

CENTRO CULTURAL DE LA COOPERACIÓN
FLOREAL GORINI
ANUARIO DE INVESTIGACIONES
AÑO 2013

DEPARTAMENTO DE SALUD
LUCÍA CAVALLERO, ANA MINES, LORENA VOLPIN.

“CÓMO OPERA EL HETEROSEXISMO EN EL SISTEMA DE SALUD ACTUAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES (AMBA). UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE EXPERIENCIAS DE TRANS FEMENINAS, TRANS MASCULINOS, LESBIANAS Y GAYS”



Publicación Anual - N° 4
ISSN: 1853-8452

Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Av. Corrientes 1543 (C1042AAB) - Ciudad de Buenos Aires - [011]-5077-8000 - www.centrocultural.coop

Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Anuario de Investigaciones - Año 2013
Directores de la publicación:

Pablo Imen
Paula Aguilar
Marcelo Barrera
Ana Grondona

Natacha Koss
Gabriela Nacht
Luis Wainer
Sofía Calderón

Director del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini: Prof. Juan Carlos Junio

Subdirector: Ing. Horacio López

Director Artístico: Juano Villafañe

Secretario de Ediciones y Biblioteca: Jorge C. Testero

Secretario de Investigaciones: Pablo Imen

Secretario de Comunicaciones: Luis Pablo Giniger

© Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Av. Corrientes 1543 (C1042AAB) - Ciudad de Buenos Aires - [011]-5077-8000 -
www.centrocultural.coop

© De los autores

Todos los derechos reservados.

ISSN: 1853-8452

“Cómo opera el heterosexismo en el sistema de salud actual en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Una aproximación a partir de experiencias de trans femeninas, trans masculinos, lesbianas y gays”

Lucía Cavallero
Ana Mines
Lorena Volpin

“Siempre tenés que estar peleando para que te consideren persona”
Activista trans

1. Introducción

El siguiente informe es el resultado de una investigación de carácter exploratoria mediante la cual buscamos conocer e interpretar las representaciones y prácticas heterosexistas y homofóbicas en el sistema de salud del AMBA, sus modos de operar y sus efectos.

Para ello, utilizaremos, a modo de herramientas, conceptos elaborados desde la sociología, los estudios de género, el feminismo, la sociología de la salud, especialmente desde el enfoque de la salud colectiva.

La idea del trabajo será, justamente, contribuir, aunque sea modestamente, a la proliferación de ideas-insumos que nos ayuden a pensar un sistema de salud que desarrolle sus conocimientos y prácticas a partir de posiciones situadas e interseccionales¹ reconociendo, desde el respeto y el cuidado, la multiplicidad de lo social, lo biológico, lo sexual, etc. En efecto, el objetivo final de esta producción es (re)conocer los mecanismos de la(s) violencia(s) heteronormativa(s), sus modos de operar productivamente. Pretendemos también reconstruir el desarrollo de estrategias de resistencia, colectivas e individuales.

En este trabajo entendemos por heterosexismo a una de las tantas dimensiones estructurales que ordenan y performan las relaciones sociales de las sociedades occidentales actuales. La homolesbotransfobia, es decir, los diferentes tipos de maltrato explícito a las personas que tienen una sexualidad, identidad y/o expresión de género disidentes, es una de las tantas formas que tiene de expresarse. También hay otras más sutiles como el silencio, la exclusión, el dar por sentado “verdades” (heterosexuales) sobre lxs sujetxs, su identidad, sexualidad, etc.

1

Para dar cuenta del alcance de este concepto, María Lugones problematiza la ontología de las mujeres de color. Así afirma, que “como mujeres de color necesitamos enfatizar posiciones del sujeto interseccionales y la sobreimposición tanto de opresiones solapadas como entremezcladas, mientras trabajamos por la formación de puentes que transformen círculos resistentes menos complejos en afiliaciones polimorfos. Esta tarea nos impone salvar las barreras comunicativas y cognitivas levantadas para mantenemos apartados unos de otros por medio de la institucionalización de la dominación cultural” (2005: 74). Lo que esta autora quiere decir es que ciertas subjetividades se constituyen en la complejidad de múltiples cruces identitarios, ya sean raciales, de clase, sexo genéricos, etc. y ese “lugar” particular en donde el cruce se produce, constituyendo la particularidad de un sujeto o grupo, no es lo mismo que una sumatoria de variables.

Para realizar esto, hemos revisado producciones recientes referidas a la temática, fuentes secundarias y primarias. Éstas últimas consisten en las 16 entrevistas en profundidad realizadas a lo largo del año 2013 y principios del 2014 a trans femininas y masculinos, a lesbianas y a gays residentes en el AMBA. El criterio de selección de casos se realizó “según propósitos” (Maxwell, 1996) complementado con la técnica de muestreo “bola de nieve”. Las entrevistas se realizaron teniendo como guía un cuestionario semi estructurado el cual permitió indagar en las cuestiones establecidas como relevantes según los objetivos aquí planteados, al mismo tiempo que explorar y profundizar en emergentes que surgieron en diferentes casos. Por otro lado, queremos destacar que los datos personales de lxs entrevistadxs van a ser preservados siguiendo criterios de confidencialidad.

Por último, nos gustaría pensar este trabajo como un modo de recuperar experiencias; como un aporte a la construcción de una memoria colectiva de estrategias y vivencias que nos ayuden a construir un presente y un futuro mejor.

2. La salud, biomedicina y el sistema de salud del AMBA. Aproximaciones generales

La definición de salud y el desarrollo de los servicios no sólo es una cuestión compleja sino histórica. No se trata solamente de un medicamento mal o bien indicado, de una demanda satisfecha o no, insuficiente o mal enfocada. La relación entre el sistema de salud y los procesos de salud y enfermedad de los/as sujetas/os y grupos está atravesada por múltiples dimensiones. En ella intervienen, según la situación, intereses de tipo económico, culturales, religiosos, políticos etc. La homofobia y la medicalización innecesaria son ejemplos.

Como afirma Nikolas Rose “la política vital de nuestro tiempo (...) no se encuentra delimitada por los polos de la salud y la enfermedad, ni se centra en eliminar patologías para proteger el destino de la nación. Antes bien, se ocupa de nuestra capacidad, cada vez mayor de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas. Es, como sugiero, una política de la vida en sí” (Rose, 2012:25). En términos generales, la política de la vida, en la cual, tanto la noción de salud, la salud como imperativo y las instituciones de la salud, tienen un papel preponderante a la vez que funcionan a partir de la premisa de homogeneización/normalización. Consecuentemente, subjetividades y corporalidades no asimilables quedan excluidas del campo de la normalidad, por ejemplo, travestis, negrxs, inmigrantes etc.

La idea de salud no es algo dado, biológico o a-histórico. Las enfermedades tienen su historia, el cuerpo tiene su historia, la salud y sus definiciones, también².

Iván Illich, filósofo de la salud, propuso en la década de los '70, que “la salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto, sino una reacción autónoma, aunque culturalmente moldeada, frente a la realidad socialmente creada. Ella designa la habilidad de adaptarse a los ambientes mutables, al crecimiento y al envejecimiento, a la cura ante la enfermedad, al sufrimiento y a la expectativa pacífica de la muerte. La salud abarca el futuro también, y por lo tanto, incluye la angustia así como los recursos internos para convivir con ella” (Illich, en Passos Nogueira, 2008: 9).

2

Por ejemplo, la OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>).

Por lo tanto, la salud va a ser, de algún modo, particular para cada individuo según sus capacidades, recursos, contexto, etc. Por ello tomamos lo que propone Eduardo Menéndez cuando afirma que la atención en salud debe partir de lo que lleva el paciente en la demanda y no de las premisas que el/la médico/a trae consigo (Eduardo Menéndez, 2009).

Esta idea está relacionada con la también con uno de los aportes del paradigma de la salud colectiva según el cual, el sistema de salud no sólo debe reconocer sino que debe favorecer la autonomía de los sujetos. Este mismo sentido de autonomía y empoderamiento es el que expresa, como carencia y como deseo una de nuestras entrevistadas: “la salud tiene que empezar por casa y por tener conciencia. Por ejemplo, en nuestro colectivo, dejar de usar la silicona industrial para modificar nuestro cuerpo para que sea acorde con lo que sentimos” (Trans femenina, Berazategui).

La salud excede el contacto de las personas con los sistemas médicos o de salud³, de hecho, las prácticas de autoatención no sólo son las más extendidas (Menéndez, 2009) sino que tienen mucha relevancia en términos de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Tomando aportes algunos de los pensamiento de Iván Illich, el punto no es extender los beneficios de la medicina a los no privilegiados, ni denunciar las vinculaciones espurias de los médicos con los intereses de la gran industria. Lo que se busca es otra medicina, basada en un modo distinto de entender la salud. Illich elabora principalmente dos críticas: por un lado considera que las personas son expropiadas en su capacidad de cuidar de su salud y esto disminuye los beneficios que racionalmente podrían ser retirados de la tecnología médica moderna. En este caso, la propuesta principal de Illich es establecer cierto orden ético-político entre acciones de salud autónomas y heterónomas. La segunda crítica consiste en visibilizar la obsesión contemporánea alrededor del cuerpo, un consumismo capitalista alrededor del cuerpo saludable.

La gran mayoría de los programas y políticas de salud vigentes en Argentina, y específicamente en la zona de CABA y del AMBA, reproducen el enfoque hombre/mujer-femenino/masculino sin matices, haciendo proliferar estereotipos heterosexuales, clasistas y racistas. En la práctica de atención de consultorio, esto tiene consecuencias excluyentes y violentas para identidades, sexualidades, expresiones de género y prácticas que no se correspondan con ese mandato.

El tema es cómo la premisa heterosexista del sistema médico impacta, por un lado, en la interacción concreta entre una o un paciente lesbiana, gay /o trans (a partir de ahora LGT) en el consultorio, y, por otro, en la formación/herramientas/información con la que cuenta o no la/el médico/a para interpretar y atender la dolencia o demanda exclusiva o propia de esa población. Como dice Passos Nogueira, reproduciendo un diálogo ideal entre un médico y un paciente “si usted no está de acuerdo con lo que creo y con la manera en la que deseo vivir, no hay nada que pueda hacer por mí” (Passos Nogueira 2008: 19). Como queda reflejado en esta idea, nuestra apuesta aquí es pensar que la calidad de la atención en salud no es producto de la acumulación de tecnologías ultramodernas y de la formación de personal altamente especializado. Por el contrario, la calidad de atención va a estar dada por la capacidad de abordar de modo integral la situación del/la “paciente”, como por el hecho de incorporar su experiencia, conocimientos y deseos como punto de partida del relato que surge en la interacción de la atención. La relevancia consiste en que según el enfoque que se tome en la atención se puede llegar a respuestas (diagnósticos, tratamientos, estudios, etc.) disímiles,

3

En este sentido retomaremos la definición de la OMS que entiende que un sistema de salud “es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero” (<http://www.who.int/es/>).

corriendo el peligro además de ser erróneos o desacertados⁴. En palabras de R. Passos Nogueira, “la Salud convencional ha mirado al individuo y a la población y a la naturaleza como objetos a ser intervenidos por parte de la norma funcional y la ciencia positiva mientras que, la Salud alternativa requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, en interacción con la naturaleza y al mismo tiempo que constituyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, y para prevenir y atender enfermos” (Passos Nogueira, 2008: 17).

2.a. La Biomedicina como modelo y como modo en el AMBA

En líneas generales y salvo excepciones, el sistema sanitario argentino responde al paradigma biomédico. Las grandes características bajo las que se agrupa este modelo son la identificación con la racionalidad científica, la a-historicidad⁵ y con el positivismo como marco epistemológico y metodológico, el considerarse como el mejor saber sobre el cuerpo y sus procesos y generar una relación de subalternidad con otros tipos de saberes y técnicas. Los/as propios/as curadores/as tratan de mantener su propia identidad como curadores, esto se expresa a través del seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea⁶. La relación médico/paciente que se establece, en términos generales, en el modelo biomédico, se caracteriza especialmente en el primer nivel de atención pero también a nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la del propio médico (Menéndez, 2009).

La medicalización de los procesos corporales es un proceso que se ha extendido ininterrumpidamente desde el inicio del desarrollo de los sistemas sanitarios occidentales, a mediados del siglo XIX. Éste se ha ligado a las necesidades de los estados de establecerse mediante el control de las poblaciones como también, fuertemente, a fines mercantiles. Sin embargo podríamos hablar de una medicalización selectiva, o sea, es un proceso combinado con cierta exclusión estructural, o, una diferencia o desigualdad estructural en términos de posibilidad de acceso. Como dice Graciela Natella (2010), medicalización y falta de acceso al sistema de salud son dos caras de un proceso global. Para la población LGT este punto es clave, ya que más allá de sus otras determinaciones sociales, la sexualidad, identidad sexual y/o de género va a actuar, de modo diferencial (los matices y diferencias serán tratados más adelante), como una barrera, retardador,

4

Para ejemplificar esta afirmación pueden verse los videos producidos por el Colectivo Ovejas Negras de Uruguay, en el marco de la Campaña “Consultorios libres de homofobia”. Disponibles en:
<http://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpxQY>

5

Como dice Menéndez, “la a-historicidad posibilita dejar de lado uno de los procesos más trabajados por las ciencias sociales (...): el proceso de medicalización (...). Dicho proceso –y su análisis histórico- (...) ha evidenciado –entre otros procesos- la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino también a la propuesta de tratamientos en gran medida basados en los medicamentos” (Menéndez, 2009: 48).

6

“Esta es la manera dominante de actuar de la biomedicina, que si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía” (Menéndez, 2009: 33).

sesgo, etc. en la atención médica.

2.b. Un diagnóstico preliminar para el AMBA

En los últimos años vienen dándose en nuestro país una serie de legislaciones tendientes a igualar las condiciones de vida de las personas LGT. Ejemplos de esto son: la Ley de Unión Civil en la Ciudad de Buenos Aires, la Ley de Matrimonio Igualitario, la Ley de Identidad de Género y la aprobación en la Cámara de Diputados de la modificación de la Ley de Sangre para la donación sin discriminación por orientación Sexual e Identidad de Género, el Decreto de Necesidad y Urgencia que en el marco de la implementación de la Ley del Matrimonio Igualitario, reglamenta la inscripción de hijos e hijas de familias homoparentales. Tanto desde el ámbito legislativo, como dentro de las distintas áreas del ejecutivo, se están implementando programas y políticas activas destinadas a la “inclusión” de la población de las personas LGT.⁷

Con respecto al área de Salud, no hay ningún programa ni línea que se proponga explícitamente trabajar la “inclusión” de personas pertenecientes a la población LGT al sistema médico, o en nuestros términos, en contra de la violencia heterosexista en el sistema de salud. En efecto, aún no se encuentra reglamentado el acceso integral a la salud que contempla la Ley de Identidad de Género.

No obstante, se encuentran en funcionamiento desde 2010 los llamados “consultorios amigables”, que parten de la iniciativa de la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo técnico y financiero de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, PNUD y OPS). Estas experiencias consisten en la creación de “servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH-sida e ITS sensibilizados en la atención integral de la salud de las personas gays, travestis y bisexuales”. Hasta el momento hay 7 consultorios en todo el país (en las localidades de Salta, San Juan, Santiago del Estero y en provincia de Buenos Aires: San Martín, Lanús y La Matanza). La particularidad de estos consultorios, que funcionan en centros de atención de salud preexistentes, es que atienden en horarios preferenciales, como de 20 a 24 horas, como en el caso de San Juan. Estos servicios tienen como objetivo el mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención en el ámbito de hospitales públicos de distintas localidades del país.

Según la información disponible del Ministerio de Salud los objetivos del proyecto son la creación de servicios en hospitales públicos que ofrezcan: Asesoramiento confidencial sobre prevención y diagnóstico de VIH e ITS, tratamiento por la infección por VIH y otras ITS, derivación acompañada según las diferentes necesidades de las personas usuarias, funcionamiento en horarios ampliados y ubicados en zonas con amplia accesibilidad, promoción de los servicios en espacios donde circulan las personas LGTBI, realización de capacitaciones para los equipos de salud sobre: sexualidad y diversidad sexual, hormonización y prácticas de sexo anal e ITS, publicación de materiales gráficos para equipos de salud y para los usuarios del servicio, realización de acciones de incidencia política y mediática con actores del poder ejecutivo local, de otros organismos gubernamentales, otras OSC, etc.”

En el AMBA, la zona donde vamos a focalizar esta investigación, hay en funcionamiento 3 de estos

7

Por otro lado, desde el Ministerio de Trabajo se ha impulsado una línea la “Línea de Inclusión Laboral para Personas Travestis, Transexuales y Transgéneros”, como parte de las políticas públicas que hablan de su inserción en el mercado laboral y para la igualdad del acceso a un empleo digno.

consultorios. En La Matanza, funciona en el Hospital Provincial Paroissien y fue abierto de manera conjunta con el Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (MAL) y el Programa Municipal de VIH. En San Martín, fue impulsado por Creación asociación Civil, ATTTA, el Hospital Dr. Alexander Fleming y el Programa de SIDA del Municipio de San Martín. En Lanús, el consultorio fue conformado por los equipos de la Agrupación Jóvenes por la Diversidad, el Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” y Coordinación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

Asimismo, en la Ciudad de Buenos Aires, funciona el Servicio integral de atención a travestis, transexuales, transgéneros e intersexuales que ofrece el Hospital Durand.

Por otra parte, si bien estos consultorios hacen referencia a la atención de la población perteneciente a la denominada “diversidad sexual”, se menciona como población prioritaria de atención a las personas “gays, bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres y trans femeninas”, debido a que se entiende que éstos presentan un mayor grado de vulnerabilidad epidemiológica ante el VIH y otras ITS. En la guía de implementación de los consultorios amigables no se hace mención explícita ni de las lesbianas ni de los varones trans, así como tampoco de sus problemáticas específicas.

3. Identidad, sexualidad, heterosexismo y vulnerabilidad

Las cuestiones de género no son excluyentes al sistema de salud. Por el contrario, son dimensiones estructurales que atraviesan y ordenan nuestra sociedad. Según Judith Butler, el género es una ideología con poderosos efectos de realidad. En efecto, nuestra cultura está atravesada por una matriz de inteligibilidad social, heterosexual, a través de la cual se mantiene y reproduce la coherencia del trinomio *sexo* (en tanto lectura que se hace de los cuerpos)- *género* (en tanto supuestos atributos simbólicos, femeninos y masculinos que se hacen en los cuerpos) y *deseo* (respondiendo a un deseo heterosexual), (Butler, 2002). La “coherencia” de género es la consecuencia de una práctica reguladora que intenta uniformizar la identidad de género mediante una heterosexualidad obligatoria. El poder de esta práctica reside en limitar, por medio de un mecanismo de producción excluyente, los significados relativos de “heterosexualidad”, “homosexualidad” y “bisexualidad”, así como los sitios subversivos de su unión y resignificación.

De esta manera, la heterosexualidad se presenta como norma configurando consecuencias disímiles para identidades o expresiones que no se correspondan con la misma. Esto constituye un mecanismo siempre violento y se expresa de diversas formas. Como dice Monique Wittig, “estos discursos de la heterosexualidad nos oprimen en la medida en que niegan toda posibilidad de hablar si no es en sus propios términos” (2006: 49). En este punto nos interesa retomar el matiz que propone Pecheny entre identidad y expresión de género. “Si identidad, género y sexualidad van de la mano a veces sí y a veces no, rara vez se presta atención al tema de la apariencia más o menos masculina de los varones o más o menos femenina de las mujeres (como quiera que masculina y femenina se definan) en tanto fuente de problemas para quienes no se conforman a lo esperado” (Pecheny, 2013: 967).

Asimismo, para complejizar la cuestión, tomaremos los aportes de Ochy Curiel (2010), para pensar la noción de heterosexualidad atravesada con la idea de racismo y clasismo. Este aporte es fundamental para indagar en los procesos homolesbotransfóbicos que suceden en nuestras latitudes ya que el color de piel y la posición en la estructura de clases sociales producirán violencias diferenciales, en palabras de una de las entrevistadas: “estas sujetx a quien te atiende. Capaz te atiende alguien que no es transfóbico pero es racista. Dentro de nuestro colectivo hay transversalidades, no es solamente ser trans: sos trans, sos peruana, sos drogadicta” (Andrea, Trans femenina, Berazategui).

Por lo tanto, el supuesto heterosexista que prima en el sistema de salud (Pecheny, 2013) atravesado por el clasismo y racismo, producirá desigualdades estructurales que originarán vulnerabilidades distintas, así como también estrategias y prácticas de resistencia tanto individuales como colectivas.

Esta matriz de desigualdades estructurales donde van a confluír la clase, el género, la sexualidad, la raza, etc. van a dar lugar a diferentes grados de vulnerabilidad⁸, y por lo tanto, también a diversas prácticas y resistencias, tanto individuales como colectivas.

En este sentido, intentaremos enfocarnos en lo que Pecheny señala como la dimensión programática del problema, es decir, “en qué medida los servicios de salud y el Estado en sentido más amplio enfrentan y/o reproducen las condiciones sistemáticas o puntuales de vulnerabilidad, en cada contexto local” (Pecheny, 2013: 964). De esta manera, corremos el foco de atención en la individualidad de la persona y los recursos con los que cuenta o carece, y las vulnerabilidades que enfrenta, para revisar cuáles son las prácticas que desde la medicina, los servicios de salud, las políticas públicas, etc. reproducen o contribuyen a reproducir estas situaciones de vulnerabilidad.

4. Algunos emergentes surgidos de las entrevistas

A- La omnipresente presunción de heterosexualidad

La presunción de heterosexualidad en los servicios de salud se encuentra presente en la dinámica de la admisión/recepción en los servicios, las opciones prefiguradas de los formularios, las preguntas que realizan los/as médicos/as, en la confección de las historias clínicas, en la falta de formación e información de los equipos médicos sobre las problemáticas puntuales que afectan a la población LGT, etc. O sea, la presunción de la heterosexualidad se manifiesta tanto en la invisibilización e inexistencia de otras formas de ser y hacer que no sean heterosexuales como en la violencia explícita propia de la exclusión y expulsión que sufren quienes no responden a los estereotipos sexo-genéricos heterosexuales esperados.

Un ejemplo de cómo se manifiesta esto en el área administrativa es el relato de Jorge: “*Me pasó el otro día con algo médico también. Gaby (su pareja) tenía que ir a buscar unos análisis míos y no se los querían dar, una radiografía de tobillo! Y le dicen: no, solamente familiar directo. Presuponen que no sos familiar directo porque sos otro varón. Y le dijo: mirá, es mi marido, dame la radiografía. Y se la dieron. Pero la primera respuesta es “son amigos y a los amigos no” (gay, Capital Federal).*

La presunción de heterosexualidad no sólo puede generar incomodidad, enojo o angustia a partir de la negación de una parte importante de la subjetividad de las personas que consultan, también obtura la posibilidad de realizar consultas específicas vinculadas a sus prácticas, inquietudes y modos de vida.

“Mirá no sé cómo debería ser, porque tampoco sé si da para que entres y te pregunten, ¿sos gay no? Pero tampoco da para que asuman que sos heterosexual, me ha pasado de entrar y que me

⁸“El concepto de vulnerabilidad designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a padecimientos o prejuicios y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección” (Pecheny, 2013: 964).

digán ¿ y te duele la penetración? Y no me daban ganas de contestar, me daba ganas de irme a mi casa. Es molesto, la verdad es molesto, y por cansancio uno termina diciendo no voy mas” (Marcela, lesbiana, Capital Federal).

“No, el no ir al médico viene de parte de mi abuela que no fue al medico hasta el dia que se murió. En particular, el tema de no ir al ginecólogo si porque me incomoda muchísimo y por eso no voy. Y como que asumen directamente que sos heterosexual, entonces la primer pregunta es cómo te cuidas, pastillas, bla bla. Y como le contestás a todas sus preguntas que no, es como que dicen a bueno esta mina está re loca o como que tenés que explicarle, no sé es muy incómodo. No sé, a mí me incomoda”. (Marcela, lesbiana, Capital Federal)

A.i. La falta de formación de los equipos de salud sobre cuestiones específicas de salud LGT

Otra de las dimensiones que afectan directamente la calidad y la accesibilidad de la salud de la población LGT es la falta de información de los/as profesionales de los equipos de salud. Esto provoca que las personas deban procurarse información por otros medios, como internet, consultas a amigxs, conocidxs, etc.

“Tuve que buscar información extra (porque no se estaba contemplando mi sexualidad) pero con el mismo médico. Tuve una fisura en el intestino. Es similar a las hemorroides, me operaron. Y todo el tiempo, sobre todo en el postoperatorio tuve que hacer preguntas que el tipo no contemplaba como por ejemplo cuando podía empezar a tener relaciones. O cosas que si no las preguntaba el tipo no me las informó. Era copado y todo pero...si no preguntás podés comerte un garrón en el postoperatorio...” (Daniel, Gay, Morón)

“Nunca me topé con una situación extrema de maltrato. Sí diferentes formas más o menos sutiles de maltrato. En el sistema público fui a un CESAC porque llamé, tuve que ir al ginecólogo y llamé a los que había en la prepaga y me dijeron que no sabían cómo atenderme. Los llamaba diciendo que era un tipo Trans y que me tenía que atender” (Damián, varón trans, Capital Federal)

La hormonización en la población trans, constituye un ejemplo paradigmático de esta falta de información y formación específica por parte de lxs profesionales de la salud.

“Sobre hormonación no hay información específica que provenga del sistema médico. La información que hay circula de boca a boca y entre activistas intentamos corregirla y mejorarla por lo menos para prevenir daños” (Lucas, varón trans, Munro)

La militancia posibilita el acceso y la construcción de saberes colectivos como estrategia de respuesta ante esta carencia de los sistemas de salud.

A.ii. Violencia, culpabilización, expulsión

En muchos casos el trato recibido en los servicios de salud resulta directa y explícitamente violento. Los relatos de las personas entrevistadas dieron cuenta de ello a través de múltiples experiencias.

“Cuando me tenían que poner inyecciones, tuve un principio de asma, la enfermera no me quiso poner inyección porque pensó que tenía silicona en la cola” (Andrea, Trans femenina, Berazategui).

“Ahora está la Ley de Identidad de género, pero cuando te gritaban el nombre de varón en las

salas de espera... Eso era muy fuerte para mí, muy violento” (Jessica, trans femenina, Capital Federal)

Los relatos de travestis/trans femeninas/mujeres trans dan cuenta de un grado mayor y más explícito de violencia a la hora de asistir a un centro de salud. Probablemente por ello mismo es que sean también el grupo que más resistencia de asistir a cualquier instancia del sistema público de salud (público o privado) comentó.

“Hace un tiempo atrás, no mucho atrás, la misma que te colocaba la silicona industrial es a la que llamabas cuando te pasaba algo.... o a una amiga... que es una locura. Porque era eso o ir al hospital, entonces hacías eso, porque al hospital no querías ir”. (Jessica, trans femenina, Capital Federal)

Excepto que se trate de una situación donde no haya otra opción, las personas intentarán resolver la dolencia que las impulsa a la consulta por otras vías.

A. iii. Información errónea y peligros

La falta de formación e información de los servicios médicos sobre la salud de la población LGT contribuye a que proliferen informaciones erróneas. La consecuencia inmediata de esto es que su salud se encuentra expuesta a los peligros de la desinformación.

“Si mi amiga tomaba hormonas y tomaba por ejemplo dos y quedaba divina, entonces yo tomaba cinco.... así nos dañábamos. Muchos excesos, no tenías información. Experimentábamos con nuestros cuerpos y nos llenábamos de hormonas. O estábamos super arriba o a veces estábamos muy abajo... y no sabíamos que era por las hormonas” (Jessica, trans femenina, Capital Federal).

Por otro lado, nos parece importante destacar que las personas con mayores recursos materiales y simbólicos pueden contrarrestar mejor las situaciones originadas por esta falta de información, quedando menos expuestas a situaciones de riesgo.

Marcela: “Igual creo que eso en general, todo el mundo y los médicos también. En general asumen... me acuerdo cuando me saqué las muelas de juicio y la mina me dijo “nada de sexo oral a tu novio”.

Entrevistadora: ¿de verdad te dijo eso?

Marcela: Sí, me explicó todas las cosas que no tenía que hacer y entre ellas me dijo eso. Lo que me molestó es que me haya dicho “a tu novio”.

Entrevistadora: Claro, esas son las cosas que después generan dudas, porque queda implícito que a tu novia sí.

Marcela: claro, parecía que si tenía novia sí. En realidad pasaba por un tema de infección no por si era varón o mujer.

Entrevistadora: Claro pero vos sabes que es por un tema de infección .

Marcela: Claro yo porque lo sé porque lo estudio, pero alguien que no tiene idea puede ser un arma de doble filo” (lesbiana, Capital Federal).

B- La “autoexclusión” preventiva de las violencias del sistema de salud.

La sordera, positivismo y el heterosexismo del sistema de salud, con el agregado del silencio y el estigma que circula en relación a las cuestiones ligadas a la sexualidad, no pueden más que constituir un contexto adverso para la realización de la atención. La mayoría de las personas que entrevistamos dan cuenta de que asistir al médico/a, sea por un control o sea ante situaciones agudas es algo que prefieren evitar.

“O por ejemplo choqué en enero, o sea me desperté en el hospital, y ahí te hacen de todo. Te escanean. Y nada entonces ahí es como que ya me hicieron tomografías, análisis de sangre, y entonces, anda como que dije si ahí salió todo bien, este año ya está. De última el año que viene vuelvo a chocar y veo. jajaja. Si no tengo la necesidad no voy” (Marcela, lesbiana, capital federal).

Esta autoexclusión no está a priori ligada a un proceso agenciado, decidido de no medicalización. Más bien, es consecuencia directa de la violencia explícita. Por ello no hablamos de una auto exclusión en términos de decisión ya que esta operación funciona con la lógica de “sufrir el mal menor”.

“A veces me la aguantaba en mi casa antes de ir a un hospital porque sabía lo que me esperaba. Tuve experiencias espantosas. No me trataban como una persona. Ni en capital ni en zona oeste. Ir a un hospital es algo que me angustiaba mucho, no respetan mi persona, mi corporalidad, mi identidad” (Jessica, trans femenina, Capital Federal)

“No voy al médico porque el maltrato es muy pesado, es muy difícil, tenés que prepararte mucho. Si tenes que ir al médico, estas en una situación de por sí de debilidad” (Damián, varón trans, Capital Federal)

Esto se acentúa cuando se trata de las especialidades de Ginecología y Urología, especialidades que justamente abordan la cuestión de la sexualidad y la genitalidad.

“Tengo 48 años y fui dos veces a la ginecóloga. Una me trató bien y la otra me trató para el orto” (Fabiana, lesbiana, Capital Federal).

Aquí también, la posibilidad de tener acceso a más recursos, y por lo tanto, de contar con más opciones de servicios de salud, promueve una menor resistencia a las consultas.

“Me cuido bastante, hago deportes. Intento descansar bien, comer bien. y me hago chequeos y controles regulares. Tengo agenda de consultas, dentista, etc” (Martín, gay, Capital Federal)

Por otra parte, también notamos que en las personas que no han tenido contacto con la militancia o no han reflexionado colectivamente sobre el tema, la resistencia a concurrir a las consultas aparece como una decisión libre -en cuanto a no condicionada e individual.

“Yo recomiendo ir al médico al resto de las personas, y no tengo problema en tomar medicación ni antibióticos, pero yo la verdad no, no soy de tomar remedios” (Fabiana, lesbiana, Capital Federal).

C- El closet pragmático para quienes pueden, para quienes no, estrategias para paliar la violencia.

El closet pragmático puede presentarse como una estrategia para minimizar las posibilidades de sufrir maltrato o discriminación, a través del ocultamiento o disimulo de ciertos rasgos o detalles que indiquen “cierta identidad sexual” o “preferencias sexuales” en pos de performar una historia de vida “normal”. El closet pragmático resulta de esta manera, una práctica de autocuidado en medio de un contexto violento.

Daniela: “Y sí a veces que me he ido sin decirle que era gay, era como bue, “piensa lo que quieras”. Tipo no, no uso forro, no, no tomo la pastilla, tipo, anota lo que quieras. Yyy pero igual nunca les pregunte nada, nunca me dio la confianza.

Entrevistadora: ¿y tenías preguntas para hacerle? porque quizás no tenías ninguna pregunta o

quizás sí.

Daniela: Y quizás sí, pero no me daban ganas de primero tener que explicarle que soy lesbiana y después tal cosa y así (Daniela, Lesbiana, Castelar).

Esta estrategia puede ser utilizada de manera diferencial según las identidades y/o expresiones de género puesto que en algunos casos, las corporalidades no correspondientes con los estereotipos sexo-genéricos hacen más dificultoso el ocultamiento como estrategia. En estos casos, las paredes del clóset son de vidrio transparente, por lo cual, la estrategia de usar el ocultamiento pragmáticamente es menos posible.

“El trans masculino tiene menos visibilidad. Lo mismo con las lebianas, el gay siempre fue más visible Me parece que la visibilidad tiene mucho que ver; no es lo mismo una persona que exterioriza que otra que no, muchos mentían o disimulan su condición por miedo” (Andrea, trans femenina, Berazategui)

D- El peligro del gueto: la circulación por servicios amigables.

Algunas de las personas que entrevistamos (en su mayoría activistas) han logrado reconstruir un circuito de servicios de salud que han llamado “amigables”. Por ello se refieren a servicios que han incorporado cierta perspectiva inclusiva y respetuosa de los derechos de lesbianas travestis, gays y trans, que son los menos y, por lo general, están poco visibles/accesibles.

Como estrategia, para eludir el heterosexismo de los servicios de salud, se proponen asistir de manera casi exclusiva a los mismos.

“Tiene un clínico que se lo pasó un amigo porque es de la obra social y se lo pasó por copado. Es un tipo super abierto, recomendado, sin prejuicios. Ahí me siento en total libertad con él. Pero porque es con él” (Martín, gay, Capital Federal).

“Sí, actualmente entre nosotras nos vamos pasando los nombres de los médicxs piolas, hay médicxs que atienden muy bien”... indudablemente hay servicios amigables, pero en la generalidad, y te lo digo por haberlo transitado yo y mis amigas (cosas que la ley no modificó, porque si bien es fundamental, todavía tenemos que seguir; esto es recién el comienzo, recién somos personas reconocidas en nuestra identidad)” (Jessica, trans femenina, Capital Federal).

La estrategia de los servicios amigables tiene por lo menos dos techos. Una es su accesibilidad. Esta se limita a cierto circuito militante, que ha logrado acceder a mejor y más información y su entorno cercano. Dos, la disponibilidad de esos servicios, que al ser pocos, es escasa.

“Existen estos lugares amigables para personas trans, pero no es lo ideal, porque nosotros tenemos determinado horario en determinado lugar y determinado día. Nosotros no nos podemos enfermar en otro momento que no sea ese porque no tenemos a nadie que nos dé una respuesta, y eso es lo grave del sistema médico hoy. Igual existe esa predisposición de lxs médicxs, hoy por hoy ese tipo de lugares se están abriendo” (Lucas, varón trans, Munro)

E. El ethos de “riesgo” creado por el VIH

A pesar de no haber ningún tipo de evidencia sobre la que apoyarse, parece ser de sentido común que los LGT es una población de riesgo. El imaginario heterosexista relaciona estas sexualidades e identidades con “lo enfermo”, “impuro”, “patológico”, y, especialmente, con el VIH-SIDA.

Muchas producciones tanto académicas como institucionales hacen referencia a la vinculación entre salud y sexualidades no normativas ligándolas al VIH SIDA. De esta manera, la salud de la población LGT aparece entendida sólo en relación a la sexualidad y ésta, reducida a la genitalidad o la posibilidad de infecciones de transmisión sexual. Esta mirada reproduce el énfasis en la enfermedad y la fragmentación de los cuerpos de los paradigmas médicos y biológicos hegemónicos.

Entonces, la salud de la población LGT es entendida, principalmente como prevención de ITS e identifica como principales destinatarixs a gays y trans femeninas.

“Después una vez fui a un clínico a que me haga un control de HIV y el tipo se puso muy nervioso y me dice “no, yo no hago esas cosas” y no me quiso hacer el análisis. Se sintió incómodo. Era de la obra social. Yo supuse que el tipo se sentía incómodo porque yo era gay”. (Martín, gay, Capital Federal)

De modo sumamente prejuicioso, se produce una asociación directa entre gay y/o trans femeninas con el VIH. La salud de esta población queda recortada a partir de esta vinculación, obturando la posibilidad de ser contemplada de manera integral..

“Siempre que voy al médico, por cualquier cosa me mandan a hacer un HIV, si tengo fiebre, si tengo algo en la piel, si me duele la garganta...Y no tengo HIV, y este año ya me mandaron a hacer como 3 veces el examen. Si sos puto, tengas lo que tengas, puede ser por el HIV” (Rodrigo, gay, Avellaneda)

Según los relatos de nuestrxs entrevistadxs, muchas veces la homolesbotransfobia que se cristaliza burdamente en el acto de la donación de sangre. A pesar de la insistente lucha de la militancia LGT para que se derriben las barreras discriminatorias que imposibilitan donar en igualdad de condiciones que las personas heterosexuales, se continúa asociando directamente las identidades homosexuales y trans femeninas/travestis con el VIH-SIDA. La aprobación de la modificación de la Ley de Sangre comenzó a transformar los cuestionarios previos a la donación, que eran explícita y directamente homolesbotransfóbicos. De todas formas, persisten los prejuicios y exclusiones.

“Yo quería donar sangre para un pariente y en la clínica no me dejaban... pero no me dejaban sin darme ninguna explicación. Yo quería donar sangre y mi pariente quería recibir mi sangre. Aparte tenía el estudio de que demostraba que era HIV negativo ahí conmigo. Sin embargo no me dejaron” (Jessica, trans femenina, Capital Federal).

F- Estrategias de resistencia

- *Organización/militancia.* Todxs los trevistadxs que militan o tienen contacto con organizaciones políticas LGT manifiestan tener más herramientas para acceder a la salud a partir de haber empezado a politizar sus prácticas. La militancia constituye un espacio de socialización y de construcción de información que el sistema médico no les provee. A su vez, posibilita la obtención y el conocimiento de recursos, como un circuito de lugares de atención “amigables”.

Por otra parte, la activación política empodera a las personas de manera que comienzan estar más fortalecidxs a la hora de presentarse en las consultas, y por lo tanto, de tener mayor capacidad de respuesta ante las violencias, ya sea sutiles o explícitas que mencionamos.

“Yo tenía 16 años, y si llegaba al hospital sin que la policía e arreste era un milagro... no podías denunciar a nadie. Recién empecé a poder denunciar o en pensar en denunciar cuando empecé a militar” (Jessica, trans femenina, Capital Federal).

Anteriormente hicimos referencia a que el *closet pragmático* puede resultar una estrategia de resistencia frente a una violencia concreta o ante la presunción de violencia. El “ir al choque”, o sea, “ir de frente”, como menciona la entrevistada, parece ser una estrategia opuesta que consiste en poner en juego o en escena la identidad en un primer momento, sin dudas ni mediaciones. Con esta estrategia se logra evitar que el/la médicx dé por sentada la heterosexualidad y haga preguntas y afirmaciones en ese sentido. Así como también la persona se coloca en un lugar de exposición y empoderamiento mayor que muchas veces no se tiene o desea tener.

“Sí, buscar cosas solas es una opción pasa que no sé, como que tenés que tener los métodos y herramientas para hacerlo correctamente. Y si no a veces me manejo yendo al choque , “hola me llamo Marcela y soy lesbiana”, pero depende de mi estado anímico, a veces no tengo ganas de salir con el cartel de neón” (Marcela, lesbiana, Capital Federal).

5. Reflexiones finales

Creemos que la respuesta a la falta de información y formación de los equipos médicos sobre la salud integral de las personas LGT no puede ser una medicalización compulsiva o estandarizada, puesto que no hay un a priori de los que es o debería ser una buena intervención en salud. Por el contrario, pensamos que la medicina y los servicios de salud deben poder adaptarse a las necesidades y demandas de quienes consultan. Para esto, será preciso un cambio profundo en la formación de profesionales más sensibles, permeables y adaptables a los cambios que les presente cada contexto, y por supuesto, más dispuestas a una situación dialógica con lxs pacientes.

Una de las magras respuestas que ha dado el sistema de salud actual a la problemática que venimos describiendo, son los de servicios exclusivos para personas LGT, como los consultorios amigables que mencionamos. Si bien ameritaría un estudio que analice el funcionamiento y el impacto de este tipo de servicios, nos adelantamos a pensar que si bien es preciso dar respuesta inmediata a estas problemáticas, es esperable que esta respuesta no reproduzca la forma del gueto. Nos referimos a que estos servicios funcionan de manera exclusiva para las personas LGT, en horarios específicos, con profesionales que se especializan en estos casos. Podría pensarse que una de las consecuencias de esto es que esta población sigue sin poder ser atendida por los servicios médicos regulares, y el personal de la salud, al no tener contacto con estas personas, continúa sin formarse ni sensibilizarse ante la temática. Por otra parte, es preciso mencionar que se trata de una experiencia que, por lo menos por el momento, resulta muy pequeña (hay sólo 7 consultorios en todo el país) en relación a la dimensión de la problemática.

Por otra parte, y como ya mencionamos, estos servicios reproducen la asociación de las personas gays y trans con el VIH y otras ITS puesto que focalizan la atención en estas problemáticas ligadas a la sexualidad, desatendiendo la integralidad de la salud de esta población; a la vez que se invisibiliza al subgrupo de lesbianas y varones trans, menos vinculado a estas afecciones.

La violencia heterosexista de los sistemas de salud no es una novedad, las organizaciones y grupos activistas LGT vienen trabajando el tema, intentando visibilizar la problemática y desarrollando estrategias de resistencia que contrarresten y se opongan a esta violencia.

En cuanto a las estrategias de resistencia, encontramos las que terminan generando una respuesta por fuera de los sistemas de salud (como el caso de la construcción, sistematización y circulación de saberes colectivos que palian la ausencia de información) como las que generan herramientas para que las personas logren sortear la exclusión de los sistemas de salud y puedan incluirse, lo menos costosamente posible, en los mismos.

Si bien a lo largo del trabajo nos hemos referido a la población LGT, no podemos desconocer las diferencias al interior de este colectivo. Con respecto a esto, la población trans tiene una demanda/necesidad particular que el sistema de salud debe atender. Y esta tiene que ver con la posibilidad de intervenir sus cuerpos para que estos se correspondan con su identidad y deseos. La cuestión de la corporalidad y su modificación (como la hormonación y las cirugías) constituye una diferencia crucial entre los grupos aquí abordados. Por otro lado, la prostitución y la expulsión compulsiva de las instituciones sumado a la violencia policial conforman un contexto que impacta de modo directo en el colectivo de trans femeninas, mujeres trans o travestis. Según el informe “La gesta del nombre propio” (Berkins, Lohana, Josefina Fernández, 2005), en Argentina, este grupo tiene un promedio de vida que no alcanza los 35 años⁹. Este dato devastador es un ejemplo cabal de cómo se intersectan las desigualdades estructurales dando lugar a mayores niveles de vulnerabilidad.

Hemos realizado este trabajo con la intención de confeccionar un pequeño diagnóstico-herramienta para problematizar el sistema de salud. Una de las sensaciones finales, es que si bien asistimos a un contexto relativamente proclive a mejorar las condiciones de vida de la población LGT aún hay muchos pendientes en esta materia.

Bibliografía utilizada

Berkins, Lohana y Josefina Fernández, (coords), 2005. *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Butler Judith, 2002. *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.

Curiel, Ochy, 2010, “El régimen heterosexual y la nación. Aportes del lesbianismo feminista a la Antropología”, en Bidaseca, K. y Vazquez Laba, V. (Comps) *Feminismo y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*. Buenos Aires : Ediciones Godot.

Lugones, Maria, 2005, “Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color” en *Revista internacional de filosofía política*: Madrid. RIFP , n° 25, pp. 81-75.

Maxwell Joseph, 1996, “Qualitative research design. An interactive Approach.”

Menéndez, Eduardo, 2009, *a É-èi ãÉiçèl-è-ÀÉÈÈ-ó-Éèièi Ài è-è*. Cap. 1: “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas”. Bs As: Editorial Lugar.

Natella, Graciela, 2012, “La creciente medicalización contemporánea”. En Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Edwin (comps) *j ÉÇÁ-äö-Äl/â-ó-ç.ÀÉÇ-Ç*. Buenos Aires: Edita USAM.

Passos Nogueira, Roberto, 2008, *i ~è-ã Ç-èi É-Û-ÀÉ-ã ~ã-ã à-Éèi Çç =-ãÉÇÉÇç-è-ÇÈ-ÉÈ-è-ã ðÈiç-ÇÈ=*

⁹“El concepto de vulnerabilidad designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a padecimientos o prejuicios y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección” (Pecheny, 2013: 964).

fi~âfûüÜKBuenos Aires #Editorial. Lugar.

Pecheny, Mario, 2013. "Desigualdades Estructurales, salud de jóvenes LGTB y Lagunas de conocimiento: ¿Qué sabemos y qué preguntamos?" En Revista qĒã ~ë-Ēã ~mëáçç Ö, San Pablo, Brasil, Vol 21, n° 2. p 961-972.

Rose, Nikolas, 2012 mçãíáá-ë-Ēã-îáç-K_áã ĒçÁá~I-éçĒë-ó-èi ÁĒíá áç-Ēã-Ēã-Öiç ~uf. Buenos Aires: Editorial Universitaria.

Wittig, Monique, 2006, b äëĒä-ã dĒáíç-ĒĒĒçĒĒñi ~ãó-çíéç-Ēã-óçë. Madrid :Egales.

Fuentes bibliográficas digitales:

Chapela Mendoza, María del Consuelo, (2008), disponible en: http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf

Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH en ONU SIDA disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interes%20relacionados%20con%20el%20VIH/Onusida/accion%20estrategica%20para%20combatir%20la%20disc%20por%20orientacion.pdf>

Sevilla González María de la Luz y Álvarez Licon Nelson Eduardo NORMALIZACIÓN DEL DISCURSO HOMOFÓBICO: ASPECTOS BIOÉTICOS, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200010&script=sci_arttext

Plan de Ciudadanía LGBT. De la igualdad legal a la igualdad real. Disponible en: http://www.ciudadanialgbt.org/descargas/plan_ciudadania_lgbt_falgbt.pdf

http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/files/salud_de_lesbianas_y_bisexuales_enlac.construyendo_nuevas_realidades_2011.pdf

<http://www.lesmadres.com.ar/>

<http://www.lgbt.org.ar/home.php>

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000132cnt-2013-06_gtb-experiencias-atencion-medica.pdf

<http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/otras-publicaciones-#once>

<http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/otras-publicaciones-#doce>

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000323cnt-2014-01_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf

<http://www.who.int/es/>