



cuadernos del UNFPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Uruguay. Año 9. Nº8. Noviembre 2015.

serie divulgación

Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay

Cecilia Rocha Carpiuc



serie divulgación

Experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay

Cecilia Rocha Carpiuc



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
Uruguay

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de UNFPA, su Junta Directiva y los Estados miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

© 2015, UNFPA.

Diseño e Impresión: Imprenta Rojo S.R.L.

Edición amparada al decreto 218 / 996

Depósito legal 367.857

Imprenta Rojo S.R.L.

ISBN: 978-92-990077-8-5



contenido

Prólogo.....	5
Presentación.....	7
1. Introducción	9
2. Marco normativo regional e internacional.....	12
3. Antecedentes y marco normativo nacional	16
4. Experiencias en salud y diversidad sexual	21
4.1 Centros de Salud Libres de Homofobia.....	21
4.2 Atención a personas trans en la UDA del Primer Nivel de Atención/ASSE Saint Bois	24
5. Buenas prácticas y lecciones aprendidas.....	28
6. Desafíos	30
7. Reflexión final.....	34
8. Referencias: bibliografía consultada y presentaciones citadas.	35
9. Glosario de siglas y acrónimos	37
ANEXO	38



Cecilia Rocha Carpiuc es Licenciada en Ciencia Política y Magíster en Políticas Públicas y Género. Integra el Sistema Nacional Investigadores y es profesora asistente del Área de Política, Género y Diversidad en el Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.

Este documento se basa en exposiciones de experiencias realizadas por distintos profesionales e instituciones, detallados en la Presentación de esta publicación.



Prólogo

El proceso de reforma de la salud en Uruguay, significó importantes desafíos para las instituciones, públicas y privadas, que pasaron a conformar el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Con la Rectoría y el Ministerio de Salud Pública (MSP), este Sistema se implementó en el territorio nacional, a través de convenios de complementación entre los diferentes efectores de salud. El trabajo interinstitucional, permitió sustanciales avances en materia de accesibilidad a los servicios de salud y mejora de la calidad de atención.

En este contexto, las políticas en Salud y Diversidad Sexual en Uruguay, han sido fruto de la conjunción de saberes y acciones entre la Academia, la Sociedad Civil Organizada y las Instituciones Estatales, catalizada por la cooperación internacional. Este proceso, que se ha ido visibilizando de forma paulatina desde las anteriores administraciones, llega hoy a un momento clave en su historia. En este sentido, se hace necesario que nuestros esfuerzos en abordar los temas de salud de la población de lesbianas, gays, bisexuales y trans, puedan traducirse en acciones concretas, que garanticen una inclusión real en cada servicio.

En la consecución de este objetivo, es de orden reconocer el rol protagónico que viene desempeñando la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que por su carácter de referente nacional, ha liderado la tarea de aumentar el acceso a las personas que tienen barreras para atender su salud, ya sean estas geográficas, económicas, culturales o por discriminación. Es importante entonces, valorar algunas experiencias que tuvieron lugar en centros de ASSE, donde el diálogo permanente con las organizaciones sociales y el foco en la formación de recursos humanos, han sido piedras angulares.

Es de destacar la alianza conformada entre el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Colectivo Ovejas Negras, ASSE, el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP y la Universidad de la República con el impulso del Instituto de Psicología de la Salud (Facultad de Psicología), el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y la Cátedra de Enfermedades Infecciosas (Facultad de Medicina). Esta alianza ha trascendido el trabajo concreto en un servicio, y ha colaborado para poner el tema en la agenda.

En este cuaderno, se recogen dos experiencias: la de los Centros de Salud Libres de Homo/Lesbo/Transfobia y el servicio vespertino de atención a personas trans de la Unidad Docente Asistencial de Hospital Saint Bois. Estos procesos, han significado una mejora sensible en la calidad de atención, desde una óptica de respeto de los derechos humanos, de inclusión y de equidad, que han dado su aporte para la construcción de la salud de las personas desde su más amplia definición.

Nos encontramos ahora, con la necesidad de replicar estas experiencias de inclusión de la diversidad con enfoque de derechos; experiencias que han tenido su origen en nuestros servicios públicos, teniendo a ASSE como pionera. Debemos trabajar en lineamientos que permitan hacerlas de acceso universal y de alcance nacional, respetando el derecho de las personas de acceder a la salud en el marco de la comunidad donde viven y se relacionan, con un enfoque familiar y comunitario.

Pero más allá que el enfoque debe ser desde el primer nivel de atención, es necesario tener en cuenta que el abordaje debe ser transversal a todos los niveles y servicios, contemplando también dentro de las prestaciones aquellas que impliquen intervenciones a lo largo del sistema. Se hace preciso aprender de las iniciativas que aquí se desarrollan, donde vemos por ejemplo, una coordinación con el segundo y tercer nivel, que tenemos el desafío de descentralizar a todo el país. Seguir ampliando el alcance de estas iniciativas, nos devolverán como resultado un SNIS más inclusivo, más amigable, y con un abordaje más integral.

Dra. Cristina Lustemberg
Subsecretaria
Ministerio de Salud Pública

Dra. Susana Muñiz
Presidenta
Administración de los Servicios de Salud del Estado

Presentación

El presente trabajo se basa en las intervenciones realizadas por distintos actores del gobierno, la academia, la sociedad civil y la cooperación internacional en el Desayuno de trabajo “*Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI*” que tuvo lugar el 18 de setiembre de 2015 en la ciudad de Montevideo en el marco de la agenda de actividades “Setiembre: Mes de la Diversidad Sexual” que se realiza en Uruguay cada año. Los contenidos sistematizan lo vertido por los distintos participantes de la reunión y colocan las experiencias tematizadas a la luz del marco contextual más general del desarrollo de políticas públicas de diversidad sexual en Uruguay¹. El documento se centra en las exposiciones de experiencias en políticas de salud y diversidad sexual en Uruguay presentadas por:

- Daniel Márquez - Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Rafael Aguirre y Florencia Forrís - Ministerio de Salud Pública.

¹ El programa de la actividad se encuentra disponible en anexo. En total participaron 40 representantes de distintos organismos, incluyendo el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio del Interior, la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el Parlamento Uruguayo, el Institución Nacional de Derechos Humanos, la Junta Nacional de Salud, la Intendencia de Montevideo, las Facultades de Medicina, Ciencias Sociales y Psicología de la Universidad de la República, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y organizaciones sociales de la diversidad sexual (Federación Uruguaya de la Diversidad Sexual-FUDIS, Asociación Trans del Uruguay-ATRU y el Colectivo Ovejas Negras) y centradas en la salud (Iniciativas Sanitarias).

- Diana González - Consultora - Proyecto Piloto “Centros de salud libres de Homofobia”.

Sumado a los aportes y/o comentarios de Patricia Gainza - Ministerio de Desarrollo Social, Diego Sempol - Colectivo Ovejas Negras, Mariana González Guyer - Integrante del Consejo Directivo de la INDDHH, Luis Mora - Responsable del Área de Género, Derechos Humanos y Cultura UNFPA - Nueva York. También se tomaron en cuenta intervenciones de los/as participantes.

El documento contó con la revisión y aportes de Alfonso Barragúes - Asesor en Derechos Humanos - UNFPA - Nueva York y Valeria Ramos - Oficial a Cargo - UNFPA Uruguay.

1. Introducción

En la última década Uruguay ha sido reconocido a nivel continental como “un campeón en derechos LGBT²” (Alidadi et al, 2015:3). Como ha expresado Luis Mora, el Responsable del Área de Género, Derechos Humanos y Cultura del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)-New York, el panorama mundial en relación a los derechos de las personas que se reconocen como lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) es alarmante: en 70 países del mundo las relaciones entre personas del mismo sexo son penadas al tiempo que un tercio de los países pertenecientes a las Naciones Unidas (NNUU) tienen una clara definición en contra de la diversidad. Incluso países abiertos a la temática enfrentan grandes desafíos a la hora de diseñar e implementar políticas públicas para efectivizar el objetivo de promover la igualdad y no discriminación por identidad de género y orientación sexual. Entre los países de América Latina que han logrado avances significativos en la materia, se ha destacado el desempeño de Uruguay (Mora, 2015).

En un lapso corto de tiempo, el país fue testigo de una serie de importantes conquistas legales que contribuyeron a remover la discriminación jurídica por orientación sexual e identidad de género. Las normativas más importantes sancionadas en la materia son³:

- Ley de Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación, identifica expresamente como fuente discriminatoria la “orientación e identidad sexual” (2004);

2 Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans. En este trabajo se prefiere el término LGBTI para visibilizar a la población intersex, que todavía no ha sido lo suficientemente atendida en la agenda de diversidad local.

3 Toda la legislación se puede consultar en: www.parlamento.gub.uy

- Ley de Unión Concubinaria, que reconoce a las parejas del mismo sexo (2007);
- A través de la Ley 18.590 Código de la Niñez y la Adolescencia, se sancionaron disposiciones referidas a la adopción, protegiendo e igualando los derechos de los hijos e hijas de familias LGBT al permitir la adopción conjunta por parte de parejas en unión concubinaria (2009);
- Ley de Derecho a la Identidad de Género y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios, permite a las personas trans obtener un documento acorde a su identidad de género y no condiciona el cambio a la realización de operaciones de reasignación de sexo previas ni a procesos de hormonización de ningún tipo (2009);
- Ley de Matrimonio Igualitario, consagra el derecho de las parejas del mismo sexo a contraer matrimonio en igualdad de condiciones que las parejas heterosexuales (2013);
- Ley 19.167 de Reproducción Humana Asistida, habilita el acceso a estas prestaciones a las personas gays, lesbianas y trans, aunque con ciertas limitaciones (2013)⁴.

4 Como explican González y Soto (2014:25-26), la ley establece que “pueden aplicarse estas técnicas a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir ‘en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo’, así como en el caso de ‘mujeres con independencia de su estado civil’. Define la infertilidad como ‘la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales’. Si bien no menciona expresamente a las personas o parejas homosexuales, puede interpretarse que a las mismas acceden todas las mujeres y los varones si son integrantes de parejas ‘biológicamente impedidas para la procreación’. Se admite también el procedimiento de gestación subrogada por excepción, en la situación de la mujer ‘cuyo útero no pueda gestar su embarazo’, por lo que excluye la posibilidad de la subrogación de la gestación por parte de una pareja de varones o de una trans femenina”.

Los avances fueron posibles fundamentalmente gracias al fortalecimiento del movimiento social de la diversidad sexual, que logró construir apoyo ciudadano para la agenda⁵, establecer alianzas con otros grupos de la sociedad civil y con actores sensibilizados del sistema político para incluir sus demandas en la agenda política-gubernamental (Sempol, 2013).

En la actualidad, el país enfrenta el desafío de traducir dicha igualdad de jure en una igualdad de facto. Es preciso que las nuevas normativas se reflejen y cambien positivamente la vida cotidiana de los individuos, para lograr un verdadero *reconocimiento social* de la diversidad sexual (Pecheny, 2001). Desde el paradigma de los derechos humanos, ello implica que el Poder Ejecutivo se comprometa con el desarrollo de políticas públicas específicas en la materia (Pautassi, 2010). Para profundizar en esta dirección, desde el año 2010 el gobierno uruguayo ha comenzado a ensayar la implementación de distintos programas, proyectos y acciones en las áreas social, educativa, de empleo y de salud.

En particular se ha destacado el desempeño del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), generando acciones orientadas hacia personas trans, población reconocida tanto por el Estado como por la sociedad civil como la más vulnerada por la homolesbotransfobia imperante en la sociedad. Entre otras medidas implementadas, se destacan las siguientes:

- dispositivo de apoyo al proceso de adecuación de la identidad de género, facilitando el acceso a las posibilidades que abre la Ley 18.620;
- acceso de la población trans sin excepciones a la Tarjeta Uruguay Social, prestación que brinda un monto mensual para gastar en alimentos y productos de limpieza en los comercios adheridos (primera medida de acción afirmativa para este grupo);
- inclusión de la perspectiva de diversidad sexual y cupos especiales para facilitar el acceso de personas trans a programas de capacitación, educación

⁵ La “Marcha de la Diversidad” que se realiza cada año en el mes de setiembre se ha convertido en una de las manifestaciones ciudadanas más importantes que tiene el país (Sempol, 2013).

e inserción laboral (“Uruguay Trabaja”, “Ley de Empleo Juvenil -Primera Experiencia Laboral”, “Yo estudio y Trabajo” y “Nexo” son algunos ejemplos);

- realización de un llamado laboral destinado exclusivamente a personas trans para ingresar a trabajar en el Mides;
- transversalización de la perspectiva de diversidad sexual hacia el interior del ministerio a través de distintos instrumentos, entre los que se destacan los talleres de sensibilización y formación al funcionariado y la incorporación de la categoría “trans” como una opción en la variable identidad de género en los formularios de acceso a beneficios sociales;
- convenio con la Universidad de la República (Udelar) para la producción de conocimiento académico sobre políticas públicas y diversidad sexual;
- creación de un Consejo Consultivo de la Diversidad Sexual con participación de la sociedad civil que asesora al Mides en la elaboración de políticas;
- incorporación de medidas orientadas a jóvenes trans en el Plan de Acción de Juventudes 2015-2025;
- convenio de colaboración con el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) de Cuba, que incluye capacitaciones a profesionales médicos uruguayos en hormonoterapia y cirugías de reasignación de sexo para personas trans; y la
- creación del Centro de Referencia Amigable (CRAM), junto con la Facultad de Psicología de la Udelar, servicio que brinda atención psicológica a personas LGBTI y orientado en general a dar respuesta a distintas problemáticas que surjan en relación a la diversidad generico-sexual (Gainza, 2015)⁶.

La experiencia del Mides en materia de diversidad sexual fue posible en buena medida gracias a un cambio en el paradigma de las políticas sociales hacia la perspectiva de derechos humanos, al repensarse cuestiones

⁶ Para más información consultar Sempol (2014), Rocha Carpiuc (2014) y Lukomnik (2013).

como la pobreza y la vulnerabilidad socio-económica de las personas desde otra mirada atenta a las perspectivas de discriminación y desigualdad transversales (Gainza, 2015; Rocha, 2014).

La sistematización de las experiencias realizadas en Uruguay en este campo resulta pertinente para propender a la mejora de las mismas (Sempol, 2015). Asimismo, ayuda a difundir aprendizajes y prácticas innovadoras en política pública que sean de utilidad, técnica y política, para los gobiernos interesados en aterrizar las normativas que se están aprobando a nivel global en servicios y programas concretos (Mora, 2015).

Con este horizonte en mente y sustentándose en las intervenciones realizadas en el Desayuno de trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI” que tuvo lugar el 18 de setiembre de 2015 en la ciudad de Montevideo, el presente documento sintetiza dos experiencias exitosas registradas en materia de diversidad sexual y políticas de salud en Uruguay: el proyecto piloto “Centros de salud libres de homofobia” y la experiencia de atención a personas trans que se desarrolló en el marco de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Primer Nivel de Atención/Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), ubicada en el predio del Centro Hospitalario Gustavo Saint Bois.

El texto se organiza de la siguiente forma. En primer lugar, se realiza una breve síntesis del marco normativo existente a nivel internacional y regional. En segundo lugar, se presentan los antecedentes y normativas nacionales sobre salud y diversidad sexual. En tercer lugar, se exponen las dos iniciativas de interés. En la cuarta parte se destacan buenas prácticas y lecciones aprendidas de ambas experiencias. La quinta sección identifica los principales desafíos para el Estado y la sociedad civil uruguaya en pos de avanzar en la plena efectivización de los derechos de salud de personas LGBTI en Uruguay. Por último se plantean las reflexiones finales.

2. Marco normativo regional e internacional

El derecho a la salud es reconocido en el ámbito del sistema de NNUU y en la Organización de Estados Americanos (OEA). En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 se afirma que “los Estados Partes [...] reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (artículo 12). Por su parte, el Protocolo de San Salvador en el ámbito interamericano - adicional a la Convención Americana- en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”⁷.

El Comité Internacional de Derechos Sociales Económicos y Culturales de NNUU a través de la Observación General N° 14 del año 2000 interpreta y explica este derecho y lo hace de un modo inclusivo, incorporando una noción integral de salud que supone su estrecha relación con otros derechos. De este modo, abarca la atención de salud oportuna y apropiada y los principales factores sociales determinantes de la salud, destacando el acceso al agua limpia y potable, las condiciones sanitarias, la nutrición, la vivienda, el medio ambiente y la salud sexual y reproductiva. Confiere especial importancia a la “participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”⁸. Esta

7 <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html> (acceso 1/10/15).

8 “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Observación General N°14”. http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/ObsGral_151.pdf (acceso 17/9/15).

Observación establece cuatro dimensiones centrales de este derecho (punto 12):

- Disponibilidad: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- Accesibilidad: no discriminación, accesibilidad física y económica, y accesibilidad a la información.
- Aceptabilidad: respetuosos de la ética médica y de la diversidad cultural, sensible a las exigencias de género y ciclo de vida, y respetuosos de la confidencialidad.
- Calidad: personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario aprobados por protocolos científicos y condiciones sanitarias adecuadas.

A su vez en la Observación general N° 20, relativa a la discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, el Comité explicó que bajo los motivos prohibidos de discriminación previstos en el artículo 2 del PIDESC la orientación sexual y la identidad de género están implícitamente incluidas bajo la denominación de “cualquier otra condición social”⁹.

Aunque a nivel internacional o regional no existe todavía una convención o tratado vinculante específico en la materia de diversidad sexual, son abundantes los pronunciamientos de los órganos de derechos

9 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: 11/08/2000. E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000. <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf> (acceso 17/9/15).

humanos sobre los derechos de las personas LGTBI (González y Soto, 2014:11). El derecho a la salud y a la protección contra los abusos médicos son reconocidos en los “Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género” (2007), instrumento que pormenoriza los derechos humanos desde la perspectiva de la diversidad sexual y que fue asumido como estándar internacional por el Sistema de NNUU y de OEA¹⁰. Si bien este instrumento no es de carácter inter-gubernamental, cuenta con la autoridad de haber sido elaborado por expertos internacionales de derechos humanos de reconocido prestigio.

Principio 17 EL DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD.

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. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.

Los Estados:

Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género;

Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias para asegurar que todas las personas tengan acceso a establecimientos, productos y servicios para la salud, incluidos los relacionados con

la salud sexual y reproductiva, así como a sus propias historias clínicas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género;

Asegurarán que los establecimientos, productos y servicios para la salud estén diseñados de modo que mejoren el estado de salud de todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género; que respondan a sus necesidades y tengan en cuenta sus singularidades, y que las historias clínicas relativas a estos aspectos sean tratadas con confidencialidad;

Desarrollarán e implementarán programas encaminados a hacer frente a la discriminación, los prejuicios y otros factores sociales que menoscaban la salud de las personas debido a su orientación sexual o identidad de género;

Garantizarán que todas las personas estén informadas y su autonomía sea promovida a fin de que puedan tomar sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención médica en base a un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género;

Garantizarán que todos los programas y servicios de salud, educación, prevención, atención y tratamiento en materia sexual y reproductiva respeten la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género y estén disponibles en igualdad de condiciones y sin discriminación para todas las personas;

Facilitarán el acceso a tratamiento, atención y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que procuren modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género;

¹⁰ http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm (acceso 17/9/15).

Asegurarán que todos los prestadores de servicios para la salud traten a sus clientes, clientas y las parejas de ellos y de ellas sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, incluso en lo concerniente al reconocimiento como parientes más cercanas o cercanos;

Adoptarán las políticas y los programas de educación y capacitación que sean necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención a su salud, con pleno respeto por la orientación sexual e identidad de género de cada una.

Principio 18. PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS MÉDICOS.

Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. 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

Principios de Yogyakarta (2007:23-25)

A continuación se repasan brevemente otros hitos y documentos referidos a la temática¹¹:

- Las Observaciones Generales del Comité de Derechos del Niño (OG CDN): No.3 (sobre el VIH y los Derechos del Niño, 2003), No. 4 (La salud y el desarrollo

11 Resumen elaborado a partir de González y Soto (2014), Sempol et al (2015) y páginas web de NNUU.

de los adolescentes en el contexto de la CDN, 2003), No. 13 (Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, 2011) y No. 15 (Derecho del Niño al disfrute del nivel más alto posible de salud; 2013).

- En junio de 2011, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó la resolución 17/19, la primera resolución de las NNUU relativa a derechos humanos, orientación sexual e identidad de género. Su aprobación abrió el camino al primer informe oficial de las Naciones Unidas sobre ese tema, “Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género” (A/HRC/19/41), preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El informe presentó pruebas de una pauta sistemática de violencia y discriminación dirigida contra personas de todas las regiones en razón de su orientación sexual e identidad de género, incluyendo la discriminación en la atención a la salud, y realizando una serie de recomendaciones dirigidas a los Estados encaminadas a reforzar la protección de los derechos humanos de personas LGBTI¹².
- El Informe “Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos” del Alto Comisionado de las Naciones Unidas del 2012 insta a los Estados especialmente a asegurar que “no haya discriminación en el acceso a los servicios básicos, incluso en el contexto del empleo y de la atención de la salud”¹³ y reconoce los problemas particulares que afrontan las personas transgénero para acceder a la atención de la salud: “la terapia de reasignación de género, cuando existe, es a menudo inasequible y rara vez se consigue financiación del Estado o cobertura del seguro médico. A menudo los profesionales de la atención de la salud no son sensibles a las necesidades de los transgénero y no tienen la formación profesional necesaria. Además,

12 <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/03/Leyes-y-pr%C3%A1cticas-discriminatorias-y-actos-de-violencia1.pdf> (acceso 17/9/15).

13 Pág. 11. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Born-FreeAndEqualLowRes_SP.pdf (acceso 17/9/15).

los niños intersexuales, nacidos con características sexuales atípicas, a menudo son sometidos a discriminación y a operaciones quirúrgicas innecesarias, realizadas sin su consentimiento con conocimiento de causa, o sin el de sus padres, en una tentativa por corregir su sexo”¹⁴.

- El informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “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” (2013)¹⁵, establece que los servicios de salud deben ofrecer las siguientes prestaciones: atención amigables y reconocimiento de la identidad social de la población trans, programas de hormonización y depilación, atención psicológica en caso de ser solicitado por el usuario o usuaria, y cirugía de reasignación de sexo.
- El informe “Sexual Health, Human Rights and the Law” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) incluye un capítulo sobre la eliminación de la discriminación en el acceso a los servicios de salud atendiendo las necesidades específicas de poblaciones particulares, entre las que se incluye la orientación sexual e identidad de género y se dedica una sección para personas trans y otra para intersex¹⁶. Este documento da cuenta de experiencias regionales que incorporan las necesidades específicas de salud en la población trans entre las que destaca el caso de Argentina, que incorporó determinados servicios gratuitos en su sistema de salud (hormonización y operación de reasignación de sexo) y los garantizó incluyéndolos en su ordenamiento jurídico.

Por último, cabe mencionar la aprobación, en el marco de la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina (CEPAL) en 2013, del Consenso de Montevideo sobre

Población y Desarrollo¹⁷, en el que se afirman nuevos compromisos en relación a los derechos sexuales y reproductivos para la población LGBTI: promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia y a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación.

14 Ídem, pág. 50.

15 <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf> (acceso 17/9/15).

16 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf (acceso 17/9/15).

17 http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf (acceso 17/9/15).

3. Antecedentes y marco normativo nacional

Como antecedentes nacionales en salud y diversidad sexual se destaca, en primer lugar, el funcionamiento de un servicio de operaciones de reasignación de sexo en forma gratuita en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela que funcionó entre 1991 y 2012 como un servicio público gestionado por la UdeLaR. Este presentaba, empero, múltiples debilidades: trabajaba desde el enfoque de la “disforia de género”, por lo que se iniciaba el proceso mediante una serie de diagnósticos psiquiátricos, se abordaba luego el tratamiento hormonal, para llegar finalmente a la cirugía, proceso que en promedio insumía 8 años por cada usuario o usuaria. Asimismo, adolecía en su implementación de dificultades de coordinación entre las áreas del sistema involucradas (Sempol, 2013).

Desde el Ministerio de Salud Pública, la primera incorporación de la población LGBTI en la agenda estuvo asociada al Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual/ITS-VIH/Sida, aunque actualmente reconoce las falencias de esta primera aproximación: por un lado, por no abarcar la diversidad existente dentro del colectivo de la diversidad; por otro lado, los estigmas y prejuicios asociados a abordar la diversidad solamente en vinculación a ciertas temáticas asociadas al riesgo:

“Clásicamente, la salud de las mujeres trans, varones gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, ha sido abordada y visibilizada a través de la vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS, mientras que la salud de lesbia-

nas y varones trans ha sido escasamente considerada en las estrategias de salud. Considerar estrategias de salud integrales para estos colectivos ‘invisibilizados’ que aborden más allá de las ITS y que contribuyan a la erradicación del estigma y la discriminación, ha sido otra de las prioridades” (Programa Nacional ITS-VIH/SIDA. Informe del período 2011-2014, citado en Forrisi y Aguirre, 2015).

Siguiendo a Forrisi y Aguirre (2015), a continuación se repasan otras actividades realizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP)¹⁸ en esta línea:

- Campañas gráficas de prevención dirigidas a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trans, trabajadores/as sexuales.
- Participación en la elaboración de la guía “Por la salud de las personas trans” de OPS/OMS.
- Inclusión de la variable “identidad de género” en la notificación epidemiológica de VIH/Sida.
- Capacitaciones virtuales por Cooperación Sur-Sur:
 - Políticas públicas para mejorar el acceso a la salud de la población de la Diversidad Sexual: Los Consultorios Amigables - 8 de mayo de 2014

18 El MSP es el organismo del Poder Ejecutivo nacional encargado de “establecer las políticas y las estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, de modo de asegurar la salud colectiva como un derecho humano básico y un bien público responsabilidad del Estado”, así como de “orientar el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de acuerdo a un modelo de atención y gestión basado en los principios de la Atención Primaria en Salud”. <http://www.msp.gub.uy/institucional/misi%C3%B3n-y-visi%C3%B3n> (acceso 8/10/15).

- Atención de la salud integral para personas trans - 10 de Junio de 2014
- Relaciones sexuales anales: conceptos y recomendaciones para equipos de salud. 16 de Julio de 2014
- Primer Encuentro Desarrollo de Liderazgo de organizaciones LGBT (Organizado en conjunto con Mides, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, ONUSIDA/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y UNFPA) - 13, 14, y 15 de octubre de 2012. En esta instancia se plantearon las problemáticas en la materia identificadas por la sociedad civil y se discutieron posibles soluciones a las mismas, con énfasis en los siguientes puntos:

<p>¿Qué pasa? La discriminación, el maltrato, estigma y falta de confidencialidad del personal de salud (médicos y no médico) dificultan el acceso de calidad en los centros de salud (Hospitales, policlínicas).</p>	<p>¿Qué podemos hacer? Levantar evidencia sobre las situaciones de estigma y discriminación en el sector salud público y privado. Poner especial foco en la temática del suicidio de las personas LGBT.</p>
<p>¿Qué pasa? El uso de drogas en trabajadores/as sexuales y en la población LGBT. Existe la sensación del uso extendido de drogas en trabajadores/as sexuales trans, como medio para soportar las condiciones del trabajo sexual.</p>	<p>¿Qué podemos hacer? Investigar el consumo de sustancias en la población LGBT, en particular joven y joven adulta, y en los/as trabajadores sexuales trans.</p>

Fuente: Forrisi y Aguirre (2015).

- Taller de abordaje integral de personas trans y sus comunidades en Uruguay (Organizado en conjunto con OPS/OMS y la Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y Malaria) - 24 de octubre de 2013. Entre los contenidos

abordados en esta instancia, el MSP rescató como la principal conclusión emergida la importancia de la atención en clave de integralidad y transversalidad a las personas trans, atendiendo la salud en su relación con otros derechos humanos como el trabajo y la educación. En esta oportunidad ya se avanzaban como líneas de desarrollo a las cuales apostar la promoción de servicios libres de homofobia y la consideración de los tratamientos de readecuación corporal (hormonización, cirugía, procedimientos dermatológicos), no como “procedimientos de carácter estético-cosmético sino como tratamientos necesarios que las personas trans requieren como parte de un abordaje integral de su salud y como un reconocimiento de sus derechos” (Informe de la relatoría del taller de abordaje integral de personas trans y sus comunidades en Uruguay, citado en Forrisi y Aguirre, 2015).

Esta última actividad se realizó en el marco del Proyecto “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”, apoyado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2012). El mismo tuvo como principal receptor estatal al MSP y a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) como receptor principal no estatal, junto con otros tres sub-receptores de la sociedad civil organizada: Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Centro Virchou e Iniciativa Latinoamericana. Sus acciones estaban orientadas hacia personas trans y HSH. En este marco, a inicios del año 2013 comenzaron a funcionar cinco “Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción” (EDISA) en diferentes departamentos del país (Artigas, Colonia, Montevideo, Maldonado, Melo) y dos centros móviles. Pero a finales de ese mismo año el Fondo Mundial se retira del país, desmantelándose los servicios¹⁹.

19 <http://www.proyectovihuruguay.org/index.php/proyecto> (17/9/15) y Sempol et al (2015).

En retrospectiva, el MSP identifica los resultados obtenidos en su trabajo, diferenciándolos según su grado de avance²⁰:

AVANCES EN MEDIANO GRADO:

- promover los centros libres de homolebotransfobia. Promover y apoyar la capacitación para la reorientación de servicios de salud del primer nivel de atención y salud sexual y reproductiva, garantizando condiciones de accesibilidad y atención integral de calidad a población LGBT.
- fomentar no solo la coordinación entre organizaciones de la sociedad civil, sino también entre ellas y el sector gubernamental y la participación en instancias de rectoría (elaboración de pautas y guías).

AVANCES EN ESCASO GRADO:

- articular con el sector educativo para fomentar el reconocimiento de los derechos de personas LGBT.
- promover la inclusión en la currícula del sistema educativo formal (escuelas, liceos y carreras universitarias del área salud) de temas sobre identidad de género y diversidad sexual.
- realizar o apoyar actividades de difusión a través de medios masivos dirigidos a la población, las empresas e instituciones del sector público y privado, en los cuales se incluya información sobre el respeto de los derechos humanos, la diversidad sexual y la equidad de género.
- establecer un listado de instituciones trabajando en la temática.
- abogar por la inclusión de la diversidad en registros e investigaciones.
- promover y dar seguimiento a los mecanismos de consenso creados entre instituciones para registrar y revertir situaciones de estigma y discriminación en base a la normativa nacional y tomando en cuenta normativas internacionales.

AVANCES MIXTOS:

- elaborar guías de atención integral a población LGBT en conjunto con Salud Sexual y Reproductiva (Programa del varón y de salud integral de la mujer). *Solo se participó en la elaboración de guía para mujeres trans y HSH del Fondo Mundial.*
- promover capacitación a servicios de salud del Primer Nivel de Atención y en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en atención integral de calidad a diversidad sexual. *Se registró algún avance en el Primer Nivel y nulo en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.*

SIN AVANCES:

- articular con las iniciativas intersectoriales de elaboración de estadísticas públicas desde un enfoque integral que den cuenta de la situación de las poblaciones LGBT y personas viviendo con VIH.
- articulación de la Comisión Nacional de Sida -Mecanismo de Coordinación País (CONACIDA-MCP) con los medios de comunicación para fomentar la aceptación de la diversidad.

Es importante mencionar brevemente cuál es el panorama actual en relación al sistema de salud uruguayo en tanto oficia como contexto de desarrollo de las iniciativas que se analizarán próximamente. De hecho, las evaluaciones que se han realizado de las experiencias identifican a algunos de estos factores como habilitantes para su surgimiento y éxito (Sempol et al 2015, González y Soto, 2014).

En 2007 y 2008 se conformó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), estableciendo en su Ley de creación (18.211) 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”²¹. La perspectiva de derechos humanos se expresa también en

20 El listado se tomó textualmente de la presentación de Forrisi y Aguirre (2015).

21 <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor> (acceso 8/10/15).

sus principios rectores incluyendo una referencia a la intersectorialidad con otras políticas que apuntan a la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía, la cobertura universal, las cuestiones vinculadas a la información y prevención o la necesidad de la participación de los usuarios y usuarias en las decisiones de la política pública (art. 3) (Mides, 2015).

El SNIS se organizó en tres niveles de atención según las necesidades de los usuarios y usuarias y la complejidad de las prestaciones. De los tres niveles, estableció como prioridad el trabajo en el primer nivel (estrategia de Atención Primaria en Salud), que funciona como la “puerta de entrada” y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema de salud. Este giro es relevante porque las recomendaciones de inclusión de la diversidad sexual en la salud disponibles para otros países sugieren priorizar el trabajo en este plano²².

A medida que crece la complejidad de las necesidades y los problemas a resolver, los recursos se organizan en los niveles dos y tres. En el segundo nivel “se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría” mientras que el tercero “refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo et al, 2011). Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta un 95% de problemas de salud de la población, mientras que en el tercer nivel se reserva para la atención de situaciones poco prevalentes (Sempol et. al, 2015). Asimismo se ha defendido la importancia de incorporar la diversidad sexual en el primer nivel de modo transversal en lugar de crear institutos y ámbitos especializados en los niveles superiores que generan segregación de la población LGBTI en lugar de promover su integración social²³.

22 La importancia de trabajar en la transformación del primer nivel de atención fue recalcada por la Presidenta de ASSE, Susana Muñiz, en su intervención durante la apertura del evento. Esta buena práctica ha sido identificada asimismo en experiencias en Argentina, ver: Municipalidad de Rosario y Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, “Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006 - 2011”.

En la misma época tuvo lugar la Reforma Universitaria, en el marco de la cual se conformó el nuevo Plan de Estudios para la carrera de Doctor en Medicina, priorizando entre otros puntos la enseñanza en el ámbito comunitario y la inserción temprana del estudiante en el mismo. En este contexto, en 2007 se creó el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria –de aquí en más, MFyC– (Sempol et. al, 2015), una especialidad alineada a una “clara perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, teniendo a su cargo la enseñanza, asistencia, extensión e investigación en el primer nivel de atención, del individuo, la familia y la comunidad. Este perfil contribuye a generar un proceso de enseñanza-aprendizaje y de atención a la Salud, continua, integral, holística y contextualizada en la realidad social y comunitaria en que el futuro profesional o el especialista se encuentra inserto y donde desarrolla su proceso educativo”²⁴.

Estos desarrollos contribuyeron a abordar la diversidad sexual en las experiencias que se analizarán en el próximo apartado desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, longitudinal (que contemple la salud de las personas a lo largo de todo el ciclo de vida) y social, atenta al entorno social en el cual están insertos los y las usuarias del sistema de salud, las familias y las comunidades (Márquez, 2015; Sempol et al, 2015).

Aunque no están directamente vinculados a las experiencias en cuestión, cabe mencionar otras iniciativas asociadas a la incorporación de la perspectiva de diversidad al ámbito educativo que tuvieron lugar por estos años y forman parte del contexto de desarrollo de las iniciativas. En primer lugar, resaltar la inclusión de la diversidad sexual como principio y derecho a respetar y como contenido específico a incluir en la currícula de educación primaria y secundaria (Freitas de León, 2011) a través del Programa de Educación Sexual (PES)

<http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objeto-Multimedia> (acceso 30/9/15).

23 Este es el espíritu de las acciones que se están desarrollando actualmente desde las autoridades de salud pública en este temática y también está presente en las iniciativas analizadas más adelante. En el evento de referencia, el punto fue destacado por Márquez (2015).

24 <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/> (acceso 24/6/15)

de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) creado en 2007. Aunque el programa presenta falencias, en este marco se han realizado acciones de formación a docentes y referentes de sexualidad y de elaboración de materiales sobre diversidad género-sexual, con el apoyo de UNFPA y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del Mides. En segundo lugar, se destaca la reformulación del Plan de Estudios de la carrera de Psicología en la UdelaR en el año 2013, la cual habilitó a la instalación de cursos obligatorios y optativos que abordan distintos temas vinculados a la agenda de género, sexualidad y diversidad sexual.

En términos legislativos, además de la norma general sobre no discriminación ya mencionada en la introducción, se destaca el reconocimiento del derecho de los usuarios y las usuarias a un trato igualitario y sin discriminación en el sistema de salud en la Ley 18.335 de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud del año 2008²⁵. El mismo año se sancionó la Ley 18.426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva²⁶, cuyo decreto reglamentario (293/2010) establece que los servicios deben garantizar tanto el acceso universal, como el trato igualitario y la confidencialidad, así como deben incluir las necesidades específicas que surgen de la diversidad de identidades genérico-sexuales de la población²⁷.

En el contexto de la implementación de la Ley 18.426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva y a propuesta de la Mesa de Trabajo de Diversidad Sexual que funcionaba en el ámbito de la Intendencia de Montevideo²⁸ con la participación de sociedad civil, el MSP con el apoyo del UNFPA, elaboró el Capítulo de Diversidad Sexual en las Guías de Salud Sexual y Re-

productiva (2009)²⁹. Allí se hace manifiesta la voluntad política de continuar y profundizar esta línea de trabajo, realizando recomendaciones para la inclusión de esta perspectiva en todos los servicios que conforman el SNIS, entre las que se incluye:

- la sensibilización y capacitación de los equipos de salud para brindar una adecuada atención a las personas con orientación sexual e identidad de género no heteroconforme;
- la introducción a la estrategia de comunicación institucional de los prestadores de salud de materiales que incluyan mensajes e imágenes inclusivos de la diversidad sexual;
- realizar modificaciones a los formularios del sistema de salud a los efectos de contribuir a una atención integral e inclusiva; entre otras (González y Soto, 2014).

25 <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor> (acceso 8/10/15).

26 <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor> (acceso 8/10/15).

27 <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Material/Decreto%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva.pdf> (acceso 8/10/15).

28 Las Intendencias son las autoridades ejecutivas correspondientes al segundo nivel de gobierno en Uruguay, el nivel departamental. El departamento de Montevideo incluye a la ciudad capital de Uruguay.

29 <http://www.unfpa.org.uy/publicaciones/guias-en-salud-sexual-y-reproductiva,-capitulo:-diversidad-sexual.html> (acceso 1/10/15).

4. Experiencias en salud y diversidad sexual

4.1 Centros de Salud Libres de Homofobia³⁰

La primera iniciativa a recalcar fue la creación, en junio 2012, del proyecto piloto de creación de Centros de Salud Libres de Homofobia (CSLH) que se implementó en dos centros de salud ubicados en ASSE³¹: en primer lugar en el Centro de Salud “Ciudad Vieja” ubicado en la ciudad capital del país, Montevideo, a nivel de la RAP³² Metropolitana (Región Sur), y luego se hizo extensiva a la policlínica de “Barros Blancos” en el departamento de Canelones.

El objetivo general del proyecto fue generar una experiencia piloto de aprendizaje entre la comunidad médica y el colectivo LTGB que dejara como saldo la existencia de una policlínica barrial “libre de homofobia” por sus óptimos niveles de atención en salud a la comunidad LGTB, así como sistemas de trabajo para la posterior extensión del proyecto tanto en los niveles de intervención como en la formación profesional en salud. Sus objetivos específicos fueron:

- Capacitar a las/os trabajadoras/es de salud, a los actores comunitarios, y a las/os residentes de MFyC

30 Esta sección se elaboró a partir de González (2015) y González y Soto (2014). La publicación de la sistematización completa de la experiencia está disponible en: www.unfpa.org.uy.

31 ASSE es el principal prestador estatal de atención integral a la salud, contiene una red de servicios en todo el territorio nacional. Se define como “la organización referente en atención a la salud en nivel nacional que promueve una atención humanizada, de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia” http://www.asse.com.uy/uc_2113_1.html (acceso 8/10/15).

32 Esta Red es la unidad ejecutora de ASSE que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo. Su misión es brindar atención integral en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud.

y sus docentes en un centro de salud del primer nivel.

- Sensibilizar a la comunidad circundante en la necesidad de utilizar los servicios públicos desde una postura de respeto a la diversidad.
- Estimular y facilitar el acceso a los servicios de salud de la población LGBT.
- Sistematizar aciertos y errores de forma tal que la metodología empleada en la experiencia se torne replicable en otros servicios de atención en salud tanto públicos como privados del país (González y Soto, 2014:37).

En este sentido, la iniciativa implicó la construcción de protocolos y generación de espacios de formación y capacitación integral en diversidad sexual dirigidas al equipo médico, administrativo y de mantenimiento. Estas permitieron tomar en cuenta las realidades y necesidades específicas de salud de la población LGTB desde un enfoque sin discriminación y en clave de universalidad (Johnson y Sempol, 2015). No se promovió la construcción de servicios de salud específicos o focalizados para este sector sino que se buscó transformar las instituciones de salud para transversalizar la perspectiva de diversidad sexual dentro de estas (González y Soto, 2014).

La experiencia emergió del encuentro de necesidades e intereses de diferentes actores de la sociedad civil, el Estado y la cooperación internacional:

- la RAP/ASSE;

- el Colectivo Ovejas Negras, una organización de la sociedad civil de la diversidad sexual³³;
- al MSP, a través del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, en el que funciona el Programa Nacional ITS-VIH/Sida.
- La UdelaR, a través de la Facultad de Medicina-FMed (impulsado desde el inicio por el Departamento de MFyC y luego sumándose a colaborar la Cátedra de Enfermedades Infecciosas) y de la Facultad de Psicología (Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud); y el
- UNFPA.

Para llevar adelante su implementación se conformó un Equipo Gestor con referentes del Departamento de MFyC de la UdelaR, RAP/ASSE, MSP, UNFPA y Ovejas Negras (González y Soto, 2014). El proceso de construcción del proyecto es descrito, en la sistematización realizada por González y Soto (2014:33), como un efecto “bola de nieve”:

“La participación de instituciones y ámbitos diversos en esta experiencia, se va construyendo a partir de un efecto en cadena donde la experiencia -a modo de bola de nieve- fue incorporando actores interesados en el abordaje de las problemáticas de la diversidad sexual en salud.

A lo largo de distintos relatos de las personas entrevistadas se observó cómo, a partir de situaciones fortuitas se fueron captando actores claves para la construcción de una sinergia que tuvo un doble movimiento: hacia la construcción de esta experiencia piloto innovadora y hacia la interna del espacio de inserción institucional de pertenencia”.

³³ Es una organización no gubernamental fundada en diciembre de 2004 de defensa de los derechos de lesbianas, gays, trans y bisexuales de Uruguay. Entre sus objetivos se propone luchar contra la discriminación, el estigma, aportando hacia la construcción de una sociedad que logre integrar la diversidad sexual como un valor democrático. Aborda diferentes áreas en su accionar, entre las que destacan temas vinculados al campo de la salud.

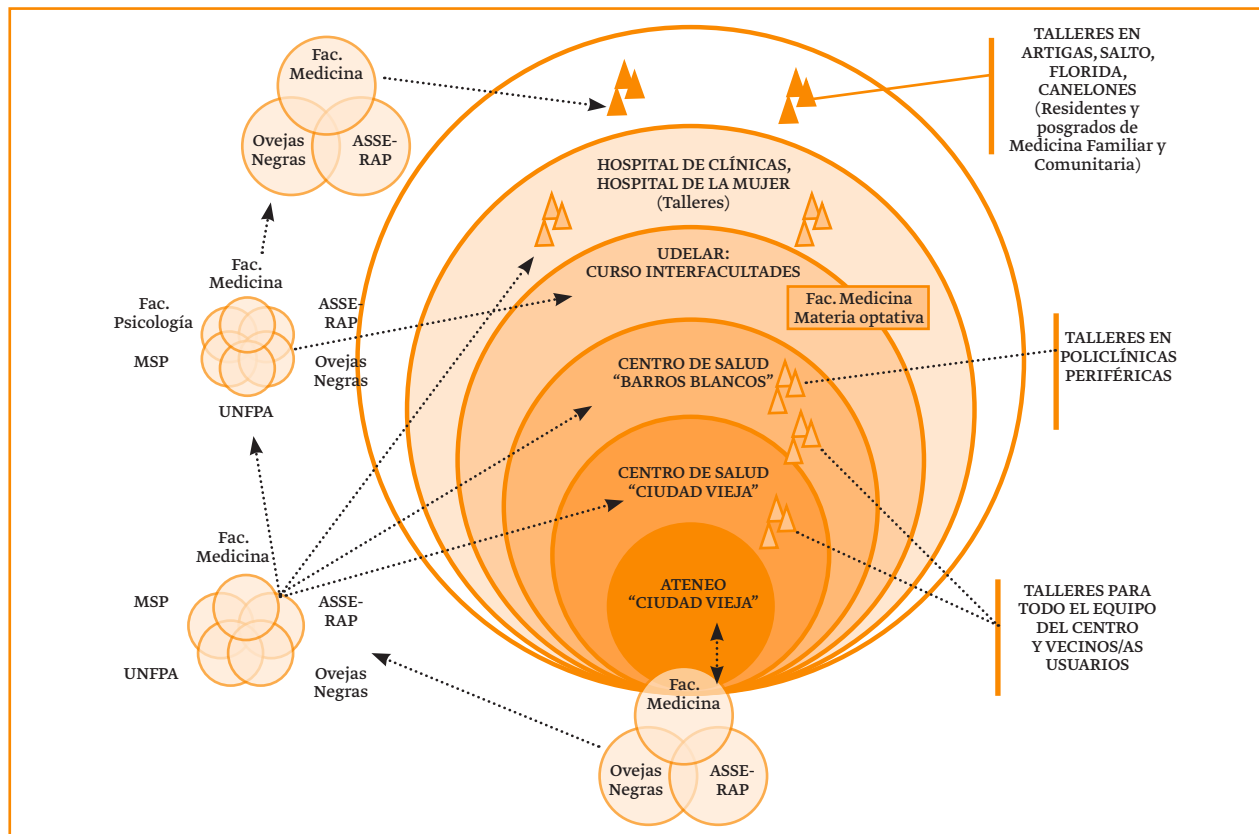
El origen de este trayecto fue la realización de un ateneo académico paradigmático en 2010 que tuvo lugar en el Centro de Salud de Ciudad Vieja sobre el caso de mujer adolescente lesbiana con un hijo cuya tenencia fue retirada por parte del Poder Judicial, que inevitablemente llevó a discutir sobre la intersección de factores que dan lugar a discriminaciones. González y Soto (2014:35) definieron al ateneo como un hito de la experiencia, en tanto implicó una “salida del armario institucional de todas las instituciones que participaron”:

“el sentir de injusticia detonó en el personal del Centro de Salud y motivó el interés y la necesidad de revisar y revisarse en las prácticas. El cierre del ateneo significó el momento de apertura para la continuidad de un proceso que allí se inició. El equipo de residentes de medicina familiar y comunitaria, junto con el colectivo Ovejas Negras, comparten la necesidad de ampliar la mirada en el abordaje de la diversidad sexual en el ámbito de la salud.

Estaban dadas todas las condiciones de los diferentes actores, voluntad política, comprensión de la importancia del problema, interés en asegurar la máxima accesibilidad a los servicios de primera atención, disponibilidad, apertura para abordar la problemática y la capacidad e interés de Ovejas Negras para integrarse a este proceso” (González y Soto, 2014:35).

A través de la siguiente ilustración, las consultoras buscan reflejar la “onda expansiva” que generó el “detonador” mencionado:

Ilustración 1. El proceso de construcción de la experiencia CSLH



Fuente: González y Soto (2014:36).

Algunas de las actividades llevadas a cabo durante la ejecución del proyecto piloto fueron:

- Diseño del Plan de intervención que incluyó: debate, capacitación, revisión de formularios y confección de nuevas preguntas, revisión de procesos de diagnóstico, evaluación de las derivaciones posibles y búsqueda de acuerdos institucionales donde estas no respondieran a las necesidades de despliegue del proyecto, cronograma, sistema de monitoreo y evaluación.
- Difusión de la existencia de este servicio “libre de homofobia” tanto a nivel ciudad (a través de boliches, equipos deportivos, puntos “de levante”, blogs y páginas webs de uso corriente entre la comunidad, etc.), como a nivel local.
- Monitoreo, debate, transformación y evaluación de las acciones que se desarrollan. Este proceso y

su sistematización son centrales para alcanzar la meta global: que este proyecto sirva como “ensayo” para implementar luego un cambio más generalizado en diversos centros de atención en salud tanto públicos como privados³⁴.

La sistematización disponible remarca los siguientes resultados alcanzados por el proyecto:

- Se visibilizó y trabajó en dos centros de salud la perspectiva de la diversidad sexual y las necesidades de promoción y atención de la salud de las personas LGTB por parte del conjunto del personal que allí trabaja.

34 Tomado de la página web de UNFPA, Uruguay. <http://www.unfpa.org.uy/proyectos/proj/centros-de-salud-libres-de-homofobia.html> (acceso 29/9/15).

- Se inició un proceso de sensibilización y capacitación que permitió la revisión de mitos y prejuicios que acompañan las prácticas que reproducen la discriminación y estigma de esta población por parte del funcionariado de la salud, docentes, actores comunitarios y residentes de MFyC.
- Integrantes de la comunidad circundante a los centros de salud recibieron información sobre el propósito de la experiencia piloto, con el fin de apoyar el proceso y captar población LGTB de la zona.
- Se generaron las condiciones para integrar la temática como contenido central de una materia optativa en la carrera de Medicina de la UdelaR y se desarrolló un curso de formación permanente dentro de la UdelaR abierto a la participación de otras áreas de la salud (vía utilizada para institucionalizar temáticas que no se encuentran en los planes de estudio).
- Se problematizó la identificación de la población LGTB con el VIH Sida y la estigmatización que dicha asociación supone, desconociendo otras necesidades de salud de las personas.
- Se visibilizaron las carencias de cobertura médica para la población trans, principalmente en lo referente a hormonización y cirugías de reasignación de sexo.
- Se iniciaron acciones para la formación de operadores de salud, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de la población trans y para la inclusión de esta temática en la agenda de las políticas de salud.
- Se construyó una alianza de trabajo conjunto entre el Estado, la academia, la sociedad civil y la cooperación internacional, logrando una sinergia que generó motivación, compromiso, multiplicación de las experiencias, apertura al aprendizaje y a otras formas de comprensión de la diversidad.
- Se incorporó la interdisciplina en los enfoques, en los contenidos, en los equipos docentes y en los participantes en general (González, 2015).

4.2 Atención a personas trans en la UDA del Primer Nivel de Atención/ASSE Saint Bois³⁵

Desde el año 2014 se viene llevando a cabo una experiencia de atención a personas trans en el marco de la Unidad Docente Asistencial (UDA) del Primer Nivel de Atención (RAP-ASSE), que funciona en el predio del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, ubicado en la zona Villa Colón del departamento de Montevideo. Las UDAs son “ámbitos donde de forma coordinada, los servicios docentes de la FMed se integran al funcionamiento de los Servicios de Salud de los prestadores públicos y privados, cumpliendo funciones de atención a la salud, enseñanza de grado y postgrado, extensión e investigación”³⁶.

La experiencia surgió a raíz de la creación de un nuevo turno de atención en dicha policlínica, en el horario vespertino/nocturno, buscando dar respuesta a dificultades de accesibilidad del servicio detectadas en una investigación. Este espacio está coordinado por médicos y médicas de la especialidad de MFyC y es abierto a toda la población. Fue en este contexto que se registró la primera atención de una persona trans, a raíz de la cual se comienza a pensar cómo brindar una mejor atención, adecuada a sus necesidades, y de qué manera promover un entorno amigable para su asistencia (Márquez, 2015).

La primera medida tomada para avanzar en esta dirección fue la capacitación y formación de los y las profesionales de la salud en la temática de diversidad sexual. Para ello se realizó el ateneo académico titulado “Atención a personas trans: otro desafío del Sistema Nacional Integrado de Salud”, en el cual especialistas de distintas áreas (Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria y la Clínica Ginecología, Unidad Académica de Bioética de la FMed, Cátedra de Endocrino-

35 Esta sección se basa en la presentación realizada por Márquez (2015).

36 Documento “Centro de Salud Saint Bois. Proyecto de creación de Unidad Docente Asistencial. Fortalecimiento del primer nivel de atención desde la interdisciplina y la participación comunitaria” (pág. 1). www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/Proyectos/udas/UDA_SB.doc (acceso 24/6/15).

logía, Cátedra de Enfermedades Infecciosas, profesionales de Salud Mental y algunos pasantes extranjeros) discutieron el asunto a partir de la consideración de dos casos clínicos (Márquez, 2015).

Asimismo se comenzó a promover la coordinación intersectorial e interdisciplinaria, destacada por los referentes de la experiencia como una dimensión clave para su éxito. Se articuló con otros servicios del primer y segundo nivel de atención y con el tercer nivel especialmente para la realización de cirugías, las cuales se viabilizaron gracias a la participación de la Clínica Ginecología A situada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y más recientemente también por la colaboración de Cirugía Plástica. Se ha resaltado además la importancia que tuvo la articulación con el Mides, permitiendo la adopción de un abordaje de la salud como un derecho humano interdependiente de otros derechos como a la identidad, el trabajo y la inclusión social (Márquez, 2015; Gainza, 2015).

Los productos generados por la experiencia de la UDA fueron principalmente dos:

1 “Escalera de abordaje”:

Es un instrumento que concentra una serie de pautas de trabajo acordadas para la atención a personas trans, a partir de la identificación de las necesidades que plantea el usuario o la usuaria. Asimismo, cumple una función central a la hora de comunicar a las personas sobre su proceso de salud. Como se puede apreciar en la ilustración 2, el dispositivo reconoce la importancia de aspectos sanitarios y no sanitarios, como el acceso al derecho de cambio de nombre y sexo registral. Entre los sanitarios, se contempla la realización de un examen físico inicial; un segundo examen físico genital; la realización de una paraclínica específica previa a la indicación de hormonoterapia; monitoreo periódico del proceso de hormonización y la posibilidad de realización de cirugías -hasta el momento, éstas están siendo instrumentadas para usuarios trans masculinos y en su primera etapa, la

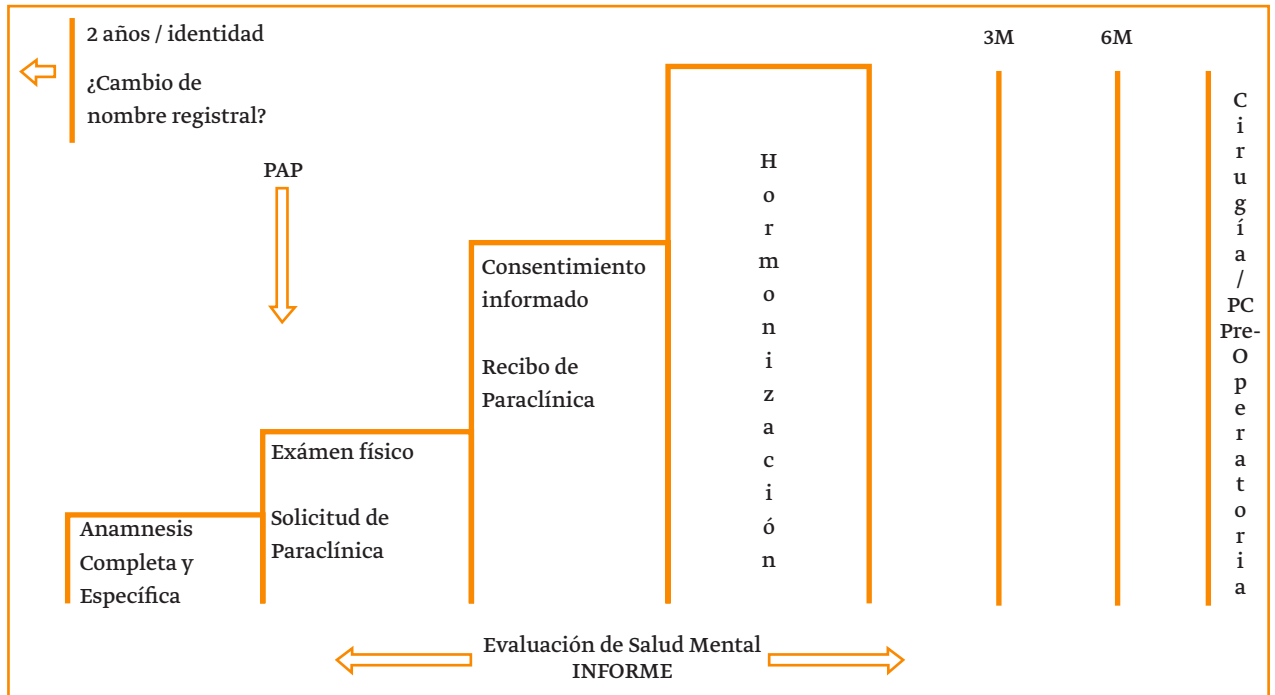
cirugía genital, que comprende la histerectomía con anexectomía- (véase ilustración 2 para más información sobre este punto). La hormonoterapia es acompañada de un consentimiento informado, por medio del cual se comunica cuáles son las transformaciones esperadas, en qué tiempo es esperable que ocurran y la reversibilidad o no de los procesos. Además, la “escalera” incluye de modo transversal la dimensión de acompañamiento psicológico, en lugar de colocarlo como un paso previo y autoritativo que habilite o no a la persona a “continuar” la secuencia establecida, como suele ocurrir con los servicios de salud que están organizados en clave de “disforia de género”. La concepción que orienta la aplicación de la “escalera” es la de atención de usuarios y usuarias sanas, no “pacientes” que requieren de la intervención del sistema de salud para su “normalización”. Esto quiere decir que no se exige diagnóstico de enfermedad para las intervenciones, acorde a la tendencia a la despatologización de las identidades trans (Márquez, 2015; Sempol et al, 2015).

2 Historia clínica amigable a la diversidad:

Se generó un formato de historia clínica que contiene preguntas específicas para personas trans (incorporando cuestiones tales como la salud ocupacional) que utiliza además la identidad de género y el nombre en el que se reconoce la persona (Márquez, 2015).

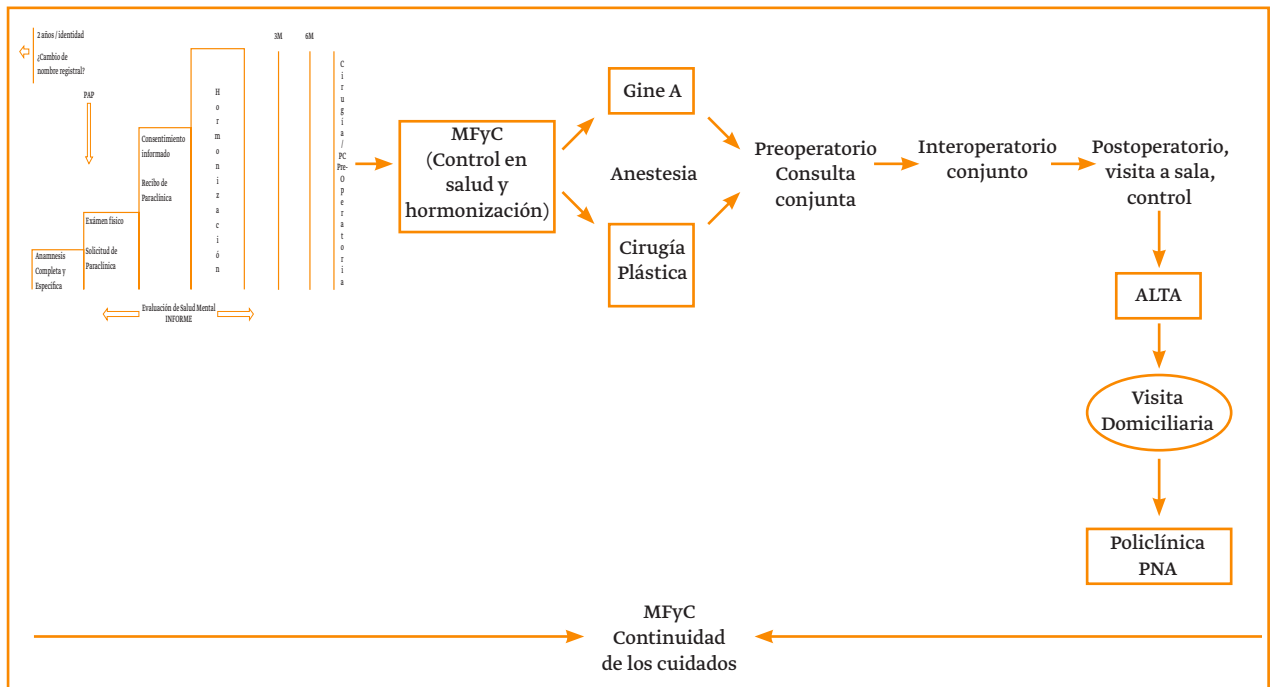
Los progresivos cambios que tuvieron lugar en la UDA para brindar una atención específica y amigable a la diversidad sexual generaron un efecto “bola de nieve”, al igual que la experiencia anterior, por el cual comenzaron acercarse, primero tímidamente y luego en mayor cantidad, cada vez más personas trans. Según informan desde el servicio, entre junio 2014 y junio 2015 recibieron un total de 600 consultas de las cuales 192 corresponden a personas que se reconocen en esta identidad de género (Márquez, 2015).

Ilustración 2. “Escalera de Abordaje”.



Fuente: Márquez (2015).

Ilustración 3. “Escalera de abordaje” ampliada: el proceso de las cirugías



Fuente: Márquez (2015)

Asimismo, cabe destacar que se promovió una participación activa de usuarios, usuarias y de colectivos organizados a nivel social en torno a la diversidad genérico-sexual durante el proceso de construcción de la experiencia. Inclusive, el encuentro en este espacio de varones trans, una población más invisibilizada y con menos redes entre sí que las mujeres trans en el país, contribuyó a la conformación del primer colectivo de hombres trans a nivel nacional, denominado “Trans Boys Uruguay” (Sempol et al, 2015).

La iniciativa también tuvo repercusiones a nivel de enseñanza-aprendizaje. Como se señaló anteriormente, las UDAs son ámbitos asistenciales pero a la vez formativos. Los datos disponibles indican que durante el año que ya transcurrió desde el inicio de la experiencia han participado, además de los docentes encargados del servicio:

- 10 estudiantes de formación de pregrado en Medicina.
- 4 Posgrados de Medicina Familiar y Comunitaria.
- 1 Posgrado en Endocrinología.
- 4 estudiantes de Psicología.
- 1 Endocrinólogo.
- Pasantes extranjeros de Brasil, Argentina, España y Perú³⁷.
- Pasantes de otras UDAs que solicitaron formación en la temática (Márquez, 2015).

Cabe destacar que la experiencia tuvo impacto más allá de la UDA y las contrapartes que contribuyeron a su desarrollo. Con la asunción de nuevas autoridades en ASSE en 2015, se catapultó la experiencia en cuestión, definiéndose la adopción de medidas generales a nivel del principal prestador de salud pública del SNIS (Sempol et al, 2015). En el mes de mayo, en el transcurso de una actividad realizada por distintas instituciones públicas en conmemoración del Día Internacional contra la Homolesbotransfobia, la Presidenta de ASSE, Dra. Susana Muñiz, anunció públicamente que las per-

sonas trans accederían a tratamientos de hormonoterapia en el primer nivel de atención³⁸. Actualmente, la RAP-ASSE está elaborando un protocolo de atención específico para mejorar la calidad de atención a esta población, en primer lugar enfocado en la hormonoterapia. La necesidad de contar con indicaciones precisas para la terapia de hormonización se debe a que existen múltiples discusiones médicas sobre el tema por lo que la indicación requiere de una precisión (Márquez, 2015).

37 La presencia de pasantes extranjeros ha servido para multiplicar la experiencia en sus países.

38 “Derecho integral a la salud: Personas trans accederán a tratamientos de hormonoterapia y protocolo de atención”. http://www.asse.com.uy/uc_7835_1.html (acceso 3/7/15)

5. Buenas prácticas y lecciones aprendidas³⁹

Esta sección y la siguiente presentan una mirada global a las iniciativas analizadas, enfocándose en resaltar las buenas prácticas y lecciones aprendidas durante su proceso de diseño e implementación.

Actores y su relacionamiento:

- Alianza estratégica entre organizaciones sociales, academia, actores gubernamentales y la cooperación internacional.
- Participación de la sociedad civil en los procesos de construcción e implementación de las experiencias facilitó la sensibilización de los equipos y ayudó a sintonizar los servicios brindados a las necesidades de la población.
- Se ha resaltado que la presencia de la UdelaR es un factor legitimador de la agenda de diversidad y políticas públicas (González, 2015). La alianza entre la FMed y ASSE ha sido especialmente mencionada como una buena práctica⁴⁰.
- La participación activa del Mides en la agenda de salud contribuye a comprender la salud como un derecho en su dimensión integral y articular las políticas en este sector con el resto de las que conforman la matriz de protección social (Gainza, 2015; Márquez, 2015). Como se señaló, el Mides ha

logrado importantes avances en el desarrollo de políticas sociales con enfoque de diversidad, por lo tanto, se convierte en un aliado fundamental para conseguir diseños e implementaciones eficaces.

Cambio cultural y marcos discursivos:

- Deconstrucción de abordajes patologizadores de las identidades trans, generando antecedentes de atención distintos al servicio desarrollado en la década del 90' en clave de "disforia de género". Se desplaza la concepción de la relación médico-paciente por una que remite a usuarios y usuarias sanas con autonomía y capacidad de decidir sobre su propio cuerpo e identidad genérico-sexual (Sempol et al, 2015; Márquez, 2015).
- Sintonización entre sociedad civil y actores estatales involucrados en las experiencias en un marco discursivo y político de derechos humanos e inclusión social. Pensar la salud como derecho humano implica concebirla en su integralidad y relación con otros derechos (Gainza, 2015; Márquez, 2015; González, 2015).
- Las capacitaciones y sensibilizaciones fueron una herramienta central para el éxito de las iniciativas (González, 2015; González Guyer, 2015; Márquez, 2015). Permitieron la revisión de estereotipos y prácticas generando impacto en procesos personales e institucionales que van más allá del proyecto (González y Soto, 2014). Pero tal y como destacó la representante de la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) en la jornada, Mariana González Guyer, tan importante como hacer ins-

³⁹ Este listado se construyó a partir de las intervenciones realizadas en el desayuno de trabajo. Si no se indica el nombre de la persona que la planteó, se debe a que fue un ítem mencionado por muchos o todos los intervinientes en el debate o agregado por la consultora a raíz de toda la información sistematizada.

⁴⁰ El punto fue planteado en intervención en el debate por la Dra. Zaida Arteta, integrante de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de FMed.

tancias de formación es que se utilicen metodologías efectivas en estas. De utilidad para las experiencias analizadas fueron el uso de dinámicas de trabajo vivencial, la interdisciplina y los materiales audiovisuales elaborados desde la propia sociedad civil de la diversidad sexual⁴¹. Asimismo, se destacó como una buena práctica del piloto CSLH el cerrar el centro de salud por una jornada para realizar la capacitación, como una señal de jerarquización de la temática y a la vez una manera de incluir a todo el personal en la actividad (González, 2015).

Institucionalidad y estrategias de intervención:

- Adherencia a una perspectiva universalista que aborda el tema desde una mirada integral y no desde el estigma y la segmentación que se traduce en la construcción de servicios LGBT exclusivamente. El horizonte es transversalizar la perspectiva de diversidad en todo el sistema de salud y no la creación de institutos especializados.
- El trabajo en el primer nivel de atención ha demostrado ser efectivo por ser la “puerta de entrada” de los individuos al sistema sanitario y para lograr abordajes que no sean centrados en la enfermedad sino desde la integralidad (Márquez, 2015; Sempol et al, 2015).
- La experiencia piloto del CSLH presentó como una limitación importante para la captación de usuarios y usuarias trans el hecho de que no ofrecían en forma gratuita hormonoterapia ni tratamientos que permitan transformar rasgos sexuales secundarios, dos necesidades claves en el terreno de la salud para las identidades trans (Johnson y Sempol, 2015). Este déficit se revierte con la experiencia de la UDA y la posterior definición de ASSE de brindar hormonoterapia.
- El principal prestador público/estatal del SNIS ha quedado a la vanguardia de las transformaciones del sector salud en relación a la inclusión de la di-

versidad, facilitando la adopción por parte del MSP de políticas que abarquen al resto de los prestadores privados y asegurando desde el inicio que no hayan exclusiones por motivo de nivel socioeconómico de la población (Muñiz, 2015).

41 En el marco de la experiencia se elaboraron los videos denominados “¿Cuál es la diferencia?”. Disponibles en: <https://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79Zls> (acceso 8/10/15).

6. Desafíos

Actores y su vinculación:

- Sostener diálogos y colaboraciones entre sociedad civil y Estado que sean constructivas, reconociendo y respetando los tiempos y dinámicas específicas de las contrapartes (Lustemberg, 2015).
- Instalar ámbitos formales de participación de actores sociales en distintas fases del proceso de elaboración de las políticas de salud.
- Aceitar la coordinación entre las iniciativas puntuales que se han venido llevando a cabo para potenciar su impacto (UDA, Centro de Salud de Ciudad Vieja y Barros Blancos, el CRAM, etc.). El MSP, en tanto organismo rector de las políticas de salud, debe jugar un rol central en identificar y articular a las instituciones que estén trabajando desde esta perspectiva (Forrisi y Aguirre, 2015).
- Establecer mecanismos de vinculación e interacción en la atención a patologías prevalentes (ITS-VIH, salud mental, salud ano rectal) (Forrisi y Aguirre, 2015).
- El papel de la cooperación internacional fue fundamental para impulsar experiencias “semilla” cuyas metodologías puedan difundirse y replicarse en el país y en el extranjero.

Cambio cultural:

- Profundizar el vínculo entre el sistema de salud y sistema educativo⁴², utilizando como plataforma la

Ley de Salud Sexual y Reproductiva y la comisión interinstitucional integrada por la Comisión de Educación sexual de la ANEP, el MSP a través del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Programación Estratégica en Salud, el Mides por medio de INMUJERES y UNFPA⁴³.

- Generar campañas de sensibilización en salud y derechos de personas LGBTI para la ciudadanía en general, apuntando a deconstruir estigmas y promover el reconocimiento social de la diversidad sexual (González, 2015). No alcanza con modificar la legislación; también es preciso apuntar a transformaciones culturales y para ello, es necesario combatir el desconocimiento que la ciudadanía tiene sobre el tema, que es una de las mayores fuentes de discriminación (González Guyer, 2015).
- Multiplicar los procesos formativos en derechos humanos y diversidad sexual dirigidos al personal de salud -medicina, enfermería, psicología- así como también a funcionariado de mantenimiento y administrativo de los centros de salud. Profundizar la línea de formación de los equipos de Salud Sexual y Reproductiva y del Primer Nivel de Atención que propuso el MSP.
- Continuar avanzando en el proceso de curriculización de estos tópicos en las carreras de profesionales de la salud. La experiencia de la Facultad de Psicología mencionada es una referencia en este sentido⁴⁴.

42 Intervención de la Dra. Clara Niz en el intercambio generado en el Desayuno de Trabajo.

43 <http://www.unfpa.org/calendario/index.php?EventId=48> (acceso 8/10/15).

44 Intervención realizada por Gonzalo Gelpi de la Facultad de Psicología, UdelAR, en el debate.

- Es importante trabajar la dimensión de la enseñanza en estrecho vínculo con la investigación académica. Está pendiente el debate académico en torno a la concepción de salud y las nociones de “pacientes sanos” versus “patología” que emergen de estas experiencias.
- Las concepciones de salud asociadas a abordajes integrales, intersectoriales e interdisciplinarios, así como de continuidad de la atención y el enfoque familiar y social, son propias de la especialidad de la medicina que estuvo más vinculada a las experiencias relevadas: la MFyC (Márquez, 2015). Aunque las directrices de la reforma de la salud sirvieron para dar un impulso a este paradigma en todo el sistema, se requiere un trabajo específico para “empapar” a otras especialidades de estos discursos y marcos interpretativos que fueron claves para el surgimiento y éxito de las iniciativas.

Diagnósticos, evaluación y monitoreo:

- Relevar el avance en el cumplimiento del Capítulo de Diversidad Sexual de las Guías de Salud Sexual y Reproductiva en los distintos prestadores de salud y el grado de conocimiento que tiene el funcionario respecto de este instrumento. Los resultados que brinde esta revisión pueden servir como línea de base/diagnóstico para diseñar nuevas estrategias desde el MSP (Forrisi y Aguirre, 2015).
- Realizar diagnósticos específicos de la situación de las personas intersex en Uruguay, colectivo que permanece invisibilizado en la agenda y que tiene un vínculo con el sistema sanitario determinante (González, 2015). Otro elemento que requiere ser analizado con mayor detenimiento es la cuestión de las identidades trans en la infancia y adolescencia para elaborar política atentas a la dimensión generacional⁴⁵.
- Institucionalizar las iniciativas descritas, favoreciendo la construcción de capacidades estatales que permitan:

⁴⁵ Sugerencia de Valeria Ramos (UNFPA-Uruguay) realizada durante la revisión del documento.

- contar con registros de información fiables y estadísticas construidas desde una perspectiva de derechos humanos, género y diversidad sexual, fundamentales para mejorar el diseño y la implementación de las políticas de salud y hacer un seguimiento de las mismas. Propiciar la articulación y difusión de información y estadísticas públicas entre instituciones (por ejemplo, Mides-MSP). Producir información cuantitativa y cualitativa sobre las necesidades de salud de la población LGTBI, que permita contar con una línea de base para la formulación de políticas públicas integrales (González y Soto, 2014; Forrisi y Aguirre, 2015; Sempol, 2015).
- Protocolizar los dispositivos, herramientas y metodologías que se han construido en estos procesos, de modo tal de “dejarlos por escrito”, aportar a su sostenibilidad en el tiempo y facilitar la transferencia de aprendizajes hacia otros centros de salud y policlínicas.
- Contar con diseños de las experiencias que estén formalizados en documentos, indicando objetivos y metas claras, es un aspecto fundamental para poder monitorear y evaluar las políticas (González, 2015; González y Soto, 2014).

Institucionalidad y construcción de estrategias de intervención:

- Continuar y ampliar el proceso de transversalización de la perspectiva de la diversidad sexual en los servicios de salud incluyendo a todos los efectores del SNIS, priorizando el primer nivel de atención y los servicios de urgencia (Muñiz, 2015; Forrisi y Aguirre, 2015; Sempol, 2015).
- Normatizar para todos los efectores del SNIS los siguientes aspectos:
 - Utilización del nombre elegido por la persona conforme a su identidad de género, aun cuando no se haya procedido a la modificación de documentos identificatorios.
 - Prestaciones obligatorias en los tres niveles de atención, incluyendo la atención de los efectos

de la violencia basada en la homolesbotransfobia y las específicas de la población trans (la hormonización, atención del vello y cirugía de adecuación del cuerpo).

- Tratamiento de los datos sobre identidad de género y orientación sexual en la historia clínica, asegurando su registro en forma respetuosa de la diversidad.
 - Forma de asignación de camas, salas y baños conforme a la identidad de género, en las instalaciones hospitalarias y centros de salud, aun cuando no se haya procedido a la modificación de documentos identificatorios.
 - Intervenciones en salud en relación a las personas intersex (González, 2015).
- El nombre de la experiencia Centros de Salud Libres de Homofobia resultó problemático en dos sentidos: i) no visibiliza la especificidad de la violencia y discriminación que afecta a distintos colectivos de la diversidad sexual, como lesbianas y trans, por lo que sería más adecuado referir a Centros de Salud Libres de Homolesbotransfobia, como de hecho ya están haciendo varios actores vinculados a la experiencia⁴⁶; ii) generó confusión interpretándose como centros de atención exclusiva a población LGTB. Otra tensión que se plantea como latente es la visibilización de los derechos y necesidades específicas de las personas LGTB en la salud y la inclusión de todas las diversidades (González y Soto, 2014).
 - Descentralización de las experiencias analizadas y extensión a todo el territorio nacional, especialmente en el norte del país donde las condiciones e indicadores de salud en general presentan un diferencial importante (negativo) en relación al resto de las regiones (Lustemberg, 2015; Márquez, 2015). La Presidenta de la Federación Uruguaya de la Diversidad Sexual (FUDIS) y el representante del Colectivo “Gente Diversidad” del departamento de

Salto presentes en el evento que se registra aquí, se concentraron especialmente en resaltar las dificultades existentes en otros departamentos alejados de la capital, especialmente en el norte.

- Gestionar la demanda creciente por parte de la ciudadanía por servicios sanitarios atentos a la diversidad genérico-sexual que se generó a raíz de las experiencias relevadas para asegurar una atención adecuada a todas las personas (Márquez, 2015).
- Avanzar en las prestaciones brindadas a la población trans, desarrollando protocolos no sólo de hormonización y vinculados a las cirugías sino también más generales que aborden su atención de modo integral⁴⁸. El foco en la atención a personas trans no debe oscurecer la importancia de atender a todas las diversidades, prestando atención también a la situación de discriminación de gays, lesbianas y bisexuales (González y Soto, 2014)⁴⁹.
- Establecer protocolos de atención no discriminatoria que rijan para todo el funcionariado de las instituciones de salud, señalando las condiciones mínimas que debe cumplir un servicio del primer nivel de atención para ser calificado como libre de discriminación por identidad de género y orientación sexual⁵⁰. Entre otras cuestiones, la sistematización de los CSLH sugiere considerar las siguientes cuestiones:
 - Utilización de lenguaje no discriminatorio;
 - Capacitación permanente del funcionariado;

47 Nuevamente el caso argentina es una referencia cercana a tomar en cuenta, véase el documento “Atención de la salud integral de las personas trans: Guías para equipos de salud” elaborado por el Ministerio de Salud. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf> (acceso 30/9/15).

48 Este ítem fue también mencionado por la Presidenta de la FUDIS, Mercedes da Rosa.

49 En el comentario hecho por González Guyer (2015) se destacó la utilidad de contar con instrumentos tipo “sellos de calidad” que se otorguen a centros que cumplan con ciertas condiciones sin que se confunda con ser un centro solamente destinado a las personas LGBTI.

50 Para un análisis en profundidad de la ley antidiscriminación en Uruguay y el uso de mecanismos de denuncias disponibles por tipo de discriminación, área temática e institución, véase Sempol (2015).

46 Ver por ejemplo la intervención de Sempol (2015) en la mesa de apertura del encuentro.

- Disponibilidad de información sobre la diversidad sexual para las usuarias/os,
 - Disponibilidad de servicios, medicamentos y exámenes de calidad;
 - Disponibilidad de servicios de atención de las situaciones de violencia basada en homofobia a cargo de personal especializado, así como registro y sistematización de las situaciones de violencia basada en homofobia;
 - Determinación de los criterios de registro de la orientación sexual, la identidad de género y otros datos sensibles en la historia clínica;
 - Criterios en relación al uso de los baños del establecimiento y su adecuación para la diversidad (González y Soto, 2014).
- Generar, de modo complementario, mecanismos de denuncia y queja por motivo de discriminación en las instituciones de salud por parte de los usuarios y usuarias (González, 2015). Asimismo, se sugiere facilitar el acceso y difundir los mecanismos ya existentes en el marco de la INDDHH con esta finalidad, dado que, como explicó la representante de la institución en la jornada, la recepción de denuncias sobre discriminación por identidad de género y orientación sexual en el ámbito de la salud es casi insignificante (González Guyer, 2015).
 - La sistematización de los CSLH identifica que hay necesidades de salud cuya cobertura todavía es insuficiente o nula, destacando el caso de las situaciones de violencia homofóbica y transfóbica tanto en el ámbito doméstico como en el comunitario, laboral, educativo, etc. (González y Soto, 2014:43). Una recomendación que surge de esta debilidad es integrar la prevención, detección, atención a la violencia basada en orientación sexual e identidad de género como parte del abordaje de la violencia basada en género desde el sector salud. Entre las recomendaciones específicas del informe se mencionan la necesidad de disponer de servicios de atención de las situaciones de violencia basada en homofobia a cargo de personal especializado y el registro y sistematización de las situaciones de violencia basada en homofobia (González y Soto, 2014:63).
 - Continuar trabajando en mejorar el marco legislativo; aunque las nuevas leyes promotoras de derechos para personas LGBTI avanzaron mucho, aún conviven con otras que reproducen modelos heteronormativos y sexistas así como con vacíos o lagunas que pueden generar resultados contradictorios (González Guyer, M., 2015; González, 2015). En particular, se identifican dificultades en el plano de la implementación de las normas, siendo frágiles los mecanismos de exigibilidad disponibles por la ciudadanía para garantizar sus derechos (monitoreo, rendición de cuentas, evaluación, queja y reparación) (González y Soto, 2014).

7. Reflexión final

Los augurios son positivos. El repaso realizado arroja que en Uruguay existe un cúmulo de condiciones favorables para avanzar hacia el diseño de una política nacional de salud desde la perspectiva de diversidad género-sexual y derechos humanos⁵¹:



El avance que se logre dependerá de la sinergia que logren los actores y las estrategias que desarrollen para aprovechar la ventana de oportunidad política que se abrió para la construcción de política de salud desde una perspectiva de derechos humanos y diversidad sexual.

51 En el Desayuno de trabajo estuvieron presentes y ratificaron su voluntad de avanzar esta agenda las autoridades de la salud, la Subsecretaria de Salud Cristina Lustemberg, y la Presidenta de ASSE, principal prestador de salud público del SNIS.

8. Referencias: bibliografía consultada y presentaciones citadas.

Alidadi, F., J. Arias, R. Bintrim, M. Miller, A. La Rotta y A. Tummin (2015). “Índice de Inclusión Social 2015”, en *The Policy Journal for our Hemisphere*, Vol. 9, N°3.

Gainza, P. (2015). Presentación realizada en la Mesa de Apertura del Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

González, D. (2015). “Centros de salud libres de homofobia: Experiencia Piloto. Sistematización de la experiencia”. Presentación realizada en el Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

González, D. e I. Soto (2014). “Sistematización del proyecto: Centros de Salud Libres de Homofobia - experiencia piloto. Informe final”. UNFPA. Inédito.

González Guyer, M. (2015). Comentarios realizados al Panel de Contribuciones en el marco del Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Forrisi, F. y R. Aguirre (2015). “Los requerimientos de salud de la población LGBT: una respuesta en construcción”. Áreas Programáticas Salud Sexual y Reproductiva y Salud de las Mujeres. Presentación realizada en el Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Freitas de León, P. (2011). *Vestidos en el Aula. Guía educativa sobre diversidad afectivo sexual*. Montevideo: Llamale H.

Johnson, N. y D. Sempol (2015). “Igualdad de género y derechos de la diversidad sexual: avances y rezagos

en el gobierno de Mujica”. Instituto de Ciencia Política (en prensa).

Lukomnik, J. (2013). *La identidad de género en las políticas sociales: Informe de monitoreo sobre las políticas de inclusión de la población trans*. Montevideo: Mides.

Lustemberg, C. (2015). Presentación realizada por la Vice-Ministra de Salud Pública en la Mesa de Apertura del Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Márquez, D. (2015). “Atención Integral a las Personas Trans”. Adjunto a la Presidencia de ASSE. Presentación realizada en el Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Mides (2015). *Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans. Documento Base, TRANSFORMA 2015*. Documento en línea, disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57928/1/doc_base_transforma_2015.pdf (acceso 8/10/15).

Mora, L. (2015). Comentarios realizados al Panel de Contribuciones en el marco del Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Muñiz, Susana (2015). Presentación realizada por la Presidenta de la Administración de Servicios Sanitarios del Estado en la Mesa de Apertura del Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Pautassi, L. (2010). “El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión”. Presentación realizada en el Taller de expertos Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones. CEPAL- GTZ. Documento en línea, disponible en: http://www.eclac.cl/ddds/noticias/paginas/7/37567/LauraPautassi_Derechos_polsoc.pdf (acceso 8/10/15).

Pecheny, M. (2001). “De la “no-discriminación” al “reconocimiento social: Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina”. Ponencia presentada en el XXIII Congreso de la Latin American Studies Association, Washington DC, 6-8 de setiembre. Documento en línea, disponible en: <http://www.pseudoghetto.com/PechenyMario.pdf> (acceso 8/10/15).

Rocha Carpiuc, C. (2014). *Diversidad sexual en Uruguay. Las políticas de inclusión social para personas LGBT del Ministerio de Desarrollo Social (2010-2014)*. Montevideo: Mides.

Sempol, D. (Coord); M. Calvo, C. Rocha Carpiuc y M. Schenck (2015). *Corporalidades trans y sistema biomédico: El caso de la Unidad Docente Asistencial del Saint Bois*. Informe del convenio ICP-UdelaR/Mides: Montevideo (en prensa).

Sempol, D. (2015). Presentación realizada en la Mesa de Apertura del Desayuno de Trabajo “Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI”. 8 de setiembre de 2015, Montevideo.

Sempol, D. (2014). “Jóvenes y trans: posibles líneas de acción para el Plan Nacional de Juventud (2015-2025)”. En INJU *Plan de Acción de Juventudes 2015-2025. Estudios*. Montevideo: Mides.

Sempol, D. (2013). *De los baños a las calles. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*. Montevideo: Debate.

Vignolo, J., M. Vacarezza, C. Álvarez y A. Sosa (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”. *Arch Med Int*, Vol. 33, N° 1, pp. 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2011000100003&lng=es (acceso 17/9/15).

9. Glosario de siglas y acrónimos

- ANEP - Administración Nacional de Educación Pública
- ANII - Agencia Nacional de Investigación e Innovación
- ASSE - Administración de Servicios de Salud del Estado
- CEPAL - Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina
- CONACIDA-MCP - Comisión Nacional de Sida - Mecanismo de Coordinación País
- CSLH - Centro de Salud Libre de Homofobia
- EDISA - Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción
- FMed - Facultad de Medicina, UdelaR.
- FUDIS - Federación Uruguaya de la Diversidad Sexual
- HSH - Hombres que tienen sexo con otros hombres
- INDDHH - Institución Nacional de Derechos Humanos
- INMUJERES - Instituto Nacional de las Mujeres, Mides
- LGBTI - Lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex
- MFyC - Medicina Familiar y Comunitaria
- Mides - Ministerio de Desarrollo Social
- MSP - Ministerio de Salud Pública
- MYSU - Mujer y Salud en Uruguay
- NNUU - Naciones Unidas
- PES - Programa de Educación Sexual
- PIDECS - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- OEA - Organización de Estados Americanos
- OMS - Organización Mundial de la Salud
- ONUSIDA - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
- OPS - Organización Panamericana de la Salud
- RAP - Red de Atención del Primer Nivel
- SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud
- UDA - Unidad Docente Asistencial
- UdelaR - Universidad de la República
- UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas

ANEXO

Programa

Desayuno de trabajo en el marco de Setiembre: Mes de la Diversidad Sexual


Martes 8 de setiembre de 2015, de 8.45 a 12 horas, Balmoral Plaza Hotel - Pza. Cagancha 1126

Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI

Apuntamos a generar un espacio intersectorial de reflexión para la efectiva implementación de políticas integrales de salud hacia las personas LGBTI, desde una perspectiva de derechos, género y diversidad. Se tomará como punto de partida las experiencias e insumos disponibles desde MSP, ASSE, MIDES, UDELAR, Sociedad Civil y UNFPA.

Agenda de la reunión:

- 8.45 horas - Desayuno de bienvenida
- 9.00 horas - Mesa de apertura: Cristina Lustemberg, Vice-Ministra de Salud Pública; Susana Muñiz - Presidenta de ASSE; Patricia Gaínza, MIDES, Valeria Ramos - UNFPA, Diego Sempol - Ovejas Negras
- 9.15 horas - Panel de contribuciones: Diana González -Consultora - “Centros de salud libres de Homofobia”, Daniel Márquez - ASSE “Abordaje de la salud integral de las personas Trans”, MSP - “Los requerimientos de la salud LGBT: una respuesta en construcción”.
- 10.00 horas - Comentaristas: Mariana González Guyer - Integrante del Consejo Directivo de la INDDHH, Luis Mora - Responsable del Área de Género, Derechos Humanos y Cultura UNFPA - New York.
- 10.30 horas - Intercambio general.
- 12.00 horas - Cierre.



El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) provee apoyo técnico y financiero en las áreas de población y desarrollo, salud reproductiva y género, fortaleciendo las capacidades nacionales para el diseño e implementación de políticas, estrategias y programas.

El UNFPA promueve la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza. Su mandato también responde a asegurar que todo embarazo sea deseado, todo parto seguro, todos y todas las jóvenes estén libres de VIH/SIDA y las niñas y mujeres puedan desarrollar sus proyectos de vida siendo tratadas con dignidad y respeto.



Fondo de Población de las Naciones Unidas
La Cumparsita 1373 Oficina 803
C.P. 11200, Montevideo, Uruguay
Tel.: (598) 2903.69.81
<www.unfpa.org.uy>