



TRANSFORMA 2015

Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans

Documento Base

Montevideo, 2 de octubre de 2015

División de Derechos Humanos
Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC)
Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Introducción

El modelo heternormativo, que postula el binomio hombre-mujer como el único arreglo posible entre los sexos, fue históricamente desestabilizado por distintas formas de la identidad de género.¹ Toda la maquinaria social trabaja para la reproducción de la heteronormatividad incluso desde antes del nacimiento y hasta el final de la vida. El modo en que nos vestimos, los juguetes con los que jugamos, los deportes que practicamos, la familia, el sistema educativo, trabajan denodadamente para reproducir la norma heterosexual y “corregir” toda forma de disidencia.

El saber médico ocupa un lugar importante en las distintas formas del disciplinamiento. Una de estas formas es la patologización de las identidades de género que no se corresponden con la heteronorma. La APA (Asociación Americana de Psiquiatría) quitó a la homosexualidad del manual de “desórdenes mentales” en 1973, aunque mantuvo hasta 2012 a la transexualidad y, a partir de ese año, clasifica la “disforia de género” como una angustia emocional provocada por la incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico. Otros instrumentos como la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) continúan clasificando “el transexualismo”, “el travestismo” y “el desorden de identidad de género en la niñez” como trastornos de la identidad de género.²

A esto se suma el discurso occidental de fines de los ochenta y principios de los noventa sobre el VIH/SIDA, que produjo la estigmatización de la homosexualidad como “grupo de riesgo” y que sigue operando con menor intensidad junto a otras enfermedades (sífilis, hepatitis, entre otras) como dispositivo de control estatal sobre la diversidad sexual, principalmente en las personas vinculadas al trabajo sexual.

La politización de la sexualidad en Occidente trajo consigo por un lado un profundo cuestionamiento a las prácticas cotidianas que refuerzan el heterosexismo y la discriminación, y por otro a las instituciones que como la escuela o la salud, trabajan a diario para reproducir estereotipos de lo que es “normal” y castigan cualquier “desvío” de la heteronorma. La lucha por el reconocimiento y la igualdad

¹ La diversidad sexual se entiende aquí como un conjunto de orientaciones sexuales e identidades de género diferentes entre sí. Abarca al colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI). La categoría trans incluye tres grupos: transexuales, travestis y transgénero.

² Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F64.0>

de la diversidad sexual está produciendo diferentes modificaciones legales e institucionales en los Estados, que todavía están lejos de ser suficientes, para reducir las brechas existentes en derechos fundamentales e interconectados como la salud, la vivienda, la educación o el trabajo.

La salud como derecho humano

El *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* (PIDESC) de 1966 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12). En el año 2000 se aprueba la Observación General N° 14³ que explica y desarrolla este derecho, incorpora una noción integral de salud que supone su estrecha relación con otros derechos como la alimentación, la vivienda, la educación, el trabajo, la dignidad humana, la no discriminación, entre otros (punto 3). También establece el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que no sólo implica la atención adecuada y oportuna en salud sino también los factores determinantes de la salud (punto 11) a saber: acceso al agua potable, condiciones sanitarias, alimentos sanos, nutrición, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el ambiente, acceso a la educación y la información.

La Observación define cuatro elementos esenciales e interrelacionados (punto 12). La *disponibilidad* abarca el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, personal capacitado y bien remunerado y medicamentos esenciales. La *accesibilidad* comprende el principio de no discriminación, el alcance geográfico para sectores en situación de vulnerabilidad económica y el acceso a la información. La *aceptabilidad* implica el respeto a la ética médica, también el respeto a la cultura de las personas, la confidencialidad y la mejora del estado de salud. Finalmente, la *calidad* está vinculada al personal médico capacitado, a los medicamentos, los equipos hospitalarios científicamente aprobados, el agua potable y las condiciones sanitarias adecuadas.

Agenda abierta: la salud de la diversidad sexual en la comunidad internacional

Dentro de los temas de alcance general la Observación analiza el alcance del principio de “no discriminación e igualdad de trato” y prohíbe cualquier tipo de discriminación, incluida la orientación sexual. Esto se ve reforzado por la Observación N° 20 (2009), que explica el principio de “no discriminación” (artículo 2 del PIDESC) y, entre otras cosas, el alcance de la expresión “cualquier otra condición social”, en la que incluye un capítulo dedicado a la orientación sexual y la identidad de género.

Existen en la comunidad internacional otros documentos que, a pesar de no ser vinculantes para los Estados, proponen recomendaciones y planes de acción en torno a la diversidad sexual y los derechos humanos. En 2006 el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos encomendó a un equipo de expertos integrado por la Comisión Internacional de Juristas, el Servicio Internacional para los Derechos Humanos, junto a académicos y activistas, la elaboración de una serie de principios jurídicos internacionales para orientar las acciones de los Estados en materia de orientación sexual e identidad de género. Estas organizaciones fueron las que establecieron los *Principios de Yogyakarta*.⁴ Los principios 17 y 18 de este documento hacen referencia al derecho a la salud.

Estas recomendaciones están alineadas con la Observación N° 14 y desarrollan asuntos como el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, el trato no discriminatorio, la orientación e información sobre

³ El título del texto es “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Observación General N° 14”. Disponible en: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc492>

⁴ El título original: Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género. Disponible en: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf

problemas sanitarios, la capacitación del personal médico, entre otras. Pero avanza un poco más, al afirmar que los Estados: “(...) 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” (punto G del principio 17).

En el mismo sentido realiza recomendaciones vinculadas a “los abusos médicos” en términos de tratamientos dañinos pero también en la reproducción de estereotipos que están en la cultura. Además agrega asuntos vinculados a la patologización y recomienda que los Estados garanticen “(...) que ningún tratamiento o consejería de índole médica o psicológica considere, explícita o implícitamente, la orientación sexual y la identidad de género como trastornos de la salud que han de ser tratados, curados o suprimidos” (punto F del principio 18). De este modo los *Principios* aportan elementos más concretos para el tratamiento de la diversidad sexual en los sistemas de salud.

En junio de 2015 la propia OMS publicó un informe titulado “*Sexual health, human rights and the law*” (Salud sexual, derechos humanos y legislación) en el que incorpora una perspectiva más amplia sobre identidad de género y orientación sexual en el que da cuenta de experiencias regionales que incorporan las necesidades específicas de salud en la población trans. A su vez señala experiencias como la de Argentina que incorporó determinados servicios gratuitos en su sistema de salud (hormonización y operación de reasignación de sexo) y las garantizó incluyéndolas en su ordenamiento jurídico.⁵

Buenas bases: elementos para la inclusión de la diversidad sexual en el SNIS

La Ley 18.211 (2007) crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que aborda la salud desde una perspectiva de derechos humanos e incorpora a la legislación nacional las obligaciones contraídas por el Estado al ratificar el PIDESC y otros instrumentos internacionales. Esto se expresa en su artículo 1 cuando se refiere al “derecho a la protección de la salud de todos los habitantes residentes”, separándose de una visión mercantilista al expresar que la salud es un asunto de interés público y social. Esta perspectiva se expresa también en 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, la cuestiones vinculadas a la información y prevención o la necesidad de la participación de los usuarios en las decisiones de la política pública (art. 3).⁶ Asimismo dentro de sus objetivos se encuentra el “alcanzar el más alto nivel de salud de la población” que coincide con el PIDESC, utilizando las mismas palabras (art. 4).

Otras leyes y decretos consolidan esta perspectiva de derechos y el principio de no discriminación. La Ley 18.335 (2008) reconoce explícitamente el derecho de los/as usuarios/as a un trato igualitario y sin discriminación y el Decreto 293/2010 de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva que establece que los servicios deben garantizar tanto el acceso universal como el trato igualitario y la confidencialidad, así como incluir las necesidades específicas que surgen de la diversidad de identidades sexuales de la población.⁷

La perspectiva de derechos humanos y el tiempo de implementación que lleva el SNIS son un buen piso desde el cual partir para atender especificidades de grupos sociales que por distintos motivos no acceden a los servicios de salud o encuentran dificultades para ello. En lo que refiere al análisis de las inequidades en salud

⁵ El informe está disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/. Información tomada del informe *Corporalidades trans y sistema biomédico. El caso de la Unidad Docente Asistencial del Saint Bois* realizado en el marco del convenio del MIDES con el Instituto de Ciencia Política de la Universidad de la República (trabajo en prensa).

⁶ Es particularmente importante señalar el capítulo III de la Ley que establece la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Este organismo desconcentrado y dependiente del MSP cumple con el objetivo de dar participación al pueblo en la toma de decisiones en el marco de una estrategia nacional como recomienda la Observación N° 14. Lo hace integrando a la JUNASA a un/a representante de los trabajadores, de los prestadores y un/a representante de los usuarios.

⁷ Tomado del informe *Corporalidades trans y sistema biomédico. El caso de la Unidad Docente Asistencial del Saint Bois* realizado en el marco del convenio del MIDES con el Instituto de Ciencia Política de la Universidad de la República (trabajo en prensa).

y el análisis de las Determinantes Sociales de la Salud (DSS)⁸, el SNIS analiza el género desde una perspectiva heteronormativa, por lo que la información que se genera desde el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud no contempla las identidades de género en esos estudios.⁹ A pesar de esto, el MSP ha realizado algunas investigaciones, asociado con otras instituciones, vinculadas fundamentalmente al VIH/SIDA.

La investigación *Ciudadanía y salud. Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay* (MSP 2009b) dirigida por el sociólogo Carlos Muñoz, analiza tres grupos específicos: trabajadores sexuales masculinos (taxi boys), personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Por otro lado, *La población ante el estigma y la discriminación* (MSP 2013a) realizada 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” analiza datos de una encuesta realizada por Equipos Mori respecto a la discriminación en la que incluye información sobre la percepción de la población global frente a la población trans.

Estas aproximaciones están vinculadas específicamente al VIH y representan insumos para un problema de salud que impacta en la población trans con una importante brecha en relación a la población general. Según un informe del MIDES (2013) que toma datos del MSP de 2007, el VIH/SIDA impacta en la población general en un 0,42%, mientras en la población trans femenina lo hace en un 28% y aumenta a 36,54% en las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual. Es importante señalar que la prevalencia en los trabajadores sexuales masculinos es de 8,15% (MIDES 2013b: 77).

Otra acción realizada por el MSP en conjunto con UNFPA, la Comisión de equidad y género de la Intendencia de Montevideo y con la participación activa de organizaciones del colectivo LGBT, es el capítulo dedicado a la diversidad sexual de las *Guías en salud sexual y reproductiva* (MSP 2009a). Estas guías se centran en un marco conceptual de derechos humanos que incluye el acceso al más alto nivel posible en salud física y mental, así como la no discriminación. Algunas de las recomendaciones están orientadas a cuestiones generales de la atención en salud, especialmente aquellas relacionadas con “la empatía y comprensión junto a un lenguaje y ambiente inclusivo” que posibiliten el acceso a la atención sin barreras. Además desarrolla importantes recomendaciones hacia las instituciones y al personal de salud.

En el caso de las primeras insiste en una estrategia de comunicación institucional que promueva mensajes inclusivos hacia la diversidad sexual, formación al personal en cuestiones culturales y conceptuales así como en la atención integral, incluyendo aspectos como el tratamiento hormonal, salud mental, entre otros. A su vez se hace énfasis en la importancia del relevamiento de información en los formularios del SNIS, que incluyen evitar suponer la heterosexualidad de las personas, así como la importancia de la confidencialidad, el lenguaje claro y sencillo, entre otros.

La discriminación es una de las principales barreras de acceso dentro del SNIS. Este aspecto es señalado con insistencia por los distintos colectivos de la diversidad sexual. Esta guía es un importante insumo para los equipos médicos y las instituciones para mejorar su acercamiento a la temática de la diversidad sexual y fundamentalmente para eliminar cualquier forma de maltrato o discriminación dentro del SNIS.

La investigación realizada en el contexto de la Escuela de Gobierno en Salud Pública describió y analizó los principales problemas de salud de la comunidad LGBT con el fin de plantear un proyecto de creación de “Servicios de Salud Libres de Discriminación Sexual”.¹⁰ En primer lugar señalan que este sector de la población está particularmente expuesto al riesgo de “(...) experimentar niveles altos y crónicos de estrés, asociado a tasas desproporcionadas de problemas mentales tales como depresión, ansiedad y tendencias y conductas

⁸ Las DSS son un instrumento de análisis de las inequidades diseñado por la OMS que permite dar cuenta de las posibles dificultades a la hora de garantizar el derecho a la salud. Se establecen *determinantes estructurales* (nivel de ingreso y educación, género y etnia de las personas) e *intermedias* (las condiciones materiales de vida: vivienda, situación laboral, disponibilidad alimentaria o segregación residencial, circunstancias psicosociales, factores conductuales).

⁹ Lo mismo ocurre con el Instituto Nacional de Estadística (INE) que no ha incorporado esta variable.

¹⁰ La investigación se titula “Equidad en los servicios de salud. Servicios de Salud Libres de Discriminación Sexual (S.S.L.D)” y fue realizada por Francisco Javier Amorena, Gustavo Fernández, Álvaro Ferolla, Gonzalo Fierro, Mariana Gilardoni, Neris González y Mónica Krause, con la tutoría de Elizabeth Ortega.

suicidas” (MSP 2013b: 35) dado el costo social de las divergencias con las normas y comportamientos socialmente esperables por su sexo asignado al nacer.

Además incorpora un grupo de problemas de salud documentados que incluyen: altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes), alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas, alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, efectos negativos de hormonas autoadministradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo, y problemas de salud reproductiva.

El estudio retoma el diagnóstico realizado por Ovejas Negras en 2011 en la zona de influencia del Centro de salud de Ciudad Vieja que analiza 66 casos (11 trans femeninas, 21 lesbianas, y 34 varones gays y bisexuales) en Montevideo. Según los investigadores prevalece en las mujeres trans la atención en el sistema público, además constatan una aparente migración voluntaria de las lesbianas al mismo, mientras los varones gays y bisexuales optan por el sector privado. Otro dato que resulta interesante es que “(...) las/os encuestados no informan de su orientación sexual a los equipos de salud ni estos indagan al respecto” (MSP 2013b: 36).

Cooperar para incluir: dos experiencias con enfoque en diversidad sexual en ASSE

En los últimos años se produjeron dos experiencias piloto: los Centros de salud libres de homo-lesbo-transfobia y la Unidad Docente Asistencial del Hospital Saint Bois. Ambas contaron con la participación activa de distintos colectivos de la diversidad sexual en articulación con la Universidad de la República, con las agencias internacionales y con el Estado. Estas experiencias implicaron un enfoque interinstitucional entre el MIDES, el MSP y ASSE, así como algunas instancias del segundo y tercer nivel de gobierno.

Hacia un nuevo modelo asistencial: Los Centros de salud libres de homo-lesbo-transfobia

Los Centros de salud son una iniciativa conjunta entre el Colectivo Ovejas Negras, el MSP y ASSE (Red de Atención del Primer Nivel), el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de Facultad de Medicina y UNFPA. Se inició en 2010 en la Policlínica de la Ciudad Vieja en Montevideo, hay otra experiencia en el Centro Cívico Salvador Allende de Barros Blancos en Canelones y una similar funcionando en la Policlínica RAP/ASSE de Salto. El objetivo original del plan piloto fue crear servicios que ofrezcan un alto nivel de atención en salud para la población LGBT, que permitiera sistematizar prácticas y formas de trabajo factibles de ser generalizadas en todo el SNIS. Actualmente el proyecto abarca el área de capacitación de recursos humanos con el fin de llegar a todo el SNIS.

El abordaje de esta experiencia parte de una atención integral de salud que busca eliminar el impacto de la discriminación y la estigmatización, apartándose del enfoque exclusivo en prevención de las ITS/ VIH. En tal sentido se promueve en los centros la capacitación de profesionales de la salud, la sensibilización de la comunidad y el incremento de la demanda de servicios de salud por parte de la población LGBT. Desde su inicio se ha capacitado a más de 1000 profesionales y estudiantes de la salud, dado que se incorporaron materias opcionales y cursos de formación permanente en la educación formal universitaria (MIDES, 2013b: 80 y datos proporcionados por el MSP).¹¹ Además se elaboraron pautas de atención en hormonización, y capacitación en patología infecciosa genital y rectal (MSP 2014). Se destacan las posibilidades de estos centros en relación a los servicios que se prestan en la Unidad Docente Asistencial

¹¹ Para una descripción del programa ver “Centros de salud libres de homofobia” disponible en: <http://www.unfpa.org.uy/proyectos/proj/centros-de-salud-libres-de-homofobia.html>

del Hospital Saint Bois que realizó un intercambio de aprendizajes y experiencias con la policlínica de RAP-ASSE de Salto.

Demoliendo esquemas: un cambio de paradigma médico en el Hospital Saint Bois

En 2014 la Unidad Docente Asistencial del Hospital Saint Bois crea un turno nocturno para mejorar el acceso de la población en general, y a partir de una consulta realizada por una persona trans surgió la inquietud de incorporar esta dimensión en el servicio a través de distintas capacitaciones y coordinaciones. Esto no produjo un servicio separado, sino la inclusión de la población trans en la agenda de salud familiar y comunitaria.

La experiencia desembocó en un plan de sensibilización de los equipos de salud tanto en el Saint Bois como en el Pereira Rossell, donde se realizan las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo. La sensibilización surgió como un asunto prioritario marcado por las organizaciones sociales involucradas en la iniciativa (UTRU, Ovejas Negras y Trans Boys Uruguay). También se generó un espacio de investigación que permite contar con datos, pudiendo sistematizar los principales motivos de consulta, lo que provoca originalmente la misma (en general la hormonización), los problemas de salud habituales a lo largo de la vida, el seguimiento general de las personas y específicamente en las etapas previas y posteriores a las operaciones de reasignación de sexo. En concreto la Unidad presta servicios a 35 personas trans, 40% trans femeninas, 54% trans masculinos (el 6% restante no presenta una identidad definida o no se cuenta con el dato).¹²

En los últimos meses ASSE ha propuesto que, luego de establecer un protocolo para mejorar los servicios se incorporará la hormonoterapia, así como las intervenciones quirúrgicas para el cambio de sexo, dentro de las prestaciones para la población trans.¹³ La existencia de estos servicios cobra particular importancia ya que en el 2013 la Policlínica de reasignación de sexo que funcionaba desde 1985 en el Hospital de Clínicas fue oficialmente suspendida. Este antecedente fue evaluado negativamente por la sociedad civil en términos de la calidad del servicio y el trato de los funcionarios (MIDES 2013b), aspectos que la nueva propuesta en el Saint Bois ha mejorado sustancialmente.

Algunos aspectos de la experiencia del Saint Bois resultan auspiciosos para iniciar un proceso de cambio de paradigma en los servicios de salud. En el caso de las modificaciones anatómicas a través de hormonas, por ejemplo, el equipo médico debe ajustarse a la iniciativa del usuario o la usuaria. Las consecuencias de este tratamiento son irreversibles en algunos aspectos como la infertilidad por tal motivo es importante incorporar el consentimiento informado y no promover la autoadministración con medicamentos no adecuados o tomados irregularmente. Según la investigación que realiza el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales en el Hospital, esta perspectiva despatologiza las identidades trans y reconoce la libertad de las personas para construir su identidad y cuerpo. Esto lo separa explícitamente del concepto de “disforia de género” definida como una enfermedad a tratar médicamente.

En lo que refiere a las intervenciones de reasignación de sexo también se percibe un cambio importante en la medida en que se opera a pacientes sanos (desde el punto de vista biológico, psicológico y social), de modo que se despatologiza la intervención. En las experiencias anteriores del Hospital de Clínicas, en las que se llegó a realizar 15 operaciones, partían de la consulta psiquiátrica y del diagnóstico de una patología biológica o de salud mental (trastornos o disforias). Esto no solamente ocurría en Uruguay sino también en el resto del mundo.

El impacto de la hormonización es muy distinto en trans masculinos que en trans femeninas.¹⁴ Los resultados en trans masculinos son más rápidos y notorios, e incluso se habla de que pasan inadvertidos luego del

¹² Intervención del Dr. Daniel Márquez, Medicina familiar y comunitaria, en la jornada “Hacia una política de salud integral en diversidad sexual”, realizada el 19 de mayo de 2015.

¹³ La información esta disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_7835_1.html

¹⁴ Toda la información sobre la perspectiva de los y las usuarios/as fue tomada del informe *Corporalidades trans y sistema biomédico. El caso de la Unidad Docente Asistencial del Saint Bois* realizado en el marco del convenio del MIDES con el Instituto de Ciencia Política de la Universidad de la República (trabajo en prensa). El estudio toma como referencia al colectivo de varones trans organizado, además de dos entrevistas a un varón trans que durante 9 años se atendió en el Hospital de Clínicas y actualmente en el Saint Bois y una mujer trans que concurre al Hospital Maciel desde hace dos años.

tratamiento, mientras en las mujeres trans el proceso es más lento y los resultados no siempre son iguales. Uno de los elementos destacados por los usuarios es la forma en que son tratados en el Hospital Saint Bois frente a situaciones de violencia institucional anteriores (intencionales o no) dentro de los servicios de salud:

Como para el endocrinólogo tenés que pedir el pase, tenés que primero pasar por medicina general. En medicina general (...) sin verme, sin análisis, sin nada, me mandó directamente al endocrinólogo. Me fui a atender con la endocrinóloga y no se quiso hacer cargo de mi caso. Me derivó al área psiquiátrica del Clínicas, (...) lo único que hizo, como yo ya le dije que yo ya estaba con hormonas, fue hacerme un análisis de sangre y nada más. Después tuve que ir a medicina general porque tenía que hacerme un chequeo porque estaba teniendo problemas de salud y la mujer que me atendió me mandó a leer la Biblia y me dijo que no hiciera ningún tratamiento ni nada, y me mandó para mi casa (Entrevista N° 4, trans masculino, integrante de TBU. 06/05/2015).

Los chicos ahí [en el Saint Bois] son divinos, tienen una calidad humana muy grande. En ningún momento te preguntan cómo es tu nombre de la cédula. Vos decís tu nombre y cómo querés que te llamen y desde ahí a la forma en que te examinan, el trato hacia nosotros siempre es muy cálido. Te sentís como entre amigos. No es el clásico 'el doctor ahí y vos acá' (...) Siempre te están preguntando si estás cómodo, sobre todo con algunos procedimientos -cuando nos hicieron el 'pap' y todo eso-, que son procedimientos que no están buenos. No son exámenes lindos para nosotros de realizarse y los exámenes físicos también en ese sentido (Entrevista N° 2, trans masculino, integrante de TBU. 15/04/2015).

La integralidad de la atención es un punto a destacar, en la medida en que no se atiende exclusivamente a la persona por cuestiones vinculadas a su orientación sexual, la hormonización o los cambios anatómicos y tampoco se segrega a la población trans del resto de la población que concurre a la consulta. Esta es una diferencia sustancial con el servicio del Hospital de Clínicas, en el que la atención era la mayoría de las veces con psiquiatras que tomaban los casos como objeto de estudio para sus investigaciones, además de exponer a las personas a constantes cambios de profesionales, lo que implicaba empezar todo de nuevo y suponía muchas veces la inexistencia de un seguimiento.

La forma de atención en el Saint Bois determina en algunos casos el cambio de las personas trans de las mutualistas a ASSE, porque más allá del tratamiento hormonal, resulta atractiva la forma inclusiva e integral de atención a la salud que se brinda. Desde el punto de vista de la política pública esto significa también que no se trata solamente de garantizar el acceso a un tratamiento o a una intervención quirúrgica sino también a sensibilizar y capacitar a los equipos médicos para generar las condiciones de una atención respetuosa de las distintas identidades de género.

En tal sentido se señala desde el punto de vista de los usuarios, algunos problemas de gestión vinculados a que el Saint Bois es el único servicio con estas características, que se está muy alejado incluso dentro de Montevideo y que sería necesario descentralizar sobre todo porque esto genera muchas dificultades para las personas trans que viven en el interior. Otro aspecto señalado tiene que ver con la información que se brinda en el servicio, dado que no hay folletería ni otro tipo de formatos que permitan en la sala de espera informarse sobre distintos aspectos de los tratamientos o formas de prevenir distintos problemas de salud.

Lo que está consolidándose en el Hospital Saint Bois es un nuevo enfoque en los servicios de salud que apunta a la inclusión social de la diversidad (especialmente con trans femeninos y masculinos), a la integralidad de la atención (no sólo orientada a los tratamientos con hormonas o las intervenciones quirúrgicas) y un trato respetuoso de las identidades de género en todas las instancias del vínculo con la institución. A esto hay que agregar un modelo de gestión que incluyó la participación de la sociedad civil desde la etapa de diseño, implementación y en la evaluación.

Además de estas dos experiencias dentro del SNIS, específicamente en los servicios de ASSE, es importante señalar dos acciones que inciden en el derecho a la salud de las personas trans. La primera es la firma del

convenio entre el MIDES y el Centro Nacional de Educación Sexual de Cuba (CENESEX) en 2013.¹⁵ El mismo posibilitará, entre otras cosas, la capacitación de endocrinólogos para la hormonoterapia, incidiendo en la mejora de los servicios de salud en el SNIS.

La segunda acción está relacionada con la salud mental. Se trata del convenio del MIDES con la Facultad de Psicología para la creación de un Centro de Referencia Amigable (CRAM) con el objetivo de brindar atención psicológica en materia de diversidad sexual. Este servicio incluye la atención individual, en pareja, familiar o institucional. A su vez representa un espacio para la investigación y la generación de conocimiento en un tema central como la salud mental.

La población trans y las determinantes sociales de la salud

El análisis de las inequidades en salud toma el género entre las DSS estructurales pero lo subsume a la relación hombres-mujeres, dejando fuera de la categoría la diversidad de orientaciones sexuales y las identidades de género que no responden al modelo heteronormativo. En Uruguay el análisis de las inequidades en salud traslada este punto de vista en los dos informes existentes (Arbulo 2010 y Méndez, Toledo 2015). Como consecuencia de ello no existen estudios dentro del MSP que tengan en cuenta el derecho a la salud de las personas trans vinculado a aspectos como la vivienda, el trabajo, el nivel educativo, entre otros factores.

Hay al menos cuatro fuentes para obtener información sobre los principales indicadores de la población trans en Uruguay: la Tarjeta Uruguay Social (TUS) (MIDES 2013b), los datos sobre trabajadoras sexuales del MSP (2009b), los datos sobre población trans femenina de MYSU (2012) y la investigación “Población trans en Uruguay” de la Universidad de la República (Udelar). El caso de la TUS permite acercarnos a la población trans que cuenta con la prestación, hasta el momento se trata de 985 personas. En el caso de la investigación de la Udelar se trata de 132 personas encuestadas, lo que implica no poder proyectar los datos sobre la población general. Lo mismo ocurre con el estudio del MSP que atiende a un grupo muy específico (trabajadores y trabajadoras sexuales) que incluye a diferentes tipos de población (taxi-boys, personas trans, HSH).

Hay que sumar a la fragmentación de la información, la inexistencia de datos sobre orientación sexual e identidad de género en los instrumentos estadísticos del INE. Si bien la información disponible no permite sacar conclusiones sobre la población trans sí al menos, con todas las precauciones antes mencionadas, permite señalar algunos aspectos relacionados con las DDS estructurales e intermedias.

Los resultados del estudio en los trabajadores sexuales masculinos y trabajadoras sexuales trans arroja datos preocupantes: una iniciación temprana entre los 16 y 17 años, un quinto de la población en situación de calle (con un escaso porcentaje viviendo en el hogar familiar) y un 83% con secundaria incompleta (MSP 2009b: 48). En términos de salud, el estudio revela que un porcentaje muy bajo se atendía en el sector privado (9,2%), un alto porcentaje en los servicios de ASSE (62%) y un quinto de la población declaró no atenderse en ningún servicio de salud. A su vez se relevaron datos respecto a la falta de información sobre enfermedades y conductas de riesgo, a la realización de exámenes de VIH/SIDA (los motivos para hacerlo o no), entre otros.

La investigación de la Udelar muestra algunos datos en materia de atención en salud. En todos los casos las personas declaran tener algún tipo de cobertura e incluso más de una. Según el estudio casi un 70% lo hace en el Hospital de Clínicas y apenas el 26% en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC). El 60% declara haberse inyectado alguna sustancia para cambiar su cuerpo y en la mayoría de los casos se trata de silicona. Respecto a la operación de reasignación de sexo apenas un 3% la hizo, mientras a un 30% le gustaría hacerla y una importante mayoría manifestó no tener interés en hacerla (65,9%). A su vez la investigación registra que un 52% de la población entrevistada contrajo VIH, sífilis o hepatitis.

¹⁵ Por mayor información sobre el CENESEX ver: <http://www.cenesex.org>

Si bien es importante generalizar algunas experiencias en todo el SNIS, es importante señalar que los servicios de ASSE y otras dependencias públicas tienen un enorme desafío en cuanto a la atención de la diversidad sexual. Los indicadores muestran una importante presencia de la población trans en la salud pública vinculada seguramente a las condiciones socio-económicas de la población trans. Es necesario estudiar la relación de los y las trans tanto en ASSE como en las IAMC, pero la perspectiva de los usuarios y usuarias permite suponer que las formas de tratamiento de los equipos médicos y otros funcionarios/as están lejos de ser adecuadas y respetuosas. Este puede ser un factor importante para no concurrir a los servicios de salud y asumir conductas riesgosas como la automedicación para el caso de la hormonización o los cambios anatómicos como las inyecciones de silicona industrial.

Si observamos el nivel educativo (DSS estructural) los resultados indican que apenas un 10% alcanzó estudios universitarios y que mayoritariamente los valores más altos se encuentran en educación primaria y el primer ciclo de secundaria. El impacto del nivel educativo en la atención en salud abre brechas importantes en la población. En el análisis de inequidades del MSP de 2015 el nivel educativo impacta negativamente en indicadores como la hipertensión y la hipertensión no controlada o en indicadores de bajo peso al nacer, mortalidad infantil, mortalidad por lesiones, años de vida perdidos, mortalidad por enfermedades crónicas (Méndez, Toledo 2015: 38-40 y 44). Esto indica la necesidad de profundizar en el análisis del impacto del nivel educativo sobre aspectos específicos de la diversidad sexual como los vinculados a la salud mental, la automedicación, el seguimiento de tratamientos hormonales o la frecuencia de las consultas.

Por su parte la mayoría de las personas encuestadas se aloja en viviendas que alquila o en las que son propietarios (40%). Los datos sumados de situación de calle, ocupante y pensión no superan el 15%, aunque es un porcentaje alto. Las carencias en la vivienda respecto a materiales de construcción, techo, cocina, agua potable, saneamiento básico, abrigo y calefacción, entre otras, se traduce en deterioro de las condiciones de salud.

En cuanto al trabajo se registró un 87% de ocupación con una fuerte concentración en el trabajo sexual (54,4%). El ambiente laboral es un factor decisivo en las condiciones de salud. El trabajo no se limita exclusivamente a la cuestión de la seguridad, también tiene que ver con la higiene, las condiciones físicas, el vínculo contractual, la remuneración y las características de la relación laboral.

Desde este punto de vista el Banco de Previsión Social (BPS) ha hecho avances sustanciales en la inclusión del trabajo sexual en la seguridad social. En diciembre de 2009 se modifica la normativa existente sobre trabajadores sexuales e incorpora a la seguridad social a todos los trabajadores y trabajadoras sexuales sin distinción de identidad de género. Lo hace a través de la forma empresa unipersonal y en 2011 también a través del monotributo. Otros factores vinculados a la violencia en el trato de los clientes afectan la salud física y mental y en casos extremos puede ocasionar la muerte. Además de las conductas de riesgo respecto al consumo de sustancias que también influyen en los y las trabajadoras sexuales.

Por su parte la caracterización de la población trans beneficiaria de la TUS (MIDES 2013b), si bien no es representativa del conjunto de la población trans, permite acceder a algunos datos interesantes. Se trata de una población mayoritariamente femenina (97,5%), con una brecha importante con la población total en términos de jóvenes (entre 18 y 29 años): 26% en la población trans, 18% en la población total. Desde el punto de vista territorial la población trans se concentra en Montevideo (43%), muy separado de los departamentos que le siguen: Canelones (11%), Salto (5,6%), San José (5,3%) y Cerro Largo (5%). El porcentaje de población trans en Montevideo (43%) es mayor en comparación con la población total (39%), fenómeno que podría explicarse por la migración del interior a la capital (MIDES 2013b: 11-12).

El MSP incluyó la distribución territorial de los servicios de salud públicos y privados en su informe de inequidades detectando que la mejor cobertura en los departamentos de Montevideo, Canelones, San José (zona metropolitana) y Colonia, en los que no solamente se cuenta con sedes departamentales y centros auxiliares de ASSE sino con mutualistas del departamento y sedes secundarias de mutualistas de Montevideo. En los departamentos de Salto y Cerro Largo en los que se registra un 5% de población trans que accedió a la TUS, los servicios de salud son escasos, especialmente los de ASSE. En el departamento de Montevideo

ASSE cuenta con 6 Hospitales de referencia nacional, 6 Institutos especializados y 3 Hospitales de crónicos y asilados. A su vez cuenta con una Red de Atención del Primer Nivel con 114 puntos de contacto con la población. Además se cuenta con 25 policlínicas municipales. En el sector privado Montevideo cuenta con 12 IAMC con policlínicas de primer nivel.

Esta distribución territorial podría ofrecer una clave para interpretar el impacto en la disponibilidad de los servicios, y por lo tanto en el acceso, en los departamentos de Cerro Largo y Salto. No así en el área metropolitana. De todas formas, como se ha dicho, el problema en lo que respecta al SNIS no estaría tanto en la distribución geográfica de los servicios, en su disponibilidad, sino en otros aspectos vinculados a la no discriminación, el respeto por las identidades de género, es decir, al trato en los centros de salud.

Los datos sobre educación son similares a los que proporcionaba la investigación de la Udelar, la mayoría tienen ciclo básico incompleto (71,6 %) y una brecha de 20 puntos porcentuales respecto a la población total. Además se caracteriza por ser una población con bajos niveles de ingreso con un porcentaje muy importante de ingresos de 5000 pesos y menos (62,3%). Por último la caracterización de la población trans del informe (MIDES 2013b) presenta un dato preocupante respecto a la esperanza de vida de las trans que es menor a 40 años y es la mitad respecto a la esperanza de vida en la población general (76, 23 años). Esto podría explicarse no solamente por la incidencia de enfermedades como el VIH/SIDA sino por la violencia transfóbica y los factores de riesgo que implica el trabajo sexual (MIDES 2013b: 77-78).

Los datos que surgen de las distintas fuentes llaman la atención sobre las DSS estructurales e intermedias e indican la necesidad de un esfuerzo mayor en el trabajo interinstitucional para garantizar el derecho a la salud de la población trans. En algunas áreas como la educación se ha trabajado en la inclusión de los y las jóvenes trans a través de programas del INJU (MIDES) y en programas interinstitucionales como “Jóvenes en Red”. Este tipo de intervenciones que apuntan por ejemplo a la retención y continuidad en el sistema educativo o promover una primera experiencia laboral, pueden contribuir a atacar aspectos como el ingreso al trabajo sexual a edades tempranas que repercuten luego en la esperanza de vida de los y las trans.

A modo de síntesis

Desde 2007 hasta el presente se configuró un escenario favorable para la diversidad sexual en el campo legal con la concreción del matrimonio igualitario, el derecho a la identidad sexual y la posibilidad del cambio de sexo. También se creó el Consejo Consultivo de la Diversidad Sexual que asesora, monitorea y evalúa las políticas del MIDES. A su vez se ha comenzado a transitar un camino de modificaciones concretas para la inclusión de la población trans en algunas políticas sociales como la Tarjeta Uruguay Social o mediante el mecanismo de asignación de cuotas en el Programa Uruguay Trabaja (MIDES) o el ingreso a la seguridad social del trabajo sexual sin distinguir identidad de género (BPS). Algunos de estos avances influyen en el acceso a la salud.

El PIDESC define la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Desde esta perspectiva la salud abarca múltiples dimensiones del sujeto sin reducirse exclusivamente a la calidad de los bienes y servicios recibidos por la ciudadanía por efectores públicos o privados. En tal sentido el derecho a la salud comprende aspectos como la vivienda, las condiciones de trabajo, la alimentación, el acceso al agua potable, entre otros.

Las DSS son un instrumento de análisis de las inequidades diseñado por la OMS que permite dar cuenta de las posibles dificultades a la hora de garantizar este derecho por parte del Estado. En tal sentido establece DSS *estructurales* (nivel de ingreso y educación, género y etnia de las personas) e *intermedias* (las condiciones materiales de vida: vivienda, situación laboral, disponibilidad alimentaria o segregación residencial; circunstancias psicosociales; factores conductuales). Tanto la Observación N° 14 sobre el derecho a la salud,

como este análisis de las inequidades traducen el género a la relación hombres-mujeres, dejando afuera de la categoría la diversidad de orientaciones sexuales y las identidades de género que no responden a un modelo heteronormativo. Esta perspectiva se traslada a los análisis de las DSS con los mismos resultados.

Es el caso de los *Principios de Yogyakarta* que realizan recomendaciones a los Estados en un amplio conjunto de áreas, definidos a partir de los derechos consagrados en el PIDESC y que dedica dos de sus principios al derecho a la salud. La OMS publicó recientemente un informe sobre la salud sexual en el que analiza iniciativas regionales que comienzan a introducir en sus sistemas de salud aspectos vinculados con la diversidad sexual, destacando el ejemplo de Argentina que incluyó una ley integral para personas trans en su ordenamiento jurídico.

La Ley 18.211 que crea el SNIS en Uruguay incorpora esta perspectiva y garantiza el derecho a la salud para toda la ciudadanía en todo el territorio nacional. Si bien el MSP analiza las DSS a través del “Sistema de vigilancia de la equidad en salud”, su concepción del género sigue en el marco establecido por la OMS. No obstante, el MSP y los servicios de ASSE transitan desde 2009 un proceso de mayor comprensión de la diversidad sexual. En tal sentido se han incorporado las distintas orientaciones sexuales e identidades de género en algunos estudios, que asocian a la población trans a determinados problemas de salud como el VIH/SIDA o a la salud sexual. La *Guía sobre salud sexual y reproductiva*, en su capítulo sobre diversidad sexual, apunta de todas formas en otras direcciones vinculadas a la calidad del trato humano y la integralidad de la atención en salud que mejoran el acercamiento al tema.

Por su parte algunos servicios de ASSE están llevando adelante iniciativas en el Primer Nivel de Atención que están incluyendo, en la práctica, a la población trans. Las experiencias de los Centros libres de homo-lesbo-transfobia en Ciudad Vieja en Montevideo, Barros Blancos en Canelones y Salto, la atención en el Saint Bois para la hormonoterapia y el inicio de las operaciones de reasignación de sexo (que fueron suspendidas en el Hospital de Clínicas en 2013), abren un camino auspicioso dentro del SNIS para garantizar el derecho a la salud y brindar servicios de calidad a la población trans.

A su vez el MIDES a través de un convenio con el CENESEX de Cuba, está contribuyendo con la capacitación de los equipos médicos (especialmente en los tratamientos con hormonas). En el campo de la salud mental, el MIDES en convenio con la Facultad de Psicología ha creado el CRAM, un servicio de atención al colectivo LGBT que incluye no sólo la consulta individual sino también de las parejas, la familia o las instituciones. Estas acciones apuntan a brindar servicios de calidad y generar espacios para la investigación y el mejor conocimiento de los problemas de salud que afectan a este sector de la población.

Finalmente, los datos que podrían contribuir a caracterizar a la población trans, y situar los principales problemas vinculados a las DSS estructurales e intermedias, son insuficientes. La incorporación de la población trans a la TUS abre una posibilidad de estudiar algunas características de la población trans en Uruguay. Proporciona algunas pistas sobre cierta vulnerabilidad en aspectos vinculados fundamentalmente a la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el ambiente laboral, la vivienda que impactan negativamente en la población estudiada. Un ejemplo de esto es el alto porcentaje de trans que recurren al trabajo sexual como forma de sustento económico ante la exclusión del mercado laboral, lo cual implica exponerse a determinados riesgos como el consumo problemático de drogas o las enfermedades como el VIH/SIDA, e incluso a la violencia que en algunos casos puede ocasionar la muerte.

Aportes para el debate

Si bien la salud no es el único ámbito en el que el orden sexual está en juego, aparece como un espacio central en la disputa por los significados sociales respecto a la diversidad sexual. En la medida en que el saber médico trabaja con los cuerpos, con los límites entre la sanidad y la enfermedad, e incluso entre lo que es “normal”

y lo que es “patológico”, se hace imprescindible una discusión en el terreno de la salud para garantizar el derecho de todas las personas en todo el territorio nacional, y además para que contribuya a no reproducir estereotipos en torno a la orientación sexual y la identidad de género de las personas.

El *Programa de Salud y Antropología* de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, bajo la coordinación de Sonnia Romero, realiza importantes contribuciones en el análisis del modelo cultural implícito en las formas de asistencia en la salud. En el trabajo etnográfico Romero detecta una “modalidad autoritaria” que perdura en las relaciones entre médicos y pacientes, que se ve especialmente en el marco de los servicios públicos. En tal sentido Romero apunta que esta modalidad autoritaria impregna a todo el personal en una institución médica (médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as, administrativos/as) y construye posiciones jerárquicas (Romero 2009: 51). En el contexto de una “renegociación del orden sexual” en Uruguay, es necesario revisar esta noción de “modalidad autoritaria” en relación a su impacto en el tratamiento de los cuerpos y las concepciones sociales sobre lo masculino y lo femenino, que se realizan desde un punto de vista heterocentrado en toda la sociedad (Diego Sempol en MIDES 2013a: 17).

Las dos experiencias de Centros de salud libres de homo-lesbo-transfobia son un ejemplo de cómo afrontar el problema del modelo autoritario de asistencia, así como de buenas prácticas que podrían extenderse en todo el SNIS, aumentando el número en los servicios de ASSE y estimulando su existencia también en el sector privado. Es importante también la experiencia del Saint Bois que incluye en la consulta general a las personas trans junto al resto de los usuarios. Es relevante transitar el camino de la inclusión social y no la creación de servicios para la población trans que contribuyan al aislamiento o la no visibilización.

Estas experiencias tienen dos componentes importantes: la formación de recursos humanos y la investigación. Si la reproducción de un modelo asistencial autoritario, como sostienen las investigaciones antropológicas, depende de todos los actores de la salud, es imprescindible la formación de los recursos humanos (médicos, técnicos, administrativos) en una perspectiva de derechos humanos, de respeto por la diversidad sexual, de comprensión de las cuestiones vinculadas a la orientación sexual y las identidades de género. En ese sentido sería interesante generalizar las experiencias de los Centros amigables y el Saint Bois para todo el SNIS y en todos los niveles de atención.

Además es imprescindible la formación de los equipos médicos en aspectos técnicos como la hormonoterapia y las intervenciones quirúrgicas para la reasignación de sexo, camino que ya se transita en el convenio con el CENESEX de Cuba. La cooperación con países de la región puede servir de experiencias como las de Argentina, que desde 2012 implementó varias modificaciones en su sistema de salud relacionadas con la población trans. Además de las experiencias internacionales, es importante afianzar el vínculo con la Facultad de Medicina y la Facultad de Enfermería para la inclusión de la diversidad sexual dentro de los contenidos curriculares.

En el campo de la investigación el Saint Bois y los Centros amigables ofrecen un plan piloto que de ampliarse al SNIS, podría ofrecer información importante respecto a los problemas de salud de las personas trans, los motivos de consulta, entre otros aspectos. A su vez afinando y ampliando el registro en todo el SNIS, incluyendo la identidad de género en los formularios, esta variable podría formar parte del análisis de inequidades que realiza el MSP que hasta ahora está basado en una perspectiva de género heteronormativa, y de otros tipos de estudios en áreas específicas de la salud además de la salud sexual y reproductiva o las enfermedades como el VIH/SIDA.

En el campo concreto de las prestaciones a personas trans es central el concepto de “consentimiento informado” que ponga a disposición todas las consecuencias de los tratamientos con hormonas y de las distintas modificaciones anatómicas. Esto pone en el centro al sujeto que es quien toma la decisión. Entrando ya en los tratamientos específicos es fundamental que exista disponibilidad de hormonas de calidad ya que esto puede afectar la continuidad del tratamiento y ocasionar otros problemas de salud. Es importante generalizar una perspectiva en los equipos médicos que no implique aplicar universalmente la hormonoterapia e

incluso los cambios anatómicos y que la decisión esté enfocada en las necesidades de las personas y no en una imposición basada en la creencia de que es necesario “ajustar” la biología a la identidad de género.

Existen también algunos aspectos como la fertilidad, que se pierde a causa de la hormonoterapia, que deben tomarse en cuenta considerando el derecho de las personas trans a tener hijos biológicos. Para ello es necesario incorporar aspectos vinculados con la fertilización asistida con medidas, como la conservación de gametos, que deben tomarse antes de iniciar el tratamiento hormonal.

Otro capítulo es la salud mental, que aparece como una necesidad que no solo apunta a la atención psicológica individual o de pareja, sino que ayuda a familias e instituciones a no convertirse en espacios expulsivos. Por eso la experiencia de centros como el CRAM parece indicar un camino posible a seguir en el SNIS, que puede acoplarse a los Centros de salud libres de homo-lesbo-transfobia o instalar algún plan piloto en ASSE.

El desafío parece ser integrar estos planes concretos en un plan nacional que articule los esfuerzos del MIDES, el MSP y ASSE, junto con otros actores del Estado como el Consejo Consultivo de la Diversidad Sexual y los mecanismos de participación de usuarios y trabajadores en la JUNASA, que representan espacios interesantes de inclusión de la sociedad civil en la discusión de este plan.

El trabajo con la sociedad civil por parte de actores concretos en el SNIS, fundamentalmente en ASSE, ha dado resultados importantes en la identificación de prioridades y la mejora de la atención en salud. Parece un escenario propicio para la creación de un Plan Nacional que articule las acciones, racionalice los esfuerzos en términos presupuestales y permita que se efectivice el derecho al nivel más alto de salud física y mental de la población trans.

Preguntas para el debate

- 1) ¿Qué elementos incorporaría a una definición de salud?
 - 2) ¿Qué problemas identifica para el ejercicio del derecho a la salud por parte de la población trans?
 - 3) ¿Qué elementos considera importantes para contar con un sistema integrado de salud con perspectiva de derechos humanos que contemple la diversidad sexual y específicamente a la población trans?
 - 4) ¿Cuáles cree que podrían ser las estrategias institucionales para incorporar esos elementos?
-

Referencias

- Arbulo, Victoria, coordinadora (2010) Logros y desafíos en términos de equidad en salud en Uruguay. Documentos de trabajo en Economía de la salud N° 1/10. MSP, Montevideo. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_4216_1.html
- Méndez Rivero, Fabricio y Alejandra Toledo Viera (2015) Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay. MSP, Montevideo. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INFORME%20%20SVES%20Documento%201.pdf>
- MIDES (2013a) *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. MIDES, Montevideo. Investigación a cargo de Diego Sempol (coordinador).
- MIDES (2013b) *La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans*. MIDES, Montevideo. Investigación a cargo de Julia Lukomnik.
- MIDES (2014) *Diversidad sexual en Uruguay. Las políticas de inclusión social para personas LGBT del Ministerio de Desarrollo Social (2010-2014)*. MIDES, Montevideo. Investigación a cargo de Cecilia Rocha Carpiuc.
- MIDES (en prensa). *Corporalidades trans y sistema biomédico. El caso de la Unidad Docente Asistencial del Saint Bois*. MIDES, Montevideo. Investigación a cargo del Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- MSP (2009a) *Guía en salud sexual y reproductiva. Capítulo: diversidad sexual*. MSP, Montevideo. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/SSYSR%20-%20Diversidad%20Sexual.pdf
- MSP (2009b) *Ciudadanía y salud: acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay 2008/2009*. MSP, Montevideo. Disponible en: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5713,21640>
- MSP (2013a) *La población ante el estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, y personas que viven con VIH*. MSP, Montevideo.
- MSP (2013b) *Escuela de gobierno en Salud Pública. Trabajos finales*. MSP/BPS/UDELAR/OPS, Montevideo. Disponible en: http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/uruguay.campusvirtualsp.org/files/publicacion_egsp_final.pdf#page=27
- MSP (2014) *Sistematización de políticas y estrategias del departamento salud sexual y salud reproductiva período 2010-2014*. MSP, Montevideo. Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/119_file1.pdf
- MYSU (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans*. Montevideo, MYSU/ANII. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqu%C3%AD-el-relevamiento_necesidades_salud_trans_revisión_2013.pdf
- OMS. El derecho a la salud. Folletín informativo N° 31. Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Romero Gorski, Sonia (2009) *Sistemas culturales y sistemas de atención de la salud*. Cuadernos del CES N° 5, Montevideo.