de atención, dicha construcción se realizó en las dimensiones: Accesibilidad, Atención y Recursos Humanos. Tal ordenación no pretende ser un fin en sí mismo, el propósito es inferir algunas reflexiones relativas a la efectividad y coherencia de los proyectos institucionales en virtud de la justicia para la diversidad sexual. (ver Anexo)

**Cuadro: 2**

**Accesibilidad**

Solución Afirmativa	Solución Transformativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crear centros exclusivos y específicos.</li> <li>-Demarcar la población destinataria de dichos centros.</li> <li>-Mantener el estándar de horarios de consultas.</li> <li>-Brinda y difunde información delimitándola a un determinado aspecto de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mismas policlínicas de hospitales y mutualistas en todo el país.</li> <li>-No demarcación, atención universal a cada individuo atendiendo sus problemas específicos.</li> <li>-Ampliar los horarios de consultas.</li> <li>-Brinda y difunde información sobre salud en toda su dimensión.</li> </ul>

**Atención**

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Limitarse a la prevención y control de las afecciones consideradas más características o frecuentes en la población en cuestión.</li> <li>-Impulsan la investigación en determinados temas relacionados con la población objetivo.</li> <li>-Otorgan recursos financieros en el contexto de objetivos muy delimitados y específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No se limita al control y prevención, abre el abanico a todos los problemas de salud y tratamientos necesarios.</li> <li>-Impulsan la investigación en todos los temas inherentes a la población objetivo.</li> <li>-Otorgan recursos financieros de acuerdo a las necesidades demandadas por los usuarios.</li> </ul>
---	--

**Recursos Humanos**

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implican un enfoque limitado de la diversidad sexual.</li> <li>-Promover la formación del personal de salud basada en la tolerancia hacia los usuarios.</li> <li>-Médicos capacitados científicamente para la atención de la población no heterosexual, pero desde un paradigma patologizante.</li> <li>-Entienden que la diversidad sexual la conforman las personas no heterosexuales.</li> <li>-Consideran la sexualidad diversa como fase intrínseca a la adultez del ser humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implican un enfoque multidimensional de la diversidad sexual.</li> <li>- Promover la formación del personal de salud basada en el respeto de los derechos ciudadanos de los usuarios.</li> <li>-Médicos científica y espiritualmente capacitados para un abordaje inclusivo de la diversidad sexual.</li> <li>- Entienden que la diversidad sexual la conformamos todos los seres humanos.</li> <li>- Consideran sexualidad diversa como esencia del ser humano.</li> </ul>
--	---

Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico y las fuentes citadas en la descripción de las dimensiones en cuestión.

## Capítulo 3

### Resultados de la investigación

Luego del acercamiento a las fuentes documentales y a los actores de interés, se llegó a la instancia de valoración e interpretación de la información, labor que fue realizada en función de su pertinencia con el objeto de estudio, las categorías de análisis establecidas y las preguntas y objetivos de investigación.

**3.1 Afirmación – Transformación.** Siguiendo esta distinción que animó la construcción de los “tipos ideales” y retomando las dimensiones para las cuales se construyeron los mismos se comenzó el siguiente análisis.

#### 3.1.1 Accesibilidad

Respecto a la Accesibilidad se analizaron las propuestas en relación a las características de los centros de salud proyectados y la población destinada a los mismos, así como la información que se brinda a los usuarios de dichos centros.

#### Proyecto VIH Uruguay

En el marco del “Proyecto VIH Uruguay” fueron creados cinco Centros de Excelencia en Diagnóstico en coordinación con el sector público (Espacios De Inclusión Social y Acción - EDISA) destinados a dos de las poblaciones más vulnerables frente a vih/sida (trans femeninas, HSH y personas privada de libertad), los cuales se ubicaron en los departamentos de Artigas, Colonia, Cerro Largo, Maldonado y Montevideo, y dos Unidades Móviles que recorren el país. (*Guía de Atención a la Salud de HSH y trans femeninas, 2012: 9*)

El primer punto importante a señalar es que la ubicación de los centros significa un mejor acceso para muchas personas. No obstante, la creación de centros exclusivos para un grupo específico, en palabras de Fraser, podría estar imposibilitando la interacción a través de las diferencias, favoreciendo el separatismo. A su vez, podría ser considerado, por otros sectores de la población, como un privilegio inmerecido y una forma de malgastar recursos. Lo cual, en ambos casos, incrementaría el reconocimiento erróneo hacia estas personas. Considerando además que uno de los objetivos del proyecto es fortalecer la integración social, dicha delimitación estaría agudizando las divisiones que trata de reducir.

Por otra parte, centrarse exclusivamente en la infección de VIH, delimitando la población objetivo en torno a su vulnerabilidad frente a la misma, podría significar la cosificación de las personas que integran esta población. Pues al reconocer la identidad de grupo siguiendo este único eje, desdibuja las características individuales y otras necesidades de salud, simplificando drásticamente la complejidad de sus vidas y la multiplicidad de sus identidades. Además, no sólo no se conseguiría reparar la injusticia de la falta de acceso a la salud integral, sino reafirmaría el estigma asociado entre esta infección y las personas LGBT. Por otro lado, reforzaría los supuestos acerca de sus vidas (“población con hábitos de riesgo”) y el tipo de relaciones que establecen, con lo cual se estaría reproduciendo las ideas generalizadas que provocan la discriminación y la desigualdad. Así, lejos de abolir las diferenciaciones de grupos, no sólo se mantendrían sino que ayudaría a darles forma. Pues si lo que se pretende es erradicar los prejuicios existentes respecto al VIH, focalizar precisamente en el factor generador de los mismos, no parece ser el mejor camino para reducir el estigma y favorecer la integración social.

*“En Montevideo no fue en el centro de salud Maciel, que era de primer nivel, fue en el servicio de atención a las personas trabajadoras sexuales. Ahí en ese lugar más que estigmatizado socialmente se pone otra cosa más, entras ahí y sos meretriz o sos un hsh, es decir que te falta el cartel en la frente y ya está.”(Entrevista 7)*

Con respecto a la información, considerando la escasa formación que tienen los profesionales de salud con respecto a temas inherentes a la salud de la población LGTB, se juzgo importante la información que se presenta en los documentos destinados a los profesionales del primer nivel de atención en salud.

Si bien se mencionan varios temas de salud, se considera un tema prioritario y especialmente significativo en estas “poblaciones vulnerables” la atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Por lo cual se destaca una gran información sobre la situación del VIH en Uruguay para el mencionado sector y enfatiza sobre las infecciones de transmisión sexual. (*Guía de Atención a la Salud de HSH y trans femininas*).

Lo primero que se puede subrayar al respecto es la predisposición a correlacionar estas infecciones con las prácticas sexuales no heterosexuales. Por otro lado, se aborda desde el prejuicio, con una mirada desde el objeto que, en tanto perteneciente a “grupos de riesgo”, es portador y trasmisor de enfermedades. El problema que se plantea aquí es la dificultad para un abordaje que contemple las demandas particulares de cada individuo. Ver al usuario como sujeto con derecho a preguntar y obtener información según sus necesidades específicas de salud, implica tener una actitud libre de preconceptos. En este caso la situación es diferente, se acentúa la relación entre enfermedades contagiosas-grupos de riesgo-trabajadores/as sexuales.

### Centros de salud libres de homofobia.

El Centro de Salud de Ciudad Vieja de ASSE, ubicado en la ciudad de Montevideo (25 de mayo 183) fue el primer centro piloto reacondicionado en el marco del proyecto “Centros de Salud Libres de Homofobia”. Actualmente, se sumaron a esta experiencia la policlínica de Barros Blancos y la policlínica de ASSE que funciona en la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Hospital del Norte “Gustavo Saint Bois”, la cual brinda atención integral a personas trans y funciona en horario nocturno. (*Audiovisual “Centros de salud libres de homofobia”*).

Primer punto a destacar es que la centralización en Montevideo limita el acceso a muchas personas. No obstante estas policlínicas no fueron creadas especialmente, son centros de primer nivel de atención ya existentes y en los cuales se atiende toda persona asociada a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Si bien son pocas las policlínicas que hoy se pueden llamar libres de homofobia, cuentan con la ventaja de ser centros que promueven la interacción a través de las diferencias y previene el separatismo de grupos, pues no se plantean como centros exclusivos para la atención de un determinado “grupo de riesgo” con características negativas históricamente adjudicadas, más bien proponen trabajar un abordaje de forma integral del usuario, inhibiendo así una posible re-estigmatización del colectivo vinculada, por un lado, con la “inmerecida” destinación de recursos y, por otro lado, con la asociación a infecciones de transmisión sexual y especialmente el VIH.

En cuanto a la información se advierte la búsqueda de un cambio en la manera de abordar la interacción médico-paciente. Entendiendo que la clave para el buen manejo de la

información y asesoramiento que se brinda está dada por la actitud del profesional de salud, manteniendo una actitud abierta y realizando preguntas que posibiliten atender las necesidades del usuario y brindar la información y tratamientos acordes a sus necesidades. Así, la información no está limitada a priori, sino a posteriori, enfocada desde la diversidad pero dependiendo de la especificidad que cada persona. (*Audiovisual ¿Cuál es la diferencia?*).

La primera cuestión que se puede señalar con respecto a lo anterior, es el énfasis en la pregunta como método fundamental para establecer un proceso de información recíproca y sustancial entre el profesional de salud y el usuario que redunde en el bienestar de éste. Asimismo refleja la inquietud por hacer saber que hay otras cuestiones de salud relacionadas a la diversidad sexual que traspasan el área de la Salud Sexual y Reproductiva.

### **3.1.2 Atención**

Para analizar esta dimensión se analizaron los aspectos de la salud contemplados en cada uno de los proyectos. Así como lo relativo a la investigación y los recursos destinados a este sector de la población.

#### Proyecto VIH Uruguay

Este proyecto se centró en el diagnóstico y prevención del vih en HSH y Trans femeninas; (*Guía de Atención a la Salud de HSH y trans femeninas, 2012*) Así, la atención consistía en realizar el test rápido de VIH, sin posterior seguimiento, entregar insumos de prevención (preservativos masculinos y lubricantes) y vacunar contra la hepatitis B. Lo cual se contradice con los enunciados de este proyecto. Entre otros:

*“Los HSH y las trans femeninas pueden desarrollar resistencia si las y los médicos asumen y manifiestan que tienen mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual que los heterosexuales y si el riesgo de infección por VIH es el único foco de atención en la consulta”. (Guía de Atención a la Salud de HSH y trans femeninas, 2012:33)*

La contradicción está dada desde el momento que se plantean los EDISA como centros de diagnóstico de VIH a personas consideradas vulnerables a esta infección. Si el personal de estos centros anticipadamente “conoce” estas características atribuidas a los usuarios que espera atender, y además de ello, lo único que puede brindarle es un test de VIH, es poco probable que se puedan tener en cuenta otros aspectos de la salud y brindar una atención integral. Por su parte, las personas pueden sentir que la atención está focalizada en el riesgo de infección por VIH a razón de la manifiesta adscripción de las mismas a grupos de mayor riesgo de contagio.

*“Los objetivos tenían que ver con difundir y tratar de universalizar la detección del VIH, también de difundir y mejorar la calidad de acceso a la medicación y tratar de tener un mejor sistema de indicadores que permita saber la dimensión de la población afectada.”(Entrevista 1)*

Por otra parte, las características de financiación del proyecto (a cinco años con posibilidad de reducir el período según evaluación del desempeño) impedían consolidar un proyecto sustentable en el tiempo. Con lo cual quedaba anulada la posibilidad de establecerse como centros de referencia y atención perdurable. El Fondo Mundial otorga donaciones monetarias para las intervenciones agresivas contra el vih. Lo cual permite visualizar con mayor claridad que los recursos otorgados para este proyecto tenían que ver

fundamentalmente con el VIH (-Folleto “*Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay*”)

La incongruencia que se establece aquí, es que este proyecto pasó por alto sus propias sugerencias y las demandas del colectivo LGBT. Si bien proponen trabajar desde una perspectiva de derechos humanos y brindar una atención integral en salud, es evidente la falta de integralidad; pues se encauzó únicamente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Cuestión además, que hace caso omiso a los reclamos de atención de las personas que integran dicho colectivo.

Ahora bien, lo que buscó este proyecto fue reparar la distribución injusta en la participación como usuarios del sistema de salud, tratando de alterar la distribución final, o sea, posibilitar el acceso a la atención sanitaria a aquellos cuya participación es exigua. Procuró entonces reparar la injusticia en cuanto a las barreras de atención en salud de los potenciales portadores de VIH, centrándose en el estigma y discriminación asociado a esta infección. Pero al tratar de reevaluar a estos grupos definidos como “vulnerables” o “de mayor prevalencia” al VIH, y centrarse en el diagnóstico de éste, deja intactos los contenidos de esas identidades, pues acceden en tanto “personas afectadas y más vulnerables al VIH”. Así también, deja intacta la diferenciación de grupos que subyacen a dichas identidades, por un lado los “grupos de riesgo” y por otro los que no significan una amenaza para la vitalidad del sistema. Lo cual dificulta la posibilidad de una perspectiva integradora, que incluya y transforme todo el sistema de salud.

En cuanto a investigación lo primero que se advierte es que la temática estuvo vinculada al VIH y/o mujeres trans, cuando no al trabajo sexual. Así también, la bibliografía consultada para la realización de los trabajos en su mayoría versa sobre esta epidemia.

Lo cual marca cierto sesgo en las inquietudes de investigación que parecen responder a necesidades de justificación del propio proyecto y no al compromiso de mejorar la calidad de atención para la población objetivo. Por otra parte, con la asociación que se establece aquí entre determinadas prácticas sexuales; enfermedades de transmisión sexual y trabajo sexual, se corre el riesgo de omitir las causas sociales de vulnerabilidad frente a dichas infecciones. Al considerar estas tres variables intrínsecamente unidas se desvanece la apreciación que esta situación de vulnerabilidad es el resultado de los acuerdos sociales inequitativos que ponen en desventaja a esta población, aislándola de todas las esferas sociales, resultando como única vía de supervivencia el trabajo sexual.

#### Centros de Salud Libres de Homofobia

En cuanto a los aspectos de la salud, este proyecto apuesta a un servicio que atienda las necesidades y características de una persona, con una mirada más amplia de lo que significa la salud, abordando las intervenciones comunitarias, la educación, la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (*Audiovisual “Centros de Salud Libres de Homofobia”*)

Así también, plantea otros aspectos vinculados a la salud de varones gays y bisexuales; de mujeres y varones trans y de mujeres lesbianas y bisexuales, tales como violencia doméstica; salud cardiovascular y hábitos saludables, hormonización; adopción; reproducción asistida y cuidado de las mamas, entre otros. (*“Al fin un folleto que me habla”*)

Primer punto a destacar aquí es que no hay asociación con ninguna enfermedad en particular. Si bien se formulan muchos aspectos de salud específicos a tener en cuenta a la hora de atender a una persona del colectivo LGBT, se advierte una perspectiva diferente que en el otro proyecto. Mientras aquel plantea sus objetivos en términos más abstractos como “población de riesgo” o “población vulnerable”, este lo hace en términos particulares, como “personas” que necesitan y tienen derecho a una atención de calidad.

Por otro lado, con respecto al VIH en particular, busca descentralizar la atención, sin asociar orientación sexual y/o identidad de género con VIH, sino desde la perspectiva de atender a personas que tienen VIH, sin importar su sexualidad. O sea que se plantea una política más integral que no se centra sólo en el punto de la epidemia. Se presume entonces, la intención de desmitificar la relación entre homosexualidad y enfermedades infecciosas y abordar la inclusión en la salud de las personas LGBT desde una perspectiva de integración; brindando una atención adecuada e integrada de acuerdo a las características y necesidades de cada persona; considerando las necesidades específicas de las diferentes sexualidades, pero incorporándolas como parte de una atención integral de salud. Lo cual estaría neutralizando la cosificación de las personas LGBT. Al tiempo que estaría proponiendo la desestabilización de la oposición binaria entre homosexualidad y heterosexualidad. En tanto reconoce la complejidad y la multiplicidad de las identidades sexuales, procura transformar la autoidentidad de todos los individuos, sin limitarse a mejorar la situación de desigualdad en la atención reforzando la diferenciación por orientación sexual o identidad de género.

En cuanto a investigación se refiere, se percibe el interés por parte de los participantes de este proyecto en estudiar e investigar diversos temas relacionados con la población LGBT que no han sido trabajados anteriormente, tales como, patologías rectales, adulto mayor y diversidad sexual, así como de profundizar en procesos de hormonización para personas trans.

También está trabajando con la Cátedra de Ginecología en la clínica Ginecología A del Hospital Pereira Rossell, realizando cirugías de reasignación de sexo a pacientes trans. Egresados y estudiantes están participando en los cursos en calidad de docentes algunas veces. Aunque este tema queda fuera de los límites de este trabajo, por tratarse de un nivel de atención más elevado, se juzgó pertinente mencionarlo en tanto está muy conectado con el trabajo desarrollado por este proyecto. Por otra parte, ASSE está invirtiendo recursos para brindar la hormonización de los pacientes que lo requieran.

La enjundia de este punto es que el interés por investigar temas de salud vinculados a las características y necesidades de las personas LGBT demuestra el reconocimiento de sus especificidades en salud. Al tiempo que respeta el derecho de las mismas de recibir una atención conforme a sus demandas.

En este sentido, este proyecto parece romper con la tradicional falta de interés por parte de los profesionales de salud en esta población e impulsar la investigación y el conocimiento de las múltiples dimensiones de salud que afectan a las personas LGBT. Asimismo, parece aplicar el conocimiento y los recursos disponibles para mejorar la calidad de atención y seguir avanzando hacia una cobertura integral de salud.

*“Los centros de salud tienen que ser de calidad, de buena atención, de respeto, de profesionalismo. (...) Lo que se precisa es un servicio integrado, se precisa una concepción distinta, totalmente distinta. Vos tenés que adaptar criterios de atención en una gestión que sea de calidad, de nivel, de seguridad” (entrevista 2)*

Por otra parte, las características de este proyecto permiten pensar en la posibilidad de continuidad en la atención, aspecto fundamental cuando se habla de brindar atención integral, pues implica integrar todos los temas de salud que una persona enfrenta a lo largo de su vida, y no atender un problema puntual de salud en un determinado período de la vida. No obstante, la atención integral a personas trans se mantiene centralizada en Montevideo, por lo cual es dable inferir que muchas de las personas que necesitan una atención especializada y adecuada a sus necesidades siguen sin acceder a ella.

### ***3.1.3 Recursos Humanos.***

En esta dimensión se atendieron las cuestiones relativas a los cánones que rigen la formación de los profesionales de salud en relación a la “diversidad sexual”.

#### **Proyecto VIH Uruguay**

En el marco de este proyecto se realizaron talleres de sensibilización sobre prevención y atención integral del VIH/SIDA, a cargo de la Facultad de Medicina del CLAEH; el Fondo Mundial y el Ministerio de Salud Pública. Los mismos tuvieron como objetivo la sensibilización de estudiantes y personal de salud sobre la atención amigable y libre de homo y transfobia. Entendiendo que para ello es necesario brindar a los profesionales de la salud información dirigida a promover una mejor comprensión de la sexualidad, a su vez

fortalecer la capacidad de éstos para tratar las necesidades médicas diferenciadas de los HSH y de las personas trans femeninas. (*Taller de sensibilización sobre prevención y atención integral del VIH/SIDA*). Por su parte, MYSU realizó tres cursos en diferentes policlínicas de ASSE y uno en el Anexo de la Regional Norte UdelaR de Salto que tuvieron como cometido combatir actitudes de estigma y discriminación que actúan como barreras para el acceso a la atención en salud. (*VIH-Estigma y discriminación. ¿Sabés lo que hicimos? MYSU, 2013*).

Lo primero que se puede plantear con respecto a estas instancias de capacitación es que parecen querer vencer el estigma y la discriminación en relación al VIH. Pues la apariencia inicial parece trabajar desde una perspectiva de promoción y protección de los Derechos Humanos. Mas ésta apariencia puede ser engañosa. En primer lugar, la permanente mención al VIH asociado a la población objetivo obliga a pensar que el derecho del cual se habla es el de convivir dignamente con esta infección.

Entre otras cosas se plantea la necesidad de fortalecer la capacidad de los profesionales de salud para atender “las necesidades médicas diferenciadas de los HSH y las mujeres trans”. Ahora bien, en un proyecto que orienta sus acciones hacia las personas que entiende son las más afectadas por el VIH, cuáles son esas necesidades diferenciadas a las que alude. Todo parece indicar que estuvieron relacionadas con el VIH, de lo contrario existió una gran contradicción entre el discurso y la praxis.

Por otra parte, de acuerdo con el planteo conceptual, si se define a la diversidad sexual en base al prejuicio de vulnerabilidad frente a ITS, es muy probable que este concepto englobe a un determinado grupo de personas dejando fuera a otros. Por tanto, capacitar a los

profesionales de la salud desde esta perspectiva implica la clasificación de este grupo de acuerdo a sus “patologías”. Lo cual rayaría en considerar que las personas cuya práctica sexual conlleva un riesgo mayor frente a las ITS son las que conforman la diversidad sexual, ergo las personas no heterosexuales.

Así también, centrarse en las “consecuencias” de las prácticas sexuales, como única forma de atender las necesidades en salud de la diversidad sexual, implica entender que la sexualidad diversa es consustancial a las personas adultas. El problema que se presenta aquí es que si se capacita a los profesionales de salud desde esta perspectiva, es muy probable que se siga reproduciendo lo que hasta ahora se trata de erradicar, precisamente, el estigma asociado a la “opción” sexual. Por el contrario si se trabaja desde un abordaje más amplio de lo que significan las sexualidades diversas, es más factible entender que no se trata de una elección, y por tanto reconocer a las múltiples orientaciones sexuales e identidades de género como características constitutivas de la humanidad.

De acuerdo al marco conceptual, la capacitación intentó reparar la falta de respeto hacia los HSH y trans femeninas en los servicios de salud, trabajando en la revaluación de sus identidades en tanto grupos despreciados e intentando elevar la autoestima de los mismos. Pero sin modificar los contenidos de esas identidades y las diferenciaciones de grupos que hacen a tal identificación.

#### Centros de Salud Libres de Homofobia

En el marco de este proyecto se comenzó a trabajar desde el año 2012 en cursos para estudiantes de psicología; medicina; enfermería y parteras orientados en temas de diversidad sexual. Los mismos se dictan en dos modalidades: una como materia optativa y

la otra como curso de formación permanente para egresado de carreras del área de la salud e integrantes de equipos del SNIS, con énfasis en el Primer Nivel de Atención. (Entrevista 6)

Los objetivos manifiestos son promover que los/as profesionales de la salud integren el enfoque de diversidad sexual basado en los derechos sexuales y reproductivos en la promoción y atención de salud de las personas LGBT; actualizar a profesionales de la salud en los nuevos enfoques para la promoción y atención de la salud de las personas LGBT; generar un espacio de intercambio entre distintos profesionales de la salud donde compartir experiencias y fomentar buenas prácticas con respecto de la atención a población LGBT y habilitar que profesionales de distintas áreas de la salud conozcan los elementos básicos de los abordajes de otras disciplinas favoreciendo la integralidad de la atención. (*Programa 2014 del Curso Salud y Diversidad Sexual Facultad de Medicina- UdeLaR, Facultad de Psicología-UdeLaR, Colectivo Ovejas Negras, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.*)

Aquí la perspectiva desde la cual se trabaja para formar a los profesionales de la salud no se limita a promover el buen trato solamente, incorpora también los conocimientos necesarios para generar aptitudes profesionales acorde a las necesidades de las personas LGBT. Por otro lado, la prevención de enfermedades no se plantea como respuesta a un problema específico, sino como un derecho de los individuos a recibir atención médica siempre que la necesiten y a lo largo de todas las etapas de sus vidas.

Asimismo, se trabaja desde el paradigma de usuario sano, no aparece el VIH como enfermedad inherente a la condición de homosexual o trans, ni se destacan otras

enfermedades, por lo cual cambiaría la percepción que tradicionalmente se ha tenido en el área de la salud con respecto a las personas LGBT, y particularmente, hombres gays y mujeres trans. A su vez, al integrar en la capacitación este enfoque de respeto al ejercicio de los derechos de la diversidad sexual, podría impulsar el interés de los profesionales y estudiantes de la salud a incorporar nuevos conocimientos que contribuyan a mejorar la calidad de atención, lo cual tendría un efecto transformador en el sistema de salud. Así también, incluye en el contenido de los cursos elementos que dan cuenta que la orientación sexual y la identidad de género son determinantes sociales de la salud en tanto el estigma y la discriminación asociado al “ser diferente” impactan en el bienestar físico, mental y social, condicionando las formas de vivir y morir de los individuos. Lo cual ayudaría a entender que la salud de las personas LGBT abarca dimensiones que trascienden la epidemia del VIH.

Por otra parte, es muy significativa la participación en la formación de los recursos humanos la Universidad de la República desde el Área Ciencias de la Salud, a saber, la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología, pues integrar la perspectiva de diversidad sexual en el proceso de formación profesional, estimularía el desarrollo de las capacidades necesarias para brindar atención integral, favoreciendo la transformación de la estructura actual binaria y heterosexista de valores. No obstante, la temática no se incorpora en todas las especialidades médicas, y en algunos casos, como Pediatría, no se aborda el tema. Lo cual deja un vacío en torno a las identidades trans en la infancia y adolescencia.

### ***3.2 Paridad participativa. Como camino democrático hacia la justicia***

Se incorpora aquí la dimensión política de la justicia que, al ser el medio donde se libran las batallas acerca de la redistribución y el reconocimiento, tiene que ver fundamentalmente con la representación. En este caso la injusticia es la exclusión, pues tiene lugar cuando las reglas de decisión niegan, injusta y sistemáticamente, a algunas personas la posibilidad de participar en pie de igualdad con los demás. Por tanto, el remedio correspondiente es la democratización. (Fraser, 2005)

Ahora bien, existen dos posibilidades de alcanzar la justicia política: mediante los enfoques monológicos, lo cuales conceden a un sujeto la autoridad para interpretar y operativizar los requisitos de la justicia. Postura que omite la pluralidad de perspectivas razonables sobre la mejor manera de interpretar los requisitos de la justicia. Asimismo, no reconoce que la justicia no es un requisito impuesto desde afuera, determinado por instancias superiores a las personas a las que obliga. Sino que vincula en tanto sus destinatarios pueden también considerarse con razón como sus autores.

La segunda posibilidad sería fomentar la deliberación ciudadana sobre la mejor manera de implementar los requisitos de la justicia. No obstante esta postura puede caer fácilmente en formalismos sin contenido a causa de los compromisos democráticos que llevan a prescindir de contenidos fundamentales acerca de la justicia. (Fraser, 2006)

Por tanto, para establecer un equilibrio entre estas dos alternativas es necesario un enfoque que distinga el punto donde acaba la argumentación teórica y comienza el juicio dialógico. Así, a los teóricos les corresponde la delimitación del conjunto de normas y programas compatibles con los requisitos de la justicia y a los ciudadanos escoger de entre éste conjunto de opciones aceptables. (ibídem)

Entendiendo entonces que ésta norma debe aplicarse armónicamente entre el análisis conceptual de las propuestas institucionales y la deliberación ciudadana que permita a los participantes expresarse, discutir y reflexionar acerca de la mejor manera de garantizar la paridad participativa, se va a utilizar como forma de evaluar los remedios a la injusticia que proponen ambos proyectos.

En este sentido, el proyecto VIH Uruguay, fue impulsado por la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA), creada en el año 1993 con el propósito de promover la salud y la prevención específica del VIH/SIDA. (Decreto n° 409/993); financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. A su vez, participaron distintas organizaciones civiles de nuestro país (MYSU, Centro Virchow, ANNI, InLatina) El primer punto a destacar es que ninguna de las organizaciones que idearon este proyecto representa a la comunidad LGBT, y tampoco trabajan temas relacionados con diversidad sexual. A su vez, no existió una instancia de participación y diálogo mediante la cual se llegara a un acuerdo acerca de las necesidades/demandas de las personas LGBT.

Así pues, parece que la propuesta de trabajar en la inclusión de la diversidad sexual en la salud, fue aleatoria. En tanto la meta era ganar la donación para trabajar con VIH, se buscó la población que mejor se ajustara al perfil que exige el Fondo Mundial, a saber: epidemia concentrada en poblaciones vulnerables al VIH y otras ITS. Por tanto, parece que el proyecto se crea en base a argumentos teóricos acerca de estas enfermedades y no en base a un proceso de reflexión y diálogo entre los beneficiarios del mismo y los que lo gestionaron.

*“Se decide que sea la ANII, problema porque la Agencia Nacional de Investigación e Innovación no tenía trayectoria en estos temas. Entonces este tipo de proyecto era medio forcé, pero lo aceptó porque si no, no había otra instancia que realmente cumpliera las condiciones que exige el Fondo para la gestión de estos recursos”* (Entrevista 1)

Por su parte, el proyecto “Centros de Salud Libres de Homofobia” surge a partir de una situación en el Centro de Salud Ciudad Vieja vinculada a una persona homosexual que derivó en una mesa de diálogo entre varios actores sociales, (Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de UdeLaR, Colectivo Ovejas Negras, Área de Salud Sexual y Reproductiva de MSP y UNFPA), dando origen al proyecto en cuestión.

El primer punto relevante es la participación de las personas LGBT en la construcción de estrategias necesarias para lograr una mejor distribución de los recursos en salud y el reconocimiento de sus necesidades específicas, así como del derecho a una atención integral que garantice la equidad en la salud. Lo cual supone que fue un proceso reflexivo acerca de las diversas situaciones que tienen que enfrentar las personas LGBT en los centros de salud, situado en el contexto del nuevo marco normativo que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, que entre otras cosas expresa que “la protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud” (Ley 18.211)

*“Al finalizar el ateneo se planteó la posibilidad de seguir hablando de estos temas (...) empezar a pensar juntos.”* (Entrevista 3)

## Capítulo 4

### *Conclusiones.*

Contiene las reflexiones finales acerca del carácter real de los proyectos y la distancia que éstos toman respecto al tipo ideal construido.

En cuanto a las características del Proyecto VIH Uruguay se aproxima a una estrategia afirmativa. En primer lugar, intentó remediar la falta de acceso al primer nivel de atención, creando clases estigmatizadas de personas vulnerables. A su vez, simplificó las necesidades de atención en salud en el eje del VIH, contribuyendo de esta forma a reforzar la asociación entre esta epidemia y la diversidad sexual, particularmente con las mujeres trans.

Así también, fue creado desde una mirada patologizante de la diversidad sexual, lo cual se tradujo claramente en la propuesta de los centros EDISA con el enfoque tradicional de atención centrado en el VIH. Fue un proyecto que no logró la coherencia entre lo discursivo y las medidas tomadas, pues pretendió la inclusión del grupo que definió como diversidad sexual mediante una estrategia decididamente separatista que, lejos de favorecer la integración, reafirmó la diferenciación de grupos de acuerdo a la vulnerabilidad frente al VIH.

Por otro lado, la demarcación de la población objetivo se estableció en términos de objetos de intervención que, en tanto potenciales portadores de la epidemia, se debía tener controlados para asegurar la salubridad colectiva y no para asegurarle las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de sus derechos.

Asimismo, en términos de paridad participativa, fue deliberadamente impuesto por instancias superiores a las personas que estaba dirigido, pretendiendo además imponer un modelo de inclusión favorable a las prácticas médicas conservadoras en perjuicio de la creación de un modelo inclusivo e integrador que elimine los obstáculos para la paridad en el primer nivel de atención. Por tanto, es un proyecto que no justifica la reivindicación de inclusión de la diversidad sexual en la salud. En primer lugar, porque fue un proyecto en el cual no participaron todas las partes implicadas en él. Se creó a partir de decisiones convenidas entre actores que interpretaron autoritariamente los requisitos de inclusión, con un fuerte sesgo conservador en relación a las necesidades en salud de estas personas. En segundo lugar, no promovió ningún cambio en el modelo de atención, sino que sustentó sus acciones en el paradigma tradicional que considera a estas personas como “grupos de riesgo”. Por último, la demarcación del grupo beneficiario dejó fuera a un sector de la población LGBT, con lo cual negó la paridad de inclusión a mujeres lesbianas, bisexuales y varones trans.

Asimismo, un proyecto que entendió que reparar la falta de reconocimiento era una cuestión de autorrealización, que la solución al problema consistía en elevar la autoestima de las personas afectadas y promover el respeto de la identidad de las mismas, pero sin dispensar las condiciones necesarias para la paridad en los servicios de primer nivel de atención. Por tanto, no se puede clasificar de acuerdo a la concepción de justicia que se adopta en este trabajo, cuya norma es la paridad participativa.

En consecuencia, un proyecto inconexo con las demandas actuales de inclusión basadas en una perspectiva integral que garantice el respeto y el goce del derecho a la salud de las personas LGBT.

En tanto el proyecto “Centros de Salud Libres de Homofobia” en términos de paridad participativa encontró el equilibrio necesario para satisfacer justificadamente los requisitos de justicia. Por un lado, es una política que pretende garantizar a todas las personas LGBT, tanto en la redistribución de los recursos en salud como en el reconocimiento de sus derechos, las condiciones necesarias para la paridad participativa en la atención en salud. Por otro lado, el medio para tal objetivo discurrió por éste mismo camino democrático; en tanto surgió a partir de instancias de diálogo y reflexión colectiva entre las personas que estaban reclamando el acceso igualitario a los servicios de salud y quienes los brindan.

Asimismo, es una propuesta que justifica su intento de remediar la falta de acceso a los servicios de salud de las personas LGBT por dos razones; primero, incluye a todas las personas LGBT y segundo, al trabajar desde la perspectiva integral de salud, no introduce disparidades en el sistema de salud.

En cuanto a las características comparables con la tipología construida, es una estrategia de apariencia afirmativa que, sin tenerlo como objetivo último, tuvo la necesidad de dar un paso afirmativo, adaptando los centros libres de homofobia y resaltando la especificidad de las personas LGBT para poner al descubierto sus necesidades en salud y reclamar el derecho a la plena participación y acceso al sistema sanitario. Si bien actualmente se trabaja en acciones afirmativas de la población LGBT, es un proyecto comprometido en reformas más radicales, pues no establece sus metas en términos de “población objetivo”, no delimita

las necesidades de salud a un solo aspecto y trabaja en la capacitación constante de los recursos humanos para que sean capaces de acompañar y contribuir a un modelo de atención igualitario, inclusivo y democrático. Por tanto, un proyecto que se puede clasificar como una estrategia intermedia que tomó el carácter práctico de la afirmación con el empuje radical de la transformación.

Si bien, este brío transformador se ve favorecido por factores contextuales, como los principios de la reforma sanitaria y el marco legal que reconoce derechos a las personas LGBT, es primordial el desempeño de las instituciones educativas, especialmente de la Universidad de la República como formadora de profesionales de todas las áreas del conocimiento y particularmente de la Facultad de Medicina, en tanto es la institución que forma a la mayoría de los profesionales de la salud, de ésta dependerá que los recursos humanos en salud estén capacitados para integrar en la atención cotidiana el abordaje de cualquier tema de salud de la comunidad LGBT.

Por otra parte, para alcanzar la justicia en termino de paridad participativa es necesario trabajar de forma paralela con políticas sociales de inclusión social, acompañadas del compromiso político de planificación y gestión, y que a su vez sea éste un proceso democrático, en el cual todas las personas involucradas tengan la misma posibilidad de participación y deliberación frente a los requerimientos de justicia.

Es aquí donde queda en el tintero la invitación a pensar en la responsabilidad social de quienes llevan a cabo las decisiones estratégicas en las diferentes instituciones. Una responsabilidad social de cara al compromiso de transformación hacia una sociedad justa e inclusiva que garantice a todos sus habitantes las condiciones para la paridad participativa.

## **Bibliografía**

Alonso, L. (2003). La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa., 2<sup>da</sup> Ed., Madrid. Editorial Fundamentos.

Allport, G. (1954). La naturaleza del prejuicio. Buenos Aires. Ed. Universitaria

Bernal, M (2010) Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, transgenetistas). Bogotá, Colombia Diversa.

Cavalleri, F; Meré, J; Modzelewski, H; Freitas, P; Puiggrós M; Birriel, M; Domínguez, S; Calvo, M. (2011) Montevideanxs: textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria "Derechos, jóvenes LGBT y VIH/SIDA". Montevideo. Colección Interdisciplinarias 2012. Universidad de la República

Conde, F.; Pérez A. (1995) La investigación cualitativa en salud pública. Revista Española Salud Pública. Vol. 69 N°. 2 Marzo-Abril 1995. Pags: 145-149

Ferreira, B; Campero, R 2008 La situación de la diversidad sexual en Uruguay. Centro de Estudio de Género y Diversidad Sexual. En: Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2008. Montevideo, Serpaj

Fraser, N (1997). Iustitia Interrupta: reflexiones críticas desde la posición "postsocialista". Bogotá. Siglo del Hombre, Universidad de los Andes.

Fraser, N (2005). "Redefiniendo el concepto de justicia en un mundo globalizado. Anales de la cátedra Francisco Suarez. Revista de Filosofía Jurídica y Política. Vol (39) 69-87.

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

Jaime, M (2013). Diversidad Sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Buenos Aires. CLACSO.

Liendo, G (2011) Opinión pública y homosexualidad: una relación cada vez más respetuosa. En: Análisis crítico. Sexualidad, reproducción y desigualdades de género. Encuesta 2011/Perú. Promsex.

LLeras, C (2011) La justicia es ciega ante la evidencia de crimen por prejuicio. En: Impunidad sin fin. Informe de derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y personas trans en Colombia. Colombia Diversa. Bogotá

López, P; Ferrari, F. (2008). Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad. Montevideo: Gurises Unidos.

Lukomnik, J. (2013). La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para las personas trans. Informe final. Dirección Nacional de Políticas Sociales. Montevideo: MIDES,

Lukomnik, J; Ramos, M (2012). Relevamiento de necesidades de salud en personas trans. Montevideo: MYSU

Minayo De Souza, M. (2003) Teoría, método y creatividad. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Ministerio de Salud (2011) Identidades diversas, los mismos derechos. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo. Diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos. Presidencia de la Nación. Argentina

Ministerio de Salud Pública (2009). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad Sexual. Montevideo, MSP.

Ministerio de Salud Pública (2012) Guía de atención a la salud de hombres que tienen sexo con hombres y trans femeninas. Documento de trabajo. Primera versión. MSP, Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial- Sida. Área de Salud Sexual y Reproductiva DPES-MSP.

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

Ministerio de Salud Pública (2015). Salud y Diversidad Sexual. Guías para profesionales de la salud. MSP, ASSE, UdelaR, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, Ovejas Negras, UNFPA. Montevideo, MSP

Muñoz, C; Aguiar, S; Dagnone, L; Robaina, G. (2012). Reclusión a la prostitución: a través de ti...travesti. En: Alberto Riella, (coord.). El Uruguay desde la sociología X. Diversidad cultural, discriminación e inseguridad. Cuidados, fecundidad, educación y género. Desigualdades sociales, desarrollo territorial y movilidad. Gestión de recursos humanos, capital social y acción sindical. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Montevideo: UR.FCS-DS.

Organización Panamericana de la Salud. (2013) Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas

lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento de exposición de conceptos. CD52/18, Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua, Guatemala, Guatemala.

Ortí, A (1992). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En: Ibáñez, J. Alvira, F. (Comp.) El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Editorial Alianza Universidad Textos. Madrid

Pérez Álvarez, A. (2013). Del armario al escenario. Políticas Públicas y diversidad sexual en Cartagena de Indias y el Caribe Colombiano. En: Cuadernos de Políticas Públicas N° 5. Cartagena, Bolivar.

Queiruga, Á; Sempol, D. (2012). Diversidad sexual: violencia y políticas sociales. En: Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2012. Montevideo Serpaj

Ramos, V; Forrisi, F; Gelpi, G. (2015). Nociones Básicas Sobre Sexualidad, Género y Diversidad: Un lenguaje común. En: López, P., Forrisi, F., Gelpi, G. (comp.), Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. (Cap. 1). Montevideo: UdelaR; ASSE, MSP, OVEJAS NEGREAS, UNFPA.

Sempol, D. (2013). La renegociación del orden sexual: cambios permanencias. En: Sempol (Coord.) Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe final. Montevideo: MIDES

Sempol, D. (2012). Políticas públicas y diversidad sexual. Hablando de Derechos/DESC+A. Charlas de información En Derechos Humanos. MIDES Montevideo:

Sosa, A; Rosselli, K; Forrasi, F. (2015). Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. En: López, P., Forrasi, F., Gelpi, G. (comp.), Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. (Cap. 1). Montevideo: UdelaR; ASSE, MSP, OVEJAS NEGREAS, UNFPA.

Suárez, M (2012) Hacia una Igualdad Sustantiva. Realidades y perspectivas de la normativa vigente para la inclusión social de la diversidad sexual. MYSU: Montevideo.

Taylor, S.; Bogdanr. (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Barcelona.

Valles, M. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 2<sup>da</sup> Ed., Editorial Síntesis. Madrid

Weber, M. (1977). Sobre la teoría de las ciencias sociales. Editorial Península, Barcelona.

Páginas Webs:

Cáceres, C; Talavera, V; Mazin, R (2013) “Diversidad sexual, salud y ciudadanía”. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol.30 N. 4 Lima Oct/Dic. Artículo Especial. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000400026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000400026&script=sci_arttext)

Duranti, R (2011). Diversidad Sexual. Conceptos para pensar y trabajar en salud. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ar/sitio/archivos/diversidadsexualygenero.pdf>

Identidades Diversas, los mismos derechos. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo (2011). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000574cnt-Identidades%20Diversas%20los%20mismos%20Derechos.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. (s/d) “Estigma y discriminación hacia las personas con VIH/sida. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm#hablamosStigma>

ONUSIDA (2008). “Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países”. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521\\_stigmatisation\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf)

OPS-OMS (2013) Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe Disponible en: [http://www.aidstarone.com/sites/default/files/Por la Salud de las Personas Trans.pdf](http://www.aidstarone.com/sites/default/files/Por%20la%20Salud%20de%20las%20Personas%20Trans.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción- Antigua Guatemala, Guatemala. Disponible en: [http://www.sus.org.uy/images/96/salud\\_sexual\\_oms\\_ops\\_was.pdf](http://www.sus.org.uy/images/96/salud_sexual_oms_ops_was.pdf)

PNUD (2014). América Latina Genera. Gestión del conocimiento para la igualdad de género. Disponible en: [http://www.americlatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=301&Itemid=166](http://www.americlatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=301&Itemid=166)

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

Proyecto VIH Uruguay.( 2012) Disponible en: <http://www.proyectovihuruguay.org/>

Silva, Glauber Weder Dos Santos; Sena, Romeika Carla Ferreira De; Cassiano, Alexandra Do Nascimento; Sobreira, Maura Vanessa Silva; Miranda, Francisco Arnaldo Nunes De (2016) Diversidade sexual e homofobia: o conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde de família. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*; 8(1): 3725-3739, jan.-mar.

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

USAID. (2013). “Ampliándonos hacia los diverso. Manual de capacitación sobre salud sexual y reproductiva para profesionales de atención primaria en salud.” Disponible en:  
[http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One\\_LAC\\_Training\\_Manual.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_LAC_Training_Manual.pdf)

