

**DIVERSIDAD SEXUAL,
DISCRIMINACIÓN Y POBREZA
FRENTE AL ACCESO A LA
SALUD PÚBLICA**

Jaime, Martín

Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública : demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2013.
E-Book.

ISBN 978-987-1891-71-9

1. Diversidad Sexual. 2. Salud. I. Título
CDD 306.76

Otros descriptores asignados por CLACSO:

Diversidad sexual / Comunidad TLGBI / Pobreza / Discriminación /
Estado / Sistema de Salud Público / Bolivia / Colombia /Ecuador / Perú

La Colección CLACSO-CROP tiene como objetivo principal difundir investigaciones originales y de alta calidad sobre la temática de la pobreza. La colección incluye los resultados de las actividades que se realizan en el marco del Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza en América Latina y el Caribe (becas, seminarios internacionales y otros proyectos especiales), así como investigaciones relacionadas con esta problemática que realizan miembros de la red CLACSO-CROP y que son aprobadas por evaluaciones académicas externas.

**Secretario Ejecutivo**

Pablo Gentili

Directora Académica

Fernanda Saforcada

Comité Directivo [Miembros Titulares]**Gerardo Caetano**

UDELAR, Uruguay

Jose Carlos Rodríguez

CDE, Paraguay

Dalila Andrade

FaE/UFMG, Brasil

Leticia Salomón

DICU/UNAH, Honduras

Eduardo Toche Medrano

DESCO, Perú

Juan Ponce

FLACSO, Ecuador

Suzy Castor Pierre-Charles

CRESFED, Haití

Lucio Oliver

CEL/FCPyS y PPEL/UNAM, México

CLACSO**Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais**

Estados Unidos 1168

C1101AAX, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel. [54 11] 4304 9145 - Fax [54 11] 4305 0875

<www.clacso.org>

<clacsoinst@clacso.edu.ar>

**Director Científico**

Alberto D. Cimadamore

Comité Científico**Thomas Pogge**

Chair of CROP Scientific Committee

Leitner Professor / Philosophy and International Affairs

Yale University, USA

Julio Boltvinik

Professor / Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio

de México, México

Atilio Boron

Professor / Programa Latinoamericano de Educación a

Distancia en Ciencias Sociales (PLED), Argentina

Jean Comaroff

Professor / Department of Anthropology, University of

Chicago, USA

Bob Deacon

Professor / Department of Sociological Studies

University of Sheffield, UK

Shahida El Baz

Dr. / The National Center for Social and Criminological

Research (NCSCR), Egypt

Sara Hossain

Lawyer / Supreme Court, Bangladesh

Asunción Lera St. Clair

Professor / Department of Sociology, University of

Bergen, Norway

Karen O'brien

Professor / Department of Sociology and Human

Geography, University of Oslo, Norway

Adebayo Olukoshi

Director / United Nations African Institute for Economic

Development and Planning (IDEP), Senegal

Isabel Ortiz

Associate Director / UNICEF

Shahra Razavi

Research Co-ordinator / United Nations Research

Institute for Social Development (UNRISD)

CROP**Comparative Research Programme
on Poverty**

P.O. Box 7800

N-5020 Bergen, Noruega

Tel. 47 5558 9744

<www.crop.org>

<crop@uib.no>

COLECCIÓN CLACSO-CROP

**DIVERSIDAD SEXUAL,
DISCRIMINACIÓN Y POBREZA
FRENTE AL ACCESO A LA
SALUD PÚBLICA**

**DEMANDAS DE LAS COMUNIDADES TLGBI
EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ**

Martín Jaime



CLACSO

Editor Responsable Pablo Gentili, Secretario Ejecutivo de CLACSO

Directora Académica Fernanda Saforcada



Colección CLACSO-CROP

Directores de la colección Emir Sader, Director de Relaciones Internacionales de CLACSO y Alberto D. Cimadamore, Director de CROP

Coordinadores de la Colección Carolina Mera, Coordinadora del Área de Relaciones Internacionales de CLACSO y Hans Egil Offerdal, Coordinador del Programa América Latina y Caribe de CROP

Asistentes Dolores Acuña (CLACSO) y Santiago Kosiner (CROP)

Área de Producción Editorial y Contenidos Web de CLACSO

Coordinador Editorial Lucas Sablich

Coordinador de Arte Marcelo Giardino

Arte de tapa Ignacio Solveyra

Producción Fluxus estudio

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1101AAX Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel. [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacso.edu.ar> | <www.clacso.org>

Primera edición en español

Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública. Demandas de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú (Buenos Aires: CLACSO, agosto de 2013)

ISBN 978-987-1891-71-9

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723

Patrocinado por la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo  **Norad**

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Este libro está disponible en texto completo en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO <www.biblioteca.clacso.edu.ar>

Los contenidos de este libro han sido evaluados por dos especialistas externos a la institución en un proceso de revisión por pares.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

ÍNDICE

Introducción	11
Problematización de la situación de las personas TLGBI en la región andina. Salud, pobreza y subjetividades	15
Lecturas desde la academia (y el activismo)	21
Rutas metodológicas de la investigación	34
Discursos jurídicos, salud pública y heteronormatividad.	
Una mirada hacia los cuerpos y las demandas de las personas TLGBI	39
Los primeros avances en la normativa: aparición del TLGBI	57
Normatividad, salud y personas TLGBI: un balance del discurso de la salud pública	91
Cuerpos, ciudadanía y vulnerabilidad: demandas versus necesidades	118
Gestión y realidad en salud. Un acercamiento a los escenarios de la pobreza en la población TLGBI	129
La gestión de la salud en relación con las personas TLGBI en la región andina	142
Acercamientos a la realidad desde la problemática TLGBI	153

La gestión del VIH/sida en la región andina	158
Demandas y acciones: respuestas del movimiento TLGBI sobre la pobreza y discriminación en la región andina	171
La pobreza entendida desde el movimiento TLGBI, a partir de la salud	187
Percepciones sobre demandas sociales (especialmente en salud): ¿hacia la construcción de una agenda?	190
Elementos para una agenda en salud de las comunidades TLGBI en la región andina	197
Participación política de las comunidades TLGBI de la región andina: acciones y rutas de lucha	199
Articulación de la demanda: posibilidades y límites de la recuperación y creación	207
Sobre algunas consideraciones finales	208
Bibliografía	213
Anexos metodológicos	231
Anexo 1. Listado de documentos analizados	231
Anexo 2. Listado de personas entrevistadas	236
Anexo 3. Guías de entrevistas	238

INTRODUCCIÓN

HASTA EL AÑO 2012, LA SITUACIÓN de los derechos humanos de las personas trans¹, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales (TLG-BI) ha revelado diversos aspectos específicos a partir de los cuales el estigma y la discriminación se han seguido reproduciendo dentro de las sociedades andinas. Principalmente, los discursos y las acciones de los estados han configurado un espacio propicio para la instalación y reproducción de la vulnerabilidad contra estas poblaciones, legitimando, a su vez, la presencia de otros discursos sociales que fortalecen esta situación. Desde luego, algunos casos han mostrado avances en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas TLG-BI. Por ello, la presente investigación tiene como objetivo analizar las dinámicas que permiten la conformación de este escenario, integrado por diversos niveles y agentes que confluyen en la instalación de la pobreza y vulnerabilidad de las personas con deseos y prácticas homoeróticas y transgeneristas.

Específicamente, el sistema público de salud en la región andina es un ámbito que revela una serie de complejas dinámicas para las

1 El término trans hace referencia a las personas travestis, transgéneros y transexuales.

personas TLGBI, desde el ejercicio del derecho a la salud hasta el acceso a servicios de calidad. Aún más, si tenemos en cuenta que la principal estrategia de “inclusión social” de los países estudiados dirigidas a dichas personas fueron las políticas de salud, esto permite reflexionar sobre las limitadas condiciones de su ciudadanía. Podríamos afirmar que este conjunto de dinámicas en torno a este tema constituye el síntoma de la participación política de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Un primer acercamiento a esta realidad, nos permite observar los serios problemas existentes en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. La construcción del ejercicio del derecho a la salud se da, básicamente, en torno a tres ámbitos: el establecimiento jurídico del derecho, la existencia de una oferta de servicios que satisfagan la demanda de las personas y la presencia de herramientas de exigibilidad. En principio, nos enfrentamos a una profunda invisibilización de la temática, la cual posee diversos niveles. Si bien en los cuatro países existe un número de leyes, normas y jurisprudencia que integran los derechos de las personas TLGBI, éstas no han desarrollado un corpus que permita facilitar la creación de una respuesta integral a nivel nacional dentro de los ministerios de salud de cada país.

En términos generales, toda la normativa y su respectiva implementación están basadas en concebir a las personas TLGBI en sujetos de control, no tan lejana a la visión de anormalidad instaurada desde el mismo discurso médico y salubrista, el cual sin duda ha ido cambiando. Además, esta integración parcial dentro de la salud pública presenta serias diferencias cuando miramos atentamente la situación de la comunidad desde cada una de las identidades del acrónimo. Por ejemplo, en el caso de las mujeres lesbianas y las personas intersexuales, el tema ni siquiera aparece dentro de los debates públicos, y por otro lado, si bien la población gay y trans femenina son quienes más atención reciben, ésta ni lejanamente posee los estándares de calidad requeridos.

Sin duda, esta realidad en torno a la posibilidad de ejercer el derecho a la salud tiene consecuencias muy graves en la calidad de vida de las personas TLGBI, en particular configura una de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza. En este contexto, no es sorprendente que la discriminación contra las personas TLGBI aún tenga una relevante presencia. Por ejemplo, en el Perú, el Informe de Derechos Humanos 2009 mostraba cómo el sector salud era la segunda instancia pública donde ocurrían más casos de discriminación después de la policía nacional.

Frente a esta situación, la presente investigación busca analizar cómo se conforma la pobreza y vulnerabilidad en las comunidades

TLGBI a partir de los procesos de exclusión y discriminación, contruidos desde la heteronormatividad, dentro de la elaboración e implementación de las políticas públicas de salud en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Para ello, la primera interrogante gira en torno a cómo los sistemas de salud pública en los países estudiados han implementado el componente de orientación sexual y/o identidad de género en su normativa y ejecución desde el año 2000 hasta la actualidad. Con este fin esta investigación se estructura en cuatro capítulos.

El primero presenta una problematización sobre la situación de las personas TLGBI en la región andina que entremezcla algunos datos sobre la realidad vivida por estas comunidades y las lecturas realizadas desde la academia y el activismo. Luego de ello, plantea las principales interrogantes de la investigación, las cuales giran en torno a tres ámbitos: el ordenamiento normativo, la gestión de la salud pública y las demandas comunitarias. La perspectiva analítica concibe una interpretación que tome en cuenta la pobreza y la heteronormatividad como referentes cruciales para leer el material recogido.

El segundo capítulo es un estudio comparativo sobre el ordenamiento jurídico de los países andinos con respecto a la “inclusión” de la orientación sexual y la identidad de género a partir del análisis de los discursos pastorales, médicos y jurídicos. Si bien el trabajo tiene como límite lo ocurrido desde el 2000, también realiza una mirada de los antecedentes. Por otro lado, este capítulo también problematiza la construcción de la subjetividad de las personas TLGBI en relación con estos discursos heteronormativos, específicamente la subjetividad de política.

El tercer capítulo desarrolla un debate sobre la pobreza y la heteronormatividad como obstáculo para pensar un concepto de desarrollo que integre a las personas TLGBI. Este trabajo se hace a partir de mostrar un serie de datos que hablen sobre cómo se vive la pobreza en estas comunidades, principalmente en el ámbito de la salud. En ese sentido, el capítulo plantea un análisis sobre la gestión en salud dirigida a las personas TLGBI, la cual está centrada, en la región andina, en los modelos implementados en torno al VIH y sida.

Finalmente, el cuarto capítulo está dirigido a reflexionar sobre la articulación de las demandas y la participación política de las personas TLGBI frente a la situación analizada en los anteriores capítulos. Estas reflexiones se desprenden de los diálogos realizados con algunos y algunas activistas TLGBI de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Metodológicamente, esta investigación es de carácter cualitativo. Específicamente, este trabajo analiza las dinámicas de la discriminación y la exclusión contra las personas TLGBI desde dos miradas: una desde el discurso de salud pública implementado en los cuatro países

y otra desde las demandas de los y las líderes de las organizaciones TLGBI. Para recoger la información que dé cuenta de ambas perspectivas, hemos utilizado las siguientes técnicas: la revisión documental y bibliográfica, dirigida a recolectar investigaciones previas sobre el tema, la normativa existente e información producida por cada Ministerio de Salud; y las entrevistas a informantes clave, dirigidas a recoger las percepciones y demandas con respecto al ejercicio del derecho a la salud. La limitación de esta investigación es que sólo hemos recuperado datos ya levantados y sistematizados, por eso siempre la reflexión estará basada en la presencia/ausencia que dicho material nos presenta.

Agradezco el financiamiento de CLACSO-CROP a través de su Programa de becas a la investigación gracias a la cual fue posible emprender este reto académico y político. Por último, agradezco la participación de Aron Nunes-Curto, quien fue el responsable de la recopilación y sistematización de la información documental y bibliográfica. También debo agradecer a Katherine de la Cruz, Luis Bejarano y Karina Yakushi por su trabajo en el cuidado de la edición del informe final. Sin duda, a Enrique Mendoza por haber compartido conmigo muchos años nuestro proyecto de vida y de afecto mediante el diálogo y el estímulo.

PROBLEMATIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS TLGBI EN LA REGIÓN ANDINA

SALUD, POBREZA Y SUBJETIVIDADES

LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS TLGBI (trans, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales) dentro del sistema público de salud en la región andina, es una problemática que revela una serie de complejas dinámicas, desde el ejercicio del derecho a la salud hasta el acceso a servicios de calidad. La relación establecida entre los sistemas públicos de salud y las personas TLGBI expresa, en los países andinos, el carácter limitado de la subjetividad política de dicha comunidad, inserta en políticas de “inclusión social” que constituyen también las posibilidades de enfrentar la pobreza y construir sus propias estrategias de desarrollo.

Al enfrentarnos a esta problemática, nos deberíamos interrogar sobre qué significa “inclusión social” dentro de los discursos oficiales, que en el caso de la comunidad TLGBI andina siempre debe ser puesta entre comillas. Al rastrear los elementos de la estructura que los conforman, una serie de hechos, relatos y evidencias surgen para mostrar una cantidad de relaciones que establecen el entramado entre la pobreza y la vulnerabilidad. De esta manera, el estudio de nuestro síntoma es una ventana para comprender que (i)lógicas subyacen en la construcción de la subjetividad política de las personas TLGBI.

Este acercamiento, nos exige mirar los problemas presentes tanto en el diseño como en la implementación de las políticas públicas

en salud, en los tres ámbitos antes mencionados. A pesar que en los cuatro países existe un número de leyes, normas y jurisprudencia que integran los derechos de las personas TLGBI, igualmente, afrontamos una profunda invisibilización de la temática, con niveles diferenciados, la cual no facilita la creación de una respuesta integral a nivel nacional dentro de los ministerios de salud de cada país.

En primer lugar, aún las personas TLGBI son concebidas como sujetos de control dentro de la normativa analizada, y aunque esta actitud ha cambiando, persisten una serie de estrategias que no transforman esta concepción. Una de las expresiones de esto, es la diferencia en la incorporación de las demandas de cada comunidad. En el caso de las personas intersexuales y de las mujeres lesbianas, su problemática ni siquiera se visibiliza en los debates públicos. En particular, la población lesbiana presenta bajos índices de acceso a servicios de salud debido al temor a ser discriminadas en los servicios públicos, lo cual se agrava si tenemos en cuenta que no existen protocolos de atención que consideren prácticas sexuales distintas de las exclusivamente heterosexuales en los cuatro países y, además, la presencia de una alta percepción de insensibilidad por parte del personal de salud (Hernández, 2011: 32-38; Galarreta, 2006). Específicamente, Patricia Vergara nos indica a partir de un balance realizado de otras investigaciones que sólo entre un 48 y 60% de lesbianas asiste a consultas ginecológicas, y sobre todo que, de este porcentaje, sólo un 30% habla sobre sus prácticas sexuales (Vergara, 2012).

Paralelamente, si bien, la población gay y trans femenina reciben algunos servicios específicos, su implementación no está ni lejanamente de poseer los estándares demandados de calidad. En relación con la población trans, aún se sigue utilizando en toda la región el término HSH (hombres que tienen sexo con hombres) para explicar desde una categoría epidemiológica el comportamiento sexual/afectivo de estas personas. Por otro lado, los sistemas andinos de salud no contemplan dentro de sus servicios una atención especializada con respecto a la transformación del cuerpo, y cuyas consecuencias las encontramos en el uso de sustancias ilegales y hormonas sin prescripción que afectan seriamente su propia salud.

En torno a todo esto, uno de los datos más relevantes es la alta prevalencia de VIH entre hombres gays, bisexuales y mujeres trans, que determina que en los cuatro países estudiados haya una epidemia concentrada. Concretamente, entre hombres gays, la prevalencia es entre 10 y 15% y entre mujeres trans es de 30 a 35%. Por ejemplo, en el Perú, el “Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Periodo enero 2008-diciembre 2009”, muestra que entre hombres gay la prevalencia es de 10,5% y señala que

para mujeres trans es de 32,2% (Ministerio de Salud, 2010: 213). En Ecuador, la Fundación Ecuatoriana Equidad halló en un estudio entre población gay y bisexual una prevalencia de 19,3% en Guayaquil, y de 11% en Quito (Fundación Equidad, 2011: 41). En Colombia, el Informe UNGASS afirma que existen tasas de seroprevalencia para hombres entre 10,18 y 19,5% (Ministerio de la Protección Social, 2011: 31). Por otro lado, en Bolivia, el “Estudio sobre sexualidad masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO)” indica que en Santa Cruz es de 15%, en Cochabamba es de 10,2% y en La Paz/En Alto es de 9,6% (Ministerio de salud y Deportes, 2010: 61). Estas cifras se mantienen a pesar de las acciones implementadas por cada una de las secretarías de salud, lo cual muestra su ineficacia, en particular, en los ámbitos referidos a la lucha contra la discriminación y la prevención.

En este contexto, no es sorprendente que la discriminación contra las personas TLGBI aún tenga una relevante presencia dentro de los respectivos sistemas públicos. Por ejemplo, en el Perú, el “Informe de Derechos Humanos 2009” mostraba cómo el sector salud era la primera instancia pública donde ocurrían más casos de discriminación (Jaime, 2010: 40). En relación a esta comparación entre ámbitos de discriminación no existe evidencia cuantitativa en otros países, sin embargo algunas encuestas referidas al acceso a servicios públicos en salud muestran que las personas TGB afirman no haber recibido maltrato, o haber recibido un servicio de calidad. Por ejemplo en Bolivia, el Estudio SEMVBO indica que en las tres ciudades analizadas un 89,9% dice no haber recibido algún maltrato en los servicios de salud, sin embargo, más de la mitad de la misma muestra declara ocultar su orientación sexual al personal (ADESPROC, 2010: 43). En otros países de la región, se han realizado diversas investigaciones cualitativas donde se muestra que las personas han sufrido diversos tipos de discriminación desde la negación del servicio hasta el maltrato en la consulta.

En ese mismo ámbito, otra problemática es la ausencia de protocolos que tomen en cuenta la orientación sexual y la identidad de género en los diversos niveles de atención, lo cual no permite poner en práctica un servicio que tome en cuenta las demandas de las y los usuarios. Además, en el caso de existir guías de atención, éstas se implementan muchas veces con suma precariedad, salvo en algunas experiencias de centros de atención especializados, donde usualmente se limita el servicio a la detección y tratamiento de ITS, VIH y sida. En el Perú, esta realidad ha sido analizada en diversos documentos (Jaime 2010: 113-118; Velarde 2011: 37-125; Salazar *et al.*, 2010). Esta situación nos muestra cómo los servicios de salud dirigidos a la población gay y trans al estar limitados al VIH, no son construidos desde una adecuada integralidad.

Sin duda, estas condiciones donde se ubican las posibilidades del ejercicio al derecho a la salud tienen consecuencias muy graves en la calidad de vida de las personas TLGBI y configuran algunas de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza. Gracias a los testimonios y datos recogidos durante esta investigación, es necesario hacer énfasis en la importancia de estudiar las relaciones establecidas entre los discursos y las personas TLGBI, las cuales configuran los principales problemas y carencias. Es necesario comprender que las relaciones son productos sociales, insertos en procesos materiales de producción de sentido. ¿Por qué estudiamos las relaciones? Lo hacemos con el fin de visibilizar el hecho que tanto los discursos como las personas son resultados de relaciones de poder construidas a partir de la redistribución de los bienes, sean económicos, raciales, sexuales y culturales, que configura estrategias de acceso, injustas y/o justas, al goce de las demandas¹. Es decir, configuran riqueza o pobreza.

También lo hacemos con el objetivo de afirmar que cualquier explicación sobre la situación de las personas TLGBI no se encuentra ni en los discursos ni en las personas, sino en el estudio de las mismas relaciones de redistribución. Por lo tanto, la inclusión/exclusión debe ser analizada como algo que ocurre dentro de procesos materiales de significación, donde la raza, la clase y la sexualidad colocan a cada persona en determinadas posibilidades de acceder al goce de su demanda.

Dentro de estas relaciones de redistribución, considero que los discursos son unidades pragmáticas de significación, los cuales tejen sentido a través de la incorporación de dispositivos en el cuerpo/subjetividad de las personas, y mediante los cuales se establecen prácticas sociales y prácticas de conocimiento. Por ello, la meta del análisis del discurso es visibilizar las relaciones entre ambas prácticas en la construcción de modelos hegemónicos desplazando el eje axial de la investigación a la vitalidad del *lugar de enunciación*.

En este sentido, esta investigación entiende que la elaboración y la implementación de los discursos están insertas en procesos políticos nacionales y regionales, y por ello, incorpora una mirada comparativa entre los países andinos. Por un lado, Colombia y Perú han tenido Gobiernos que favorecen políticas neoliberales; por otro, Bolivia y Ecuador tienen Gobiernos considerados progresistas en materia de inclusión social. De esta manera, una interrogante importante indaga las diferencias entre ambos modelos con respecto a la incorporación

1 Es importante resalta el uso dado en esta investigación a la frase *goce de las demandas* frente a *satisfacción de necesidades*. En los siguientes capítulos, se irá argumentando su diferencia frente al desarrollo del discurso de la salud pública.

de la orientación sexual y la identidad de género, ya que a pesar de estas diferencias económico-políticas, existen semejanzas en el trato a la población TLGBI en estos países. ¿Por qué ocurre esta semejanza? ¿Cómo se llevan a cabo las diferencias? Sin duda, la respuesta no será hallada en indagar simplemente en los discursos o en las personas, sino en el análisis de las relaciones.

Estas relaciones construyen discursos y subjetividades “ambiguas” frente a la problemática tratada, ya que por un lado generan espacios de “inclusión”, restringidos, ineficientes y discriminatorios, y por otro, invisibilizan otras demandas. Por ello, este trabajo es una relectura de las prácticas estatales a partir de las demandas TLGBI en salud. En ese sentido, problematiza las condiciones de la “inclusión” y, desde luego, el mismo concepto de salud pública desde la perspectiva TLGBI.

¿Cómo se construyen estas relaciones de redistribución? ¿Como su “ambigüedad” y su “inclusión”? En este punto preliminar, fijemos nuestra atención en que la discriminación y la exclusión dinamizan estas relaciones. En el centro de todo, los discursos, junto al surgimiento de algunas políticas que abordan la problemática, dentro de los sistemas públicos de salud, expresan una dinámica donde las condiciones estructurales que determinan la pobreza son construidas también por la heteronormatividad. Este vínculo entre ambas determina las condiciones en las cuales las comunidades TLGBI ejercen su derecho a la salud y acceden a servicios públicos en salud. En este sentido, las relaciones redistributivas mediante la discriminación y la exclusión generan pobreza basada en la heteronormatividad. Por ello, nos interrogamos sobre cuáles son las causas y las características que constituyen la exclusión y la discriminación de las personas TLGBI con respecto al derecho a la salud y, además, cuáles son las relaciones entre la discriminación, la clase y la raza como elementos que estructuran el vínculo entre pobreza y heteronormatividad.

En torno a todo esto, la presente investigación analiza cómo, dentro de la elaboración e implementación de las políticas públicas de salud de los cuatro países estudiados, se conforma la pobreza y vulnerabilidad en las comunidades TLGBI a partir de los procesos de exclusión y discriminación, construidos desde la heteronormatividad. Específicamente, la pregunta principal indaga sobre cómo los referidos sistemas de salud pública han implementado el componente de orientación sexual y/o identidad de género en su normativa y ejecución desde el año 2000 hasta la actualidad.

Nos concentramos en la incorporación de la orientación sexual y la identidad de género en las políticas públicas de salud de estos cuatro países, y también en políticas antidiscriminación creadas e im-

plementadas para combatir la exclusión de los servicios públicos de salud. Además, este trabajo aborda las percepciones sobre la pobreza de las personas TLGBI, qué implicancias tiene en su vida y sobre todo cómo la pobreza afecta su salud. De esta manera, a grandes rasgos, analizaremos tres niveles: el normativo, la gestión pública en salud y las demandas de las y los líderes comunitarios.

Específicamente, nuestro análisis de la incorporación de la orientación sexual y la identidad de género se desarrolla realizando la genealogía del discurso de salud pública desde la aparición de la epidemia del VIH hasta la creación de programas relacionados con la población TLGBI y visibilizando, en la medida de lo posible, la participación de otros discursos que limitan el acceso a servicios de salud, como el de la Iglesia Católica. También, la mirada comparativa centra su atención en los discursos elaborados y las acciones implementadas en relación con la inclusión/exclusión de las comunidades TLGBI en otras políticas públicas. Por ello, se indaga sobre cómo han sido elaboradas e implementadas las políticas en salud con respecto al VIH y sida en los países estudiados. En este nivel, resulta necesario mostrar el cuerpo normativo desde el ámbito constitucional hasta las diversas leyes para ver cómo ha sido dibujado el sujeto TLGBI en el campo jurídico. Este trabajo analiza el contenido de programas, planes y estrategias sanitarias implementadas por los ministerios de salud de cada país, durante los últimos diez años. Se toma en cuenta la normativa de los sistemas de seguridad social, en aquello que concierne a la salud.

En primer lugar, se analizan las políticas referidas al VIH y sida, y en segunda lugar, la ausencia de políticas referidas a la salud de las personas TLGBI, tales como salud mental, tratamientos hormonales para población trans, protocolos ginecológicos para mujeres lesbianas. En este sentido, es importante estudiar tanto las políticas implementadas como aquellas inexistentes pero que son una demanda de la comunidad TLGBI.

Las políticas que combaten la epidemia del VIH y sida tienen suma importancia dentro de nuestro problema de investigación, ya que ellas son las principales estrategias para abordar la problemática TLGBI en nuestra región. Estas sirven para establecer un modelo de intervención, el cual no es integral. Esta estrategia está focalizada sólo en salud sexual, lo cual invisibiliza las causas estructurales de la discriminación y exclusión. Así pues, esta investigación mira cuáles son aquellas dimensiones que las políticas sobre VIH y sida han limitado con respecto a otras demandas en salud. Por ello, además es importante mirarla desde la interseccionalidad, es decir desde la raza y la clase como condiciones que limitan el ejercicio del derecho a la salud y el acceso a servicios integrales de salud. También, estas estra-

tegrías de enfoque salubrista han reducido las demandas en salud de las personas TLGBI solo al VIH, y concentrándose en población trans femenina y varones gays o bisexuales (HSH, en el discurso de salud pública) excluyendo a las mujeres lesbianas.

En relación con lo anterior, esta investigación observa la conformación del derecho a la salud mediante el análisis de la gestión de los servicios públicos en salud dirigidos hacia las personas TLGBI. En este sentido, es importante analizar estos servicios a partir de los cuatro componentes que conforman el derecho a la salud, es decir, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La *disponibilidad* consiste en la obligación del estado de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención. La *accesibilidad* determina que las personas puedan acceder a los establecimientos, bienes, servicios, teniendo en cuenta cuatro aspectos: la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad (al alcance de todos y con pagos basadas en el principio de equidad) y el acceso a la información. La *aceptabilidad* exige que el servicio prestado se ciña a la ética médica y al respeto de las personas. Y por último, la *calidad* obliga a brindar un servicio en condiciones sanitarias adecuadas, en relación con la atención, los procedimientos, la capacidad profesional del personal, los medicamentos y los equipos pertinentes (CDESC, Observación General 14). Básicamente, en este nivel está referido a los servicios brindados en relación con el VIH y sida, por los respectivos estados andinos, en asociación con el Fondo Mundial.

Toda esta información nos abre un tercer nivel de problematización de la realidad, es decir, cómo las relaciones de distribución en torno a la salud afectan a los propios usuarios y usuarias de los servicios. Por lo tanto, este trabajo identifica las demandas de la población TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú sobre el derecho al acceso a la salud mediante el análisis de las percepciones de los y las líderes del movimiento en los andes frente a la problemática de la salud.

LECTURAS DESDE LA ACADEMIA (Y EL ACTIVISMO)

Las miradas elaboradas acerca de la relación entre salud y personas TLGBI nos permiten analizar los campos epistémicos y metodológicos por los cuales han sido conducidas las maneras de comprender la realidad. Sin duda, nos muestra cómo han sido colocados y producidos los y las sujetos/as TLGBI, y principalmente, cuáles son los límites de la representación, es decir, ¿qué realidades se visibilizan? y ¿qué realidades se ocultan? En ese sentido, es necesario decir que la premisa que guió la búsqueda bibliográfica y documental sobre la salud en la población TLGBI en Latinoamérica, fue la precaria exis-

tencia de información y elaboración teórica sobre el tema. Al tener en cuenta esto, se abordó el campo de la salud desde distintos cruces, los cuales pudieran dar luces sobre qué se ha dicho acerca de la relación entre salud, orientación sexual e identidad de género; cómo ha sido el levantamiento y elaboración de la información al respecto; y quiénes han sido los productores de dicho conocimiento.

LA POBREZA, LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Un aspecto fundamental es la producción dentro de la región de una serie de informes y reportes que dan cuenta de la vulneración de los derechos humanos de la población TLGBI, producidos por colectivos y organizaciones activistas. Se pueden citar, al respecto, los informes producidos en el Perú por la Red Peruana TLGB (Jaime, 2010a, 2010b, 2011; Ramírez, 2012), basados en los Principios de Yogyakarta, que identifican la vulneración de derechos humanos sufridos por la población TLGBI, mediante el análisis de vacíos legales, políticas públicas, normativa nacional y entrevistas a activistas, y a su vez interpelan al Estado a tomar acciones al respecto. En Colombia, la organización Colombia Diversa (2010), realizó un informe alterno presentado al Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, relevando la situación de exclusión que vive el colectivo TLGBI en su país, a pesar de las normas y políticas públicas que se vienen implementando en el territorio nacional y algunas ciudades en especial. Asimismo, en Bolivia, se ha producido lo que podría ser la única encuesta nacional sobre la situación de vida de la población TLGB que se tenga conocimiento en la región (Conexión Fondo de Emancipación, 2011), con la presentación de demandas específicas por ámbito y por colectivo, permitiendo así contar con información detallada y validada que puede orientar acciones desde las instancias estatales como de los grupos activistas.

Se puede mencionar, de igual manera, informes que abordan las realidades específicas de los colectivos que integran la población TLGB. En Argentina, se produjo un informe de la situación de vida de las personas transgénero (Berkins, 2007), basado en entrevistas y encuestas, que permite hacerse una idea de la situación laboral, de vivienda, educación y salud, por mencionar algunos aspectos presentados. En el caso de Bolivia, se presentó un informe sombra a CEDAW sobre la discriminación contra mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero (Orozco, 2007), y un diagnóstico sobre los derechos humanos de la población TLGBI para la RED LGBT del Mercosur (Velarde, 2011). En el Perú, la búsqueda de un trabajo multisectorial con la población trans, exigió la elaboración de un diagnóstico que tuviera en cuenta la situación laboral –en especial el trabajo sexual– y el índice del VIH/sida (Salazar y Villayzán, 2009). Cabe rescatar el informe

sobre la situación de personas trans femeninas de Latinoamérica en pobreza extrema, elaborado por el activista trans e intersex Mauro Cabral para la Comisión Internacional para los Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC) (Cabral, 2007), que aborda de manera explícita el nexo entre discriminación y exclusión por identidad de género con la pobreza, vínculo que ha quedado implícito en los informes antes mencionados, siendo este documento el único cuyo objetivo es desarrollar esta relación, a pesar, sin embargo, de ser un informe cualitativo y bibliográfico.

Asimismo, cabe resaltar investigaciones, estudios y artículos, que han explorado distintas aristas de la vulnerabilidad social de la población TLGB, ya sea desde la relación entre el régimen carcelario, el ámbito laboral, la orientación sexual y la identidad de género en Ecuador (Camacho, 2007; Camacho, 2009), la construcción de identidades trans en desventaja social en el Perú (Campuzano, 2006, 2008), así como la configuración de culturas homo-bisexuales en hombres de Santiago de Chile (Cottet, 1997). Todo este material, nos permite reflexionar sobre la posibilidad de pensar la pobreza desde una visión amplia, y no sólo atendiendo al factor económico como causa inmediata. Por el contrario, nos permite pensar cómo la vivencia del estigma a causa de una orientación sexual no heterosexual o la vivencia de una identidad de género que desafía el mandato cultural de correspondencia entre sexo y género, conllevan a situaciones de precariedad y vulnerabilidad social que repercuten en las condiciones de vida de la población TLGBI.

Sin embargo, se observa un vacío importante en la elaboración teórica y metodológica para abordar el nexo entre orientación sexual e identidad de género con el análisis de la pobreza. No se han encontrado estudios que desarrollen las implicancias de la discriminación por estos motivos como causantes o factores influyentes en la precarización de la existencia en términos materiales, aun manifestándose esta relación de manera implícita en los informes anteriormente mencionados, especialmente cuando se aborda el tema laboral o educacional.

Se puede mencionar como una característica de los informes y reportes citados, que basan sus reflexiones y denuncias primordialmente en falta de normativa nacional o normativa discriminadora o excluyente en los países y localidades, pero no existe producción de datos estadísticos que permitan conocer con mayor claridad la situación de vida de la población TLGBI. En general, al no tenerse como categoría la orientación sexual e identidad de género persiste un subregistro nacional, y una falta de producción cuantitativa desde organizaciones de la sociedad civil, siendo la encuesta nacional de Bolivia antes citada, un esfuerzo de revertir esa situación y llenar un vacío importan-

te. Otro vacío necesario de mencionar es la ausencia de la población trans masculina y la población intersexual en los informes, reportes y diagnósticos sobre vulneración de derechos y calidad de vida, que por lo general a duras penas se justifica. Una razón esgrimida para no mencionarlos/as, es la falta de visibilidad social y política como colectivos, lo que dificultaría el contacto y registro de sus demandas.

EL DESARROLLO Y LA POBLACIÓN TLGBI

La pobreza como realidad compleja, cambiante y proclive a la intervención, adquiere actualmente un sentido conceptual a través del enfoque del desarrollo. Se podría decir entonces que a través del vínculo entre desarrollo y sexualidad, uno puede acercarse a entender la relación entre pobreza y orientación sexual e identidad de género o, en caso contrario, observar los elementos que configuran el silencio en relación a este vínculo o las resistencias a abordarlo.

Desde los enfoques de desarrollo, la sexualidad ha sido concebida ya sea como un asunto privado –algo que compete a los individuo y que no guarda relación con asuntos considerables “analizables”, o como un asunto liviano y superficial en comparación con los “grandes temas” del desarrollo (Cornwall y Correa, 2008). Esta resistencia ocurre tanto desde la organización social y política como desde la producción institucional de conocimiento. Es así que las campañas activistas por los derechos sexuales no toman en cuenta preocupaciones de orden económico, mientras que dentro de la academia, los debates sobre pobreza, ajuste estructural y neoliberalismo han ocurrido largamente apartados de la investigación en derechos sexuales, la emergencia de una identidad “gay global”, el turismo sexual, el tráfico y el trabajo sexual, por mencionar sólo algunos temas de la agenda de investigación en estudios sobre sexualidad (Bedford y Jacobson, 2007: 3).

Sin embargo, las agencias de desarrollo se encuentran íntimamente ligadas a asuntos relacionados a la sexualidad como el control demográfico, y desde la década del ochenta, con el VIH/sida, en donde la sexualidad –tal como observan las compiladoras de *Development with a body*– aparece como un asunto de salud que implica la intervención de expertos a través de la prevención de enfermedades y la promoción de salud entre las poblaciones. Un enfoque de salud que intenta ignorar las normas sociales, estructuras económicas, batallas políticas e ideologías religiosas que rodean las manifestaciones de la intimidad y las relaciones que implican (Cornwall *et al.*, 2008: 5)

Las compiladoras del libro antes citado, realizan una somera historización del vínculo entre sexualidad y desarrollo en tres etapas, que sirve para situar el debate del tema en las dos últimas décadas. La primera etapa está relacionada a la ampliación del concepto de de-

sarrollo hacia la falta de oportunidades y libertades (representadas por el economista Amartya Sen), lo cual permitió pensar la exclusión y discriminación en términos de pobreza. Un segundo momento es cuando se empieza a vincular los derechos humanos con el desarrollo, abriéndose una discusión más allá de los derechos políticos y abordando materias económicas y culturales antes no vistas como parte de los derechos humanos, permitiendo posicionar la realidad cotidiana de distintos colectivos y poblaciones en el debate. Y un tercer momento, cuando el concepto de género y su análisis diferencial de poder, interviene críticamente en el desarrollo, provocando opiniones como la del relator de las Naciones Unidas para el derecho a la Salud, Paul Hunt: “...una aproximación desde los derechos humanos a la reducción de la pobreza, con sus variados aspectos de la no discriminación, acceso a la información, participación activa e informada y demás, es un vehículo para la promoción y protección de los derechos sexuales, así como de los derechos en salud sexual y reproductiva” (Cornwall *et al.*, 2008: 7). Aun así, las perspectivas del desarrollo sobre sexualidad se encuentran limitadas a problemas asociados a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, violación sexual y VIH/sida (asuntos que desde los diagnósticos y estudios en salud aparecen bajo el rótulo de “salud sexual y reproductiva”), y a cómo prevenirlas, donde persiste la concepción de que el sexo es un problema y sobre todo “la mujer” (heterosexual y biológica) y las personas TLGBI como sujeto/objetos de intervención privilegiada.

Si los enfoques e intervenciones de desarrollo implican la construcción, en paralelo, de un ideal de sociedad o de bienestar social, aquello sugiere que este campo de estudio y de acción política se trata de un espacio de disputa. Un campo de lucha en donde permanece como enfoque hegemónico e institucionalizado la heteronormatividad –el considerar a hombres y mujeres como heterosexuales *per se*, o ignorar la categoría de orientación sexual e identidad de género en el análisis–, lo que provoca el refuerzo y la reproducción de normas sociales que restringen las opciones disponibles para mujeres, hombres y personas transgénero, mientras que justifica la violencia hacia poblaciones y prácticas sexuales relegándolas a la marginalidad (Gemmerli, 2009).

Mediante la búsqueda de bibliografía producida en Latinoamérica sobre el vínculo entre sexualidad y desarrollo, se observa un vacío conceptual sobre el tema. El enfoque permanece implícito en el análisis cuando se apela a los cambios producidos para transformar y otorgar marcos normativos para las mujeres y la población TLGBI, desde los derechos sexuales y reproductivos por ejemplo, cuyo impulso viene siendo realizado por organizaciones activistas e instituciones vin-

culados a los derechos humanos desde la década del noventa (GALF, 2003), no sin resistencias, debido principalmente a la pluralidad de actores que intervienen en el debate con mayor grado de representatividad e influencia política.

En el campo de las políticas en sexualidad, se puede observar una discusión local y regional sobre las distintas fuerzas que intervienen para delimitar y abrir surcos de reconocimiento (Palomino y Sala, 2007; Parker, 2009; Motta, 2010). Se puede observar asimismo, que al ser el campo de los derechos sexuales y reproductivos una plataforma de debate político y académico, se ve vinculado a las políticas de desarrollo a través del análisis de los programas de salud sexual y reproductiva en los países y a nivel regional, que implica disputas ideológicas con posturas conservadoras y fundamentalistas (Chávez, 2001), y que en última instancia se tratan de la definición de un proyecto más amplio de ciudadanía (Quintana, 2007; Cáceres, 2011).

Tal como se mencionó anteriormente, los enfoques de desarrollo se encuentran tomados aún por una concepción heteronormativa, que impide y pone resistencia al abordaje de las problemáticas de la población TLGBI, ya que no incluye la categoría de orientación sexual e identidad de género en sus análisis. En ese sentido, en el debate académico que relaciona los derechos sexuales y reproductivos y la discusión del desarrollo, ocurre que la población TLGBI no siempre se encuentra presente, y si lo está es en relación con el VIH/sida (Motta, 2010).

Al respecto, un estudio sobre las visiones políticas y estrategias de acción del movimiento TLGB peruano realizado hace poco (Van den Berge y Cornejo, 2011), permite analizar otros asuntos importantes y no visibilizados en los estudios sobre sexualidad y el desarrollo, como por ejemplo la relación Norte-Sur, la influencia de agendas internacionales y de financiamiento, el despliegue de estrategias cotidianas de contención al interior de las organizaciones, así como el uso y negociación del discurso de desarrollo por los/as activistas.

Para el tema que nos interesa, la salud se encuentra presente en el ámbito de los derechos humanos y el desarrollo, a través de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), en especial en el derecho a la salud. Este campo en donde interviene análisis social y cultural con análisis legal (Cordero, 2005), se ha venido trabajando desde la inclusión teórica de la perspectiva multicultural e intercultural en las definiciones de salud (Villanueva, 2009), hasta los análisis locales sobre acceso a servicios de salud, calidad de servicio, relaciones entre proveedores y usuarios, y participación de la sociedad civil en promoción de salud en contextos de pobreza (Quintana, 2003; Corcuera e Hidalgo, 2006; Egúsqiza, 2007; Reyes, 2007; Ramírez, 2011;

Petrera, 2012). Sin embargo, la presencia de la población TLGBI, o de las categorías de orientación sexual e identidad de género, no se encuentran incluidas en la mayoría de estos análisis, cuando sí existen casos de discriminación por estos motivos en los servicios de salud y estos han podido denunciarse.

SALUD Y POBLACIÓN TLGBI

Por medio de la revisión bibliográfica, se puede constatar que estudios sobre salud integral que aborde la problemática y demandas de la población TLGBI, o que considere la orientación sexual e identidad de género como categorías de análisis, son escasas.

Se observa en términos generales que las investigaciones en salud son poco difundidas y socializadas, ya que éstas son llevadas a cabo por organizaciones a manera de diagnósticos para la implementación de planes de incidencia o como informes presentados en espacios activistas. Al respecto, las investigadoras Marfil Francke y Raquel Reynoso del Consorcio de Investigación Económica y Social –CIES, que lleva a cabo uno de los proyectos más importante en el Perú en relación a la Salud llamado “Observatorio de la Salud”, señalan en una investigación sobre salud y enfermedad en contextos de pobreza y marginalidad: “Confirmamos que muchas investigaciones sobre salud realizadas en el Perú con métodos cualitativos y participativos se han producido en el contexto de proyectos de promoción del desarrollo y sus hallazgos no han sido publicados o están muy poco difundidos, por lo que el conocimiento sobre el lugar que ocupan y las significaciones que se atribuyen a la salud y la enfermedad en las mentalidades populares aún está disperso y poco sistematizado” (Francke y Reynoso, 2007: 19)

Esta afirmación válida para el Perú, podría hacerse extensiva para los demás países de la región a juzgar por la cantidad de bibliografía encontrada sobre diagnósticos y análisis en salud, especialmente aquellos que abordan los contextos de pobreza. En relación con la población TLGBI se vuelve más escasa y difícil de ubicar. Sin embargo, se puede decir que los dos campos donde se tiene en cuenta la orientación sexual y la identidad de género, es la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida, no sin dificultades y sesgos.

La salud sexual y reproductiva se aborda mayormente desde la heterosexualidad. En los estudios se asumen las prácticas heterosexuales al hablar de las relaciones entre hombres y mujeres, y las problemáticas de salud que implican. La orientación sexual de los hombres y mujeres de los estudios no es visibilizada, es una categoría de análisis que no se toma en cuenta. Por un lado, se constata aquello que las investigadoras antes mencionadas levantaron en el trabajo

de campo mediante entrevistas a pobladores de zonas marginales, la opinión que la salud sexual y reproductiva era “un asunto de mujeres”, habría que añadir “heterosexuales” y más exacto aún relacionada principalmente a su capacidad reproductiva. Es así que la reproducción se vuelve el eje principal y transversal, incluso desplazando a la sexualidad de la problematización general. El embarazo adolescente, el parto y la mortalidad materna y el uso o no de métodos para evitar la concepción, son los problemas que más abordaje tienen (Quintana, 2003; Chávez, 2007; Ramírez, 2011; Salinas y Castro, 2011). No existen estudios extensos y detallados, por ejemplo, de la salud reproductiva de la población TLGBI, siendo las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida, así como el uso de prótesis y siliconas o las intervenciones quirúrgicas de cambio corporal para el caso de las personas trans (Salazar, 2010), los asuntos que ocupan el espectro de la salud relacionada a dicha población.

Existe muy poca exploración investigativa desde un enfoque teórico sobre salud, orientación sexual e identidad de género. Como se mencionó anteriormente, se han producido informes –sobre todo de corte cualitativo y realizado por agrupaciones activistas– sobre vulneración de derechos, en los cuales el tema de la salud se aborda someramente, y sobre todo enfocado en las dificultades en cuanto acceso a servicios y calidad de trato por el personal de salud (Pecheny y Jones, 2007).

En ese sentido, los estudios, diagnósticos, informes y reportes, se limitan a la exposición de los problemas de salud que aquejan a dicha población y las demandas en ese campo producto de la problemática (Velarde, 2011; Hernández, 2011). Estos, sin embargo, son estudios importantes ya que permiten tener información puntual sobre las necesidades de una población en torno a la salud, que de lo contrario permanecería circulando de manera privada. Al respecto, Toli Hernández, secretaria lesbica para la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays de Latinoamérica ILGA-LAC, señala en la introducción al informe sobre percepciones en salud de activistas lésbicas de 11 países de la región: “La salud lésbica y bisexual es un tema sobre el cual existe escasa información. Las activistas reproducen de boca en boca sus conocimientos, sin embargo, ellas mismas asumen que las necesidades son altas en comparación a las mejoras que en este ámbito de la vida humana se han desarrollado” (Hernández, 2011: 7).

El VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual, son los problemas de salud, donde los sujetos con orientaciones sexuales no heterosexuales adquieren presencia. Sin embargo, la “orientación sexual” como un aspecto socio-cultural del amplio espectro de la sexualidad, tampoco es asumida como una categoría de análisis, ya que el enfo-

que predominante en los estudios es el epidemiológico, y en ese sentido la práctica sexual se vuelve “evidencia” (Cáceres, 2011).

Es así que se levantan una serie de estudios sobre la evidencia que el sexo entre hombres resulta ser una de las formas más comunes de “contagio” del VIH, sin problematizar la práctica sexual como un elemento de una complejidad mayor que implica cómo es pensada y asumida la sexualidad. Bajo la categoría HSH (Hombres que tienen sexo con otros hombres), se han producido una gran cantidad de estudios enfocados a la prevención del VIH, que implican análisis de estrategias aplicadas a programas nacionales y regionales, y que combinan un enfoque epidemiológico y social (RED SIDA Perú, 2004; Cáceres, 2003, 2007, 2009; Izazola, 2001, 2003; Kusunoki y Navarro, 2010). De igual manera, los informes realizados sobre estigma y discriminación de personas viviendo con VIH, no toman en cuenta necesariamente la orientación sexual ni la identidad de género de los/as PVVS, quedando indiferenciada una problemática compleja de exclusión (Corcuera, 2003; CMP Flora Tristán, 2006; Gonzáles, 2011; Simbaqueba, 2011).

La salud mental es otro aspecto que se encuentra poco explorado en relación a la población TLGB, resultando paradójico dado el alto índice de discriminación y exclusión a causa de la identidad de género y orientación sexual, que vienen siendo reportados por organizaciones locales y organismos internacionales. Al respecto se puede citar un análisis recientemente publicado, sobre los efectos del prejuicio social en la salud mental de gays y lesbianas de la ciudad de Antofagasta en Chile (Gómez, 2012).

DISCURSO MÉDICO Y SUBJETIVIDADES TLGBI

Bajo este eje, se agrupa una bibliografía bastante variada, cuya presentación intenta dar un panorama sobre el tratamiento de los sujetos TLGBI en los estudios académicos en la región, especialmente en su relación con la problemática de la salud y los discursos médicos alrededor de él, y también sobre los desarrollos en el campo de la investigación en salud relacionado con la sexualidad.

En la academia norteamericana, existen programas especializados en estudios gays y lésbicos, en donde se ha trabajado en torno a la constitución de subjetividades marcadas por la orientación sexual y la identidad de género y sus formas de representación social y cultural; sin embargo en Latinoamérica sería difícil afirmar que existe un desarrollo académico focalizado, mucho menos institucionalizado, lo cual hace difícil el rastreo de estudios e investigaciones que aborden de manera explícita la sexualidad y las subjetividades de personas gays, lesbianas, bisexuales y transgénero.

Se puede decir que la construcción de la identidad con base en la orientación sexual es el eje temático principal desde donde se han producido estudios que exploran la subjetividad y los regímenes de representación TLGBI. La identidad de género masculina y las prácticas sexuales homosexuales en cruce con categorías de clase, raza y en relación a la salud, tienen una presencia mayor que lo producido sobre mujeres lesbianas y personas transgénero (Vásquez del Águila, 2002; Wade, 2008; CONAPRED, 2006; Cáceres y Rosaco, 2000; Pantélides y Lopez, 2005; List, 2009). Esta producción alrededor de la identidad, representaciones y prácticas masculinas coinciden con la sexualización de epidemia del VIH/sida (Cáceres, 2011), cuya incidencia en hombres es mayor que en mujeres, según registros epidemiológicos. Sin embargo, como se verá luego, en los estudios sobre VIH de enfoque epidemiológico-social, la orientación sexual y la identidad de género se encuentra subsumida bajo la categoría de “hombres que tienen sexo con otros hombres” (HSH), invisibilizando además a las personas transgénero femeninas. Lo que sí es posible afirmar, es que la producción sobre mujeres lesbianas es ínfima –o casi inexistente– al igual que la de hombres transgénero y personas intersexuales, habiendo sobre estas últimas un estudio que recoge análisis y testimonios en castellano (Cabral, 2009)

Sobre personas transgénero femeninas, ha habido una producción de conocimiento e información mayor en los últimos años, especialmente vinculada a la gran vulneración de sus derechos, al trabajo sexual y al VIH/sida, elaborada en documentos variados: Informes de derechos humanos, diagnósticos, guías y planes de capacitación (Berkins, 2007; Cabral, 2007; Salazar, 2009; Salazar y Villayzán, 2009; Vargas, 2009; Serret, 2009; Salazar, 2010; TransRed Bolivia, 2011).

Se observa también una transformación en el discurso médico, viéndose influido y permeado por las ciencias sociales (Briceño, 2000), provocando así reflexiones sobre el papel de la medicina actualmente, el rol de los prestadores de servicios, y el rumbo de las investigaciones médicas para afrontar el cambio social (Bronfman y Castro, 1999; Bronfman, 2000).

RUTAS EPISTEMOLÓGICAS Y METODOLÓGICAS

El análisis de la bibliografía recogida, nos permite ver que el corpus principal de información sobre la realidad de la población y su relación con la salud en la región, está integrado por los informes y reportes elaborados por organizaciones activistas y organismos internacionales.

Estos informes sobre derechos humanos, antes reseñados, han sido elaborados en su gran mayoría teniendo como marco principal

los derechos humanos, y han sido primordialmente de corte cualitativo y bibliográfico. Eso quiere decir, que la metodología utilizada en la elaboración de los mismos, se ha basado en una revisión comparada de la normativa nacional (leyes, normativa ministerial, ordenanzas locales, reglamentos institucionales, entre otros) con tratados internacionales que establecen estándares para la convivencia social y la equidad de derechos entre las personas, bajo principios de igualdad y no discriminación. De igual manera, han sido resultado de procesos de consulta y trabajo colectivo entre activistas locales, basados en entrevistas y registro de casos de vulneración de derechos. Podríamos indicar que de los informes señalados, se registran dos cuya metodología fue cuantitativa y cualitativa, logrando un amplio alcance en la cobertura de opiniones y experiencias: Por un lado, el informe de la situación de vida de la población trans de Argentina, a cargo de la activista Lohana Berkins (2007), por medio de la aplicación de encuestas y entrevistas a 257 travestis en cinco ciudades del país, y por otro lado, la sistematización de la encuesta nacional a la población TLGB en Bolivia del 2010, aplicada a 632 personas en diez ciudades del país, nueve grupos focales diferenciados y dieciséis entrevistas a profundidad a informantes claves, además de revisión bibliográfica y documental. Es importante mencionar esta distinción metodológica, ya que la situación común en la región es la falta de un registro porcentual de la situación de vida de la población TLGB, datos que las instancias del Estado no se ocupan de registrar debido a que en la gran mayoría de países, las categorías de orientación sexual e identidad de género no son consideradas en los procesos oficiales; por ello existe un subregistro de las situaciones de discriminación y violencia contra personas TLGB, por ejemplo.

En relación al tema de salud, los estudios vinculados a la población TLGB, han sido sobre todo orientados mayoritariamente hacia el VIH/sida, y en menor medida y de manera aislada, a un levantamiento de información sobre demandas en salud sexual y mental, a problemas de salud vinculados a la práctica del trabajo sexual callejero (problemas respiratorios, lesiones a causa de agresiones), así como la presentación de casos de discriminación en el acceso a servicios de salud. El objetivo de estas publicaciones ha sido el registrar las demandas en salud de los colectivos, diferenciados por orientación sexual e identidad de género, sin embargo aún queda pendiente un análisis más detallado de la complejidad del vínculo entre salud, pobreza y orientación sexual e identidad de género.

Los estudios sobre VIH/sida, tienen enfoques epidemiológicos y epidemiológico-sociales, enfocados principalmente a la prevención del “contagio”, y así a la contribución de estrategias de control de

la epidemia a nivel nacional y regional. En ese sentido, la categoría de HSH reemplaza en los análisis cualquier problematización de la orientación sexual y la identidad de género, asumiendo la práctica sexual en sí misma, como una categoría empírica. Actualmente, y de acuerdo a los debates en investigación en salud señalados en los acápites anteriores, se hace necesario que el análisis social y antropológico permee los estudios médicos, con el fin de poder entender las dinámicas sociales, de las cuales depende la propagación o diseminación de una enfermedad. Se va teniendo un cambio de paradigma en los estudios de salud, donde la enfermedad empieza a ser vista y discutida en términos culturales y sociales, y se apela a los instrumentos y metodologías de las ciencias sociales sobre todo, para trabajar en torno a la prevención y a la cobertura de tratamiento, sin que ello necesariamente implique un debate crítico de las categorías. Al respecto, existe una producción de reportes sobre VIH/sida, que registran las “buenas prácticas” o las estrategias usadas para dar respuesta a la epidemia a nivel local y regional.

Sin embargo, como se ha sugerido, el enfoque epidemiológico que busca el control de la epidemia priorizando la investigación en poblaciones, descuida la discusión y la elaboración de análisis en torno a otros sujetos y prácticas. Las lesbianas y personas trans masculinos se encuentran fuera de la producción científica del VIH/sida, y las personas trans femeninas invisibilizadas bajo la categoría HSH que nombra a una población de acuerdo al sexo biológico, ignorando la identidad de género. En ese sentido, se podría decir que existe una concepción androcéntrica que sustenta las categorías y el enfoque de las investigaciones en VIH.

SURCOS QUE SE ABREN EN LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo revisado, se han identificado vacíos importantes en la producción de conocimiento sobre salud TLGBI, que permite examinar campos de investigación futura. Las categorías de orientación sexual e identidad de género no han sido incluidas con suficiente profundidad teórica y metodológica en los análisis sobre pobreza y desarrollo, y cómo repercute esto en la Salud. Si bien existe una producción de información básicamente cualitativa sobre las condiciones de vida y de vulneración de derechos debido a la discriminación a personas TLGBI, falta elaborar explicaciones que permitan entender los múltiples factores que se cruzan en la configuración de una situación de marginación y exclusión social.

Podría decirse que la emergencia de los sujetos TLGBI, en una mayor producción y circulación de información y conocimiento sobre sus problemáticas como población diferenciada y como productores

mismos de dicho conocimiento e información, se encuentra vinculada a un cambio en el discurso de los derechos humanos y el desarrollo, que ha implicado la intervención crítica de la sexualidad y la identidad de género en los debates sobre ciudadanía, convivencia social e igualdad de condiciones. La violencia y la demanda de protección legal, el VIH/sida y los derechos sexuales han sido los campos desde donde se ha hablado de los sujetos TLGBI. Esta constatación se toma por sentado, al punto de marcar una agenda de investigación sin ser ampliada, que termina por justificar asimismo la ausencia de sujetos de los análisis por considerarse “no prioritarios” en los mismos, como las lesbianas, los hombres transgénero y las personas intersex.

Es importante mencionar que la justificación de ausencia de aquellos sujetos por los estudios revisados, ha estado marcada por la categoría de “visibilidad” y “no visibilidad” de los sujetos, que se plasmaría en su presencia social más o menos definida en el espacio público, lo cual hace difícil su contacto, sin que se discuta qué elementos configuran esa visibilidad, qué significa ser visible en el espacio público, y cómo adquiere importancia esta categoría para los sujetos TLGBI a punto de ser un sinónimo de “existencia”.

Esto abre preguntas teóricas importantes alrededor de la constitución de los sujetos TLGBI, los mecanismos y los regímenes de representación para que “existan”, los campos discursivos y de conocimiento desde donde terminan “existiendo” para los demás y para sí mismos, y la configuración de una subjetividad marcada por el imperativo de la visibilidad como condición de existencia. Por otro lado, se debería tener en cuenta lo que sugieren Van de Bergen y Cornejo en su estudio del movimiento TLGBI peruano, que la visibilidad como tal, ha sido una categoría que marca el estatus de “desarrollado”/“civilizado” en las sociedades con respecto a lo que Bedford y Jacobson señalan como “justicia sexual”, en donde el ideal normativo de convivencia social e igualdad se encontraría representado por las sociedades del Norte. Desde esta prerrogativa de “justicia sexual” se ha venido trabajando los análisis de vulneración de derechos de la población TLGBI en la región, sin embargo ha estado disociado de una demanda por “justicia económica”, lo que muestra el vacío de elaboración en las implicancias entre sexualidad y género con economía, cuando se aborda la discriminación que sufre la población TLGBI.

Como se ha señalado, en los análisis sobre salud las categorías de orientación sexual e identidad de género están ausentes. Incluso en los estudios sobre VIH/sida y salud sexual y reproductiva, que son los asuntos de salud desde donde se ha construido conocimiento sobre las personas TLGBI, no se toma en cuenta dichas categorías. Y es que aún permanecen dichas categorías como definitorias

de una colectividad, sin ser incorporadas en el análisis de la salud de la población en general. Por otro lado, los efectos de la condición de marginalidad y exclusión en la condición de salud no han sido lo suficientemente analizados.

Los estudios sobre salud sexual y reproductiva se focalizan en torno a las infecciones de transmisión sexual, cuando se aborda la problemática de la población TLGBI. La reproducción es un asunto totalmente ausente de la discusión sobre la salud TLGBI, que podría estar hablando de resistencias a abordar la concepción –y por ende la maternidad y paternidad– fuera de los marcos de la heterosexualidad. Hay un campo que se abre en el trabajo sobre salud reproductiva en la población TLGBI aún no explorado, así como otros asuntos relacionados con la salud sexual fuera de las relaciones heterosexuales.

La problemática sobre intersexualidad, que involucra el cuestionamiento a prácticas y concepciones médicas sobre la relación sexo-género, es prácticamente inexistente en los estudios sobre derechos sexuales y reproductivos y estudios TLGBI en Latinoamérica. Se conoce un desarrollo relativamente reciente en Brasil y Argentina, sin embargo no se han encontrado estudios y artículos que puedan dialogar con otras publicaciones de circulación regular.

La investigación en VIH/sida, desde un marco social, ha venido concentrándose en elaborar conocimiento con el fin de contribuir a la prevención del contagio y la propagación de la infección. Los pocos artículos que existen sobre la construcción de la identidad tomando en cuenta la variable del VIH/sida, ha sido enfocado en hombres gay; sin embargo, estos estudios abren preguntas sobre la constitución de la identidad o de los marcos de representación para sujetos históricamente marginados como los TLGBI, a través de la gestión de la salud y del VIH/sida en este caso; qué elementos se privilegian y cuáles se excluyen en la demarcación de un colectivo o de una población como sujetos de políticas en salud y desarrollo o beneficiarios de las mismas.

Finalmente, se observa que la relación entre discriminación y marginalidad por orientación sexual e identidad de género y salud mental es un campo aún no explorado en los estudios de la región. Como se comentó anteriormente, existe producción sobre la vulnerabilidad social de los TLGBI a causa de la heteronormatividad institucionalizada, sin embargo no se ha relacionado aquella precariedad material con el estado psíquico y emocional.

RUTAS METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN

La comprensión de la dinámica de la exclusión y la discriminación dentro del ámbito de la salud en relación con las personas TLGBI

implica diversas tareas. A partir de lo analizado, podríamos resumirlas en dos componentes de vital importancia, el primero consiste en recoger nueva información desde parámetros epistémicos y metodológicos distintos, que den cuenta de otras dimensiones e intereses, más allá de criterios epidemiológicos e indicadores de desarrollo centrados en la actividad sexual entendida como evidencia. El segundo es construir una mirada crítica sobre el considerable material que existe, centrado en algunas áreas, a partir del diálogo con las mismas personas TLGBI como una manera de legitimar su condición de productoras de conocimiento. La presente investigación intenta contribuir en esta segunda línea. Para ello, ha establecido los siguientes objetivos:

- a. Analizar cómo se conforma la pobreza a partir de los procesos de exclusión y discriminación contra las personas TLGBI, contruidos desde la heteronormatividad, dentro de la elaboración e implementación de las políticas públicas de salud en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú desde el 2000 hasta la actualidad.
- b. Identificar las causas y características de la exclusión y discriminación contras las personas TLGBI en relación con el derecho a la salud, de los países estudiados, dentro del discurso de la salud pública.
- c. Estudiar el papel de la clase y raza dentro de los procesos de exclusión y discriminación en el acceso a la salud, en los países estudiados, como elementos que configuran el vínculo entre heteronormatividad y pobreza.
- d. Analizar las normas creadas y la implementación en planes, programas y estrategias que incorporen la orientación sexual y la identidad de género, referidas al VIH/sida, y a otras áreas relevantes.
- e. Analizar los límites de las políticas referidas al VIH/sida en relación con la población TLGBI en los países estudiados con respecto al ejercicio del derecho a la salud y al acceso a servicios en salud de calidad.
- f. Identificar las dinámicas y características específicas de exclusión y discriminación por cada grupo identitario dentro de la elaboración e implementación de las políticas de salud.
- g. Visibilizar aquellos ámbitos de la salud pública en los cuales las demandas de la población TLGBI no son incorporadas.
- h. Identificar las demandas de las organizaciones TLGBI, desagregando las demandas de cada grupo, con respecto al derecho

a la salud en los países estudiados y visibilizar las agendas del movimiento en esta temática.

- i. Sistematizar las percepciones de las personas TLGBI sobre la calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud pública en los países estudiados.

Sin duda, el haber tomado esta opción posee diversos límites, referidos, básicamente, a la incorporación de nuevos materiales de análisis que puedan abrir otras realidades. En este trabajo, por ejemplo, seguimos manteniendo la invisibilidad de los trans masculinos y de las personas intersexuales debido a las dificultades de la metodología escogida, la cual privilegiaba la presencia de los y las representantes con “amplias/reconocidas” trayectorias dentro del movimiento andino TLGBI, teniendo en cuenta los límites de tiempo y recursos económicos. Sin embargo, he mantenido en el acrónimo la letra I debido a que considero que a pesar de ello es importante visibilizar al menos lo sintomático de su ausencia. Sin duda, esta decisión nos interpela sobre las mismas políticas de representación dentro del mismo movimiento, las cuales resultan de la reproducción de las relaciones de redistribución.

Esta investigación es de carácter cualitativo. Específicamente, este trabajo analiza las dinámicas de la discriminación y la exclusión contra las personas TLGBI desde dos miradas: una desde el discurso de salud pública implementado en los cuatro países y otra desde las demandas de los y las líderes de las organizaciones TLGBI. Para recoger la información que dé cuenta de ambas perspectivas, hemos utilizado las siguientes técnicas: la revisión documental y bibliográfica, dirigida a recolectar investigaciones previas sobre el tema, la normativa existente e información producida por cada Ministerio de Salud; y las entrevistas a informantes clave, dirigidas a recoger las percepciones y demandas con respecto al ejercicio del derecho a la salud.

MUESTRA

La muestra construida para abordar nuestro problema de investigación está conformada por dos niveles de análisis. El primer nivel está integrado por la normativa y los documentos técnicos (planes, programas, estrategias) referidos a la situación de las personas TLGBI, especialmente la vinculada a salud, en la región andina. El segundo nivel está integrado por los y las líderes del movimiento TLGBI.

Estos niveles estuvieron referidos a los países miembros de la comunidad andina, es decir, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. La exclusión de Venezuela en la muestra general se debe a criterios formales, debido a su retiro de la Comunidad Andina de Naciones. Originalmente, la intención era indagar sobre cómo algunas posibles

obligaciones de los países miembros afectaban la situación de las personas TLGBI, sin embargo en el camino, esta ruta se volvió irrelevante al no existir ni normativa, ni mecanismos que contemplen esta realidad dentro de dicha comunidad.

Muestra documental

La muestra documental está conformada por el conjunto de normas, desde la constitución hasta directivas ministeriales, producidas por alguna instancia del estado de los países estudiados (Anexo 1).

Muestra social

La muestra estudiada está conformada por cuarenta y dos personas, originarias de los países estudiados, a excepción de tres personas, quienes fueron incorporadas debido a su experiencia específica en las temáticas tratadas. Originalmente, se diseñó realizar sólo seis entrevistas a informantes clave de las organizaciones TLGBI por cada país (repartido de la siguiente manera: dos gays, dos lesbianas y dos trans). También, se consideró una entrevista a un/a representante del Ministerio de Salud, y otra a un/a experto sobre la temática dentro de la academia. Es decir, treinta y dos entrevistas.

En la práctica, se realizaron cuarenta y dos entrevistas, y específicamente treinta y nueve personas viven en los países analizados. Esta cantidad se reparte de la siguiente manera: Bolivia (6), Colombia (12), Ecuador (10) y Perú (11). Las entrevistas se realizaron tanto de manera presencial como a través de medios virtuales (teleconferencia vía *skype*). Con respecto a la persona representante del Ministerio de Salud, se decidió cambiar a otra persona especialista debido a la complejidad que resultaba de obtener una cita con los/as funcionarios/as. La variedad presente en la muestra de cada país se debe a diversos factores: límites de tiempo en cada uno de los viajes, las agendas de cada entrevistado/a, la dinámica nacional de los respectivos movimientos en cada país, la cual facilitaba o dificultaba el contacto con cada persona (Anexo 2). Sin embargo, se debe mencionar que la muestra mínima requerida (8) fue satisfecha en todos los países, menos en Bolivia.

Otro aspecto importante es señalar que en el diseño original sólo se tomaron en cuenta las siguientes ciudades: Bogotá, La Paz, Lima y Quito. Sin embargo, durante la investigación se hizo necesario incorporar a la muestra otras ciudades como Cali, Guayaquil, Santa Cruz y Cochabamba.

TÉCNICAS EMPLEADAS

La metodología propuesta planteó el uso de las siguientes técnicas de investigación:

Revisión documental

La primera técnica utilizada fue la revisión de documentos relacionados con el conjunto de normativas, especialmente el de salud, visto desde la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género, a partir de las cuales se distribuyeron y ficharon mediante una matriz de sistematización que daba cuenta de los diversos niveles normativos.

Entrevistas

La segunda técnica empleada fue la entrevista semiestructurada, cuyas guías fueron elaboradas con base a una serie de áreas temáticas relacionadas con la normativa, la gestión y las demandas comunitarias sobre salud TLGBI. Sin embargo, para cada instrumento se seleccionó una serie de preguntas específicas para cada interlocutor(a) con base en las necesidades de la propia búsqueda y levantamiento de información (Anexo 3). Estas guías fueron validadas en Lima (Perú).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio ha respetado los principios éticos básicos establecidos por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en colaboración con la OMS, es decir, el respeto a la autonomía de las personas y la búsqueda del bien (Corcuera *et al.*, 2006: 49). Con respecto al primero, en este estudio se garantizó que la participación de las personas fuera voluntaria y sin ningún tipo de presión, por lo cual cada una fue informada de los objetivos, las características y el origen del financiamiento de esta investigación. Así, las personas convocadas confirmaron su participación vía correo electrónico. Sin embargo, cabe aclarar que esta investigación planteó las entrevistas como un medio de diálogo con los y las activistas TLGBI de la región, quienes ya habían construido una trayectoria pública logrando posicionar el tema en sus respectivas sociedades. Esta investigación no ha intentado recabar información que involucre la privacidad de los entrevistados(as). Sobre la búsqueda del bien, esta investigación a través del diseño y la sistematización de los datos, procura que los resultados del estudio sean empleados para salvaguardar el bienestar de las personas que participaron en dicho proceso.

DISCURSOS JURÍDICOS, SALUD PÚBLICA Y HETERONORMATIVIDAD

UNA MIRADA HACIA LOS CUERPOS Y LAS DEMANDAS DE LAS PERSONAS TLGBI

EN LOS ÚLTIMOS QUINCE AÑOS, diversas organizaciones e instituciones han intentado construir un debate público sobre la situación y las demandas de las personas TLGBI en la región andina. Las dificultades y logros en este camino son configurados por una serie de relaciones establecidas entre los/as sujetos/as, el Estado y la sociedad, donde podemos ver los límites y posibilidades de politizar la propia *condición humana*, o, mejor dicho, politizarla desde otras miradas y dimensiones. Principalmente, analizar este proceso nos permite evaluar el carácter de las dinámicas, la capacidad de enfrentar los conflictos y el nivel de los avances en torno al reconocimiento de los derechos de las personas TLGBI. Este escenario se compone de campos discursivos donde la agencia del movimiento se ha desarrollado.

El camino de los/as sujetos TLGBI ha sido largo hacia la visibilización de sus demandas. No se puede ignorar el hecho de que estos sujetos/as han sido construidos mediante una serie de dispositivos establecidos mediante una serie de discursos que han establecido las condiciones de la agencia de cada grupo identitario. Aunque aquí no se vaya a desarrollar extensamente, un primer nivel de análisis importante es reconocer la influencia del discurso pastoral católico en la formación de la corposubjetividad y, por tanto, en la formación de la agencia política. En este mismo ámbito, esta situación nos remite

a reflexionar sobre cómo la propia matriz colonial, establecida en la “colonialidad del poder” (Quijano, 2000), ha condicionado la construcción del sujeto TLGBI. Ambos componentes han determinado los cimientos de la imagen planteada para concebir socialmente a dichas personas y, sin duda, los procesos de inclusión/exclusión realizados.

En un primer nivel, hay que mirar la íntima relación entre la fundación del Estado colonial y la misión evangelizadora, en tanto herramienta de justificación que estableció una estrategia política de conquista sobre las culturas nativas. En este sentido, no sorprende que la principal excusa legitimadora del establecimiento del Imperio español haya sido “la conversión y la cura de almas”. El lenguaje pastoral plagaba la intencionalidad del Estado colonial. Entre el *ego conquiro* y el *ego cogito* (Dussel, 2000: 48), la Iglesia desplazó una serie de tecnologías que articularon una cartografía del sujeto, por lo cual es importante ubicar el papel de la Iglesia católica como la principal institución a partir de la cual se definen *formas concretas de subjetividad*.

Este discurso evangelizador coloca las bases para el establecimiento del vínculo entre el poder político y la reforma de las instituciones eclesíásticas como medio para mantener una trascendencia cósmica que impusiera a las personas, mediante un lenguaje de reconversión o civilizadora, un modelo de corporalidad (y subjetividad). Diversos estudios señalan cómo la Iglesia católica introdujo una serie de sentidos mediante una violencia colonizadora en las prácticas corporales de los pueblos indígenas, que destruyó el tejido social. Por ejemplo, Sylvia Marcos afirma que “las normas referentes a la sexualidad en Mesoamérica y en todo el continente americano indígena diferían radicalmente de las importadas por los misioneros católicos” (Marcos, 1989: 16). Esta importación implicó modificaciones en las prácticas corporales con respecto al placer físico, la maternidad, el aborto, entre otras. Sin duda esta labor también operó frente a las personas con prácticas homoeróticas y transgeneristas. Por ejemplo, Michael Horswell desarrolla cómo las prácticas homoeróticas constituían un tropo de la sexualidad flexible dentro de la cultura inca (Horswell, 2010). Existe suficiente literatura que demuestra la existencia de una serie de mecanismos jurídicos, penales y sociales que tuvieron como fin definir la condición de estas personas al margen de la sociedad. Entre ellos, se debe mencionar el derecho indiano y las prácticas inquisitoriales como los principales medios de opresión y exclusión. En este sentido, Figari apunta el papel de los procesos inquisitoriales en la colonia al citar el análisis de José Toribio Medina, quien señalaba que de 1.500 causas estudiadas, había “243 por judaizantes, 5 por moriscos, 65 por protestantes, 298 por bigamos, 40 por aberraciones

sexuales, 140 por herejía, 97 por blasfemia, y 172 por brujería” (Figari, 2007: 35). Otros estudios muestran además los imaginarios de los cronistas, las disposiciones locales de los sínodos y las acciones penales como manera de redefinir al sodomita (Mérida, 2007; Molina, s/f). Esta situación también fue mantenida para la experiencia transgénero (Campuzano, 2006: 1-4).

Todo esto apunta a demostrar la profunda relación entre razón colonial, catolicismo y subjetividad. De esta manera, debemos recordar cómo el discurso colonial sobre la sodomía une la raza, el homoerotismo y la transgeneridad dentro de una producción de la subjetividad, como un dispositivo de control frente a la población indígena. Es decir, el discurso colonial al unir raza, homoerotismo y transgeneridad construye subalternidad. Para ello, el imaginario colonial español recuerda su experiencia frente a los judíos y los musulmanes, a quienes atribuían prácticas homoeróticas como expresión de su descontrol. De esta manera, el discurso colonial configura su heteronormatividad al momento de imaginar al indígena como perverso sexual o sodomita, lo cual es la base para establecer una práctica violenta, física y simbólica. Es importante resaltar que este proceso se inserta dentro de cuatro grandes procesos: la persecución de las mujeres por prácticas espirituales distintas al cristianismo, la persecución de los sodomitas, la esclavización de la población africana, y la extirpación de idolatrías, lo cual conforma una suerte de régimen privado de la subjetividad, fusionando cuatro ámbitos que se entremezclan: religión, sexualidad, economía y raza.

En estas breves notas sobre la relación entre el surgimiento de la modernidad, la razón colonial y los discursos pastorales católicos sobre la corporalidad y la sexualidad de las personas TLGBI, podemos observar tres aspectos importantes. El primero está referido al hecho de que los discursos pastorales efectúan una expropiación del control de los cuerpos en detrimento de ellas. Esta práctica se muestra desde la destrucción del propio cuerpo hasta la implementación de técnicas, cuyo fin consiste en transformar las prácticas corporales. Cabe señalar que esta expropiación de la corporalidad es constituida por una expropiación de la espiritualidad, es decir, de la imposibilidad *desde el discurso pastoral androcéntrico* que ellas puedan imaginarse a Dios y establecer un vínculo particular con él/ella sin la participación de los adecuados intérpretes (es decir, presbíteros u obispos).

El segundo aspecto nos muestra cómo esta expropiación corporal/espiritual configura, desde el discurso pastoral, el cuerpo homoerótico y transgenerista como un espacio desbordado, sin límites, en sentido estricto, contranatural. A partir de ello, se las define como incapaces de ser productoras de conocimiento, opiniones y verdad. Este segun-

do paso implica la construcción de un modelo de vida que excluye la autodeterminación como un fin digno y adecuado.

El último aspecto nos permite pensar, a partir de los elementos antes mencionados, en la conformación desde el discurso pastoral de la sodomía como un *dispositivo* dirigido contra las personas TLGBI, es decir, una estrategia de control sobre sus propias vidas. Hablamos de *dispositivo* ya que éste permite que dichas personas a partir de su expropiación corporal/espiritual y su incapacidad de producir conocimiento, sean desterradas del ámbito político y que sus demandas no sean visibilizadas.

Estos elementos señalados con respecto a la producción de la subjetividad, también deben ser leídos como aspectos de la historia de la gubernamentalidad, ya que el vínculo original entre la Iglesia católica y el poder en las sociedades coloniales, expresado en la constitución de un orden antropológico, influyó de manera definitiva en las relaciones de poder establecidas posteriormente, y en las posibilidades políticas de los nacientes Estados andinos. Es necesario comprender que las prácticas y los discursos de la Iglesia, tanto de su jerarquía como de sus otros miembros, catalizan, polarizan y mediatizan una serie de acciones dentro de una estructura, caracterizada por la dependencia entre Europa y Latinoamérica. Es importante resaltar que este imaginario y su proceso histórico se instauran dentro de relaciones estructurales de sentido económico, político y social, las cuales dinamizan el papel de la Iglesia en relación con dichos Estados. Además, cabe resaltar que esta realidad histórica se incorpora en el proceso mundial de la expansión del sistema capitalista, en todos sus niveles, y desde luego en la historia de la Iglesia católica.

Dentro de este proceso, debemos mencionar una diferencia fundamental entre la historia del catolicismo en Europa en contraste con la del Estado colonial. Mientras en Europa, el surgimiento de la modernidad, alrededor del siglo XVI, implicó el inicio de una discreta separación entre los nacientes Estados y la Iglesia católica (debemos recordar el surgimiento de la Reforma protestante y la consecuente Paz de Augsburgo en 1555) que se desarrolló con mayor intensidad desde el siglo XVIII; en las colonias españolas de América, la misma estructura estatal estuvo basada en la organización eclesiástica, sus discursos y sus estrategias políticas. Sin duda, esta relación no estuvo excepta de tensiones y conflictos.

Por lo tanto, partimos del hecho de que la Iglesia católica es una fuerza política que afecta el carácter del Estado y de la ciudadanía, principalmente en referencia a nuestro tema de estudio. Estas dinámicas entre la Iglesia y la política han influido en la historia del Estado, permitiendo la continua injerencia de dicha Iglesia y otras deno-

minaciones cristianas en los actores políticos, en las acciones de los Gobiernos y las políticas públicas, desde luego no sólo en el aspecto legal sino sobre todo en la construcción de las mentalidades. En este sentido, el carácter conservador del discurso de la Iglesia católica ha afectado los procesos de inclusión y de participación política, tan claramente manifiesto en su negación a múltiples reivindicaciones sociales (Jaime, 2012: 284).

A partir de estos elementos estructurales, podemos indagar algunos elementos desarrollados por el discurso pastoral cristiano contemporáneo en la región. Existen tres discursos que han ayudado a conformar la *metáfora de la ausencia*¹: el discurso de la pobreza dentro de la Teología de la liberación, el discurso de la sexualidad con base en la teología del cuerpo y como resultado de los dos anteriores, el discurso de la naturaleza, el cual busca establecer un “modelo de vida”. Dentro de la Iglesia, el discurso social que había articulado la implantación de un orden moral respecto a la producción (trabajo) y a la reproducción (sexualidad) deviene en el establecimiento de un *discurso de la naturaleza* relacionado con la construcción de un modelo de vida (Jaime, 2009b; Jaime, 2010b).

De un modo u otro, esta *metáfora de la ausencia* permite observar un escenario donde otros discursos relacionados a la misma cuestión encuentran claros significantes a partir de los cuales reproducen la exclusión y la vulnerabilidad. De esta manera, podemos referirnos tanto al discurso médico como al jurídico, surgidos alrededor de mediados del siglo XIX. En esta interacción entre lo pastoral y lo jurídico, mediada muchas veces por el discurso médico, las sociedades andinas construyen los imaginarios que influirán en la agencia política de las personas TLGBI.

Un elemento preliminar para la comprensión de la importancia y actualidad de estas relaciones consiste en mostrar que las sociedades andinas han ido incorporando al catolicismo en el ámbito privado como una estrategia discursiva que permite que el discurso pastoral se disemine en otros tipos de lenguajes como el médico, el jurídico y el social, concebidos como “seculares”.

1 “Es decir, características, tales como la analogía especular con Dios, la hipóstasis corporal, la analogía social, la hipóstasis política, basadas en la figura del pobre, la víctima y el desposeído, conforman aquello que llamamos metáfora de la ausencia... La metáfora de la ausencia es un proyecto homogeneizador que objetualiza al ser humano, aliena la política e implanta un reino tirano trascendente. Este proyecto interviene en la sociedad a través de estrategias específicas con el fin de construir formas concretas de subjetividad. El núcleo de esta metáfora de la ausencia es la expropiación de la demanda de las personas, expresada en la espiritualidad, la corporalidad y la sexualidad” (Jaime, 2010b).

De esta manera, este discurso secular, originado en la intelectualidad europea y estadounidense, disfraza la intencionalidad religiosa de definir un modelo de vida mediante otros discursos. En este caso particular, el concebir lo religioso como un elemento del ámbito privado permite la creación de un modelo abstracto que transforma una manera específica de vivir en un modelo universal. Así vemos como, en los procesos de formación del Estado nación, la moral católica se convierte en virtud cívica, dentro de los países estudiados. El hecho concreto que las religiones cristianas aún tengan un papel determinante en la política andina, demuestra que la secularización, tal como ha sido concebida, es una ficción.

Un segundo nivel, permite observar que este fenómeno no sólo se refiere al reconocimiento formal por parte de la historiografía de un tipo de relación entre los distintos Gobiernos y la Iglesia católica, sino, en especial, está relacionado con el vínculo establecido entre el discurso pastoral, las acciones de los/as funcionarios/as del Gobierno y las personas dentro de su vida cotidiana. Por lo tanto, el problema al cual esto nos enfrenta es la misma concepción dentro del pensamiento occidental que territorializa a lo público desde la metáfora ausente de lo privado, justamente a través del establecimiento y la extensión de esferas privativas, domésticas, administrativas y/o gubernamentales en el quehacer deliberativo político. En el caso de las personas TLGBI esta situación es fundamental para entender por qué la política ejerce un modelo de inclusión/exclusión determinado.

En el caso andino, la historiografía, surgida con los procesos independentistas, concibió una separación entre la modernidad y la religión católica teñida de ambigüedad. La *elite* criolla, al aceptar la separación entre la naciente nación y el Imperio español, procuró una reproducción del *statu quo*, donde la desigualdad y la marginación continuaron. Si bien este proceso de modernización afectó las relaciones administrativas y/o gubernamentales entre la república y la Iglesia católica en múltiples aspectos como el patronato regio, el reordenamiento de las propiedades eclesiásticas, la suspensión de algunos impuestos como el diezmo, profundizó la antigua relación entre lo político y lo religioso. Es decir, una historiografía conservadora intenta ver en este proceso una verdadera separación entre estos ámbitos, o, mejor dicho, magnifica una disputa administrativa para ocultar aquello que venía dándose en el fondo del surgimiento de la cultura nacional.

En el fondo de esta disputa, la privatización del catolicismo de la cual hablamos tiene una genealogía concreta, cuyo origen está en el conflicto entre la jerarquía de la institución eclesiástica y las autoridades civiles; sin embargo, se desarrolla en los vínculos discursivos entre lo jurídico y lo médico, en particular si analizamos la cuestión TLGBI.

En ese sentido, la aparición de la imagen del sodomita/homosexual, y sus posteriores representaciones, es la consecuencia de todo lo señalado. Ya a finales del siglo XVIII, los primeros conflictos entre la Iglesia y el Estado colonial sobre la cuestión homoerótica y transgenerista se develaban en la Real Sala del Crimen donde podemos ver los inicios de la redefinición de pecado a crimen. Paralelamente, en el *Mercurio Peruano*, el diario ilustrado de la época, se hacía mención al tema de los “maricones”. El artículo hacía referencia a una fiesta donde un grupo de negros y mulatos se vestían con trajes de mujeres y usaban nombres y títulos nobiliarios de la aristocracia limeña. Según Bracamonte, en este relato se describe “un mundo invertido, donde lo masculino se transforma en femenino, los esclavos y libertos en nobles y dominantes y, la disciplina jornada de trabajo en fiesta, pasión y exceso” (Bracamonte, 2001: 18). Paralelamente, encontramos documentados varios casos, analizados por Adolfo Tantaleán, donde se redefine el mismo asunto en las instancias judiciales, cuando la legislación colonial lo cataloga de “delito sexual”. El primer caso ocurre en 1776, y los subsiguientes hasta 1810, los implicados eran tanto hombres españoles como esclavos negros. En estos casos existe una necesidad de diferenciar entre sodomitas y maricones, es decir, quienes mantenían relaciones sexuales entre hombres y aquello que vestían trajes considerados de mujer. El detalle que nos interesa resaltar consiste en ver la apropiación de la Real Audiencia de estos casos en detrimento del fuero eclesiástico y principalmente la argumentación que la sodomía representaba una traición contra el rey debido a que impedía la multiplicación de sus súbditos (Bracamonte, 2001: 105-120). En ambos artículos se muestra cómo los intelectuales, al igual que los juristas, van transformando la concepción teológica de la sodomía para representarla mediante evidencias tangibles y objetivas, hallables en una serie de costumbres y hábitos relacionados con la marginalidad social y el crimen. Un caso, estudiado por Mónica Giraldo, que nos permite confirmar esta búsqueda de la evidencia está referido al expediente (1803) de Martina Parra, mujer santafereña (actual Colombia), quien fue acusada de tener “las partes de la generación de mujer, pero que al tiempo de pecar le sale un miembro como de hombre y cohabita como tal, pero que tiene menstruación” (Giraldo, 2006: 60). Frente a esta situación, los miembros de la Real Audiencia decidieron encomendar el caso a los médicos, quienes basados en “la observación minuciosa y el método científico”, realizaron una descripción detallada de los genitales de la procesada. Después de confirmar que ella poseía los órganos “que son propios y característicos de mujer”, perdieron interés en el caso y la dejaron libre, incluso habiendo confirmado la relación sexual entre ellas. En este sentido, cabe rescatar dos cosas del estudio

de este caso, primero, la importancia que cobra el auscultamiento y la descripción como únicos medios de verificación para determinar la realidad del cuerpo y, segundo, la irrelevancia dentro del discurso médico y jurídico de la práctica lésbica (Giraldo, 2006: 61).

Por otro lado, las primeras explicaciones utilizadas en el discurso ilustrado refirieron al hecho de que la sodomía era considerada una monstruosidad en relación con la falta de una adecuada crianza maternal, lo cual insistía en la incorporación de la marginalidad en el ámbito doméstico (Bracamonte, 2001: 111), para lo cual la sociedad construía “casas de recogimiento” donde se pretendía establecer normas para la reeducación social de los sodomitas, ligados ya en aquel entonces a la vagancia y a la pobreza.

Este nexo entre lo jurídico y lo médico se va enfatizando gracias a la formalización de ambos discursos. Por ejemplo, aunque la experiencia colombiana muestra como la sodomía fue desterrada del primer Código Penal colombiano (1837) debido a la influencia del Código Napoleónico, al igual que en Bolivia, en el resto de los países estudiados, la sodomía permaneció como un delito. En ese contexto, la principal herramienta fue el uso de conceptos provenientes de la medicina positivista del siglo XIX como principal argumento de control y sometimiento. No cabe duda de que este argumento fue definiendo las relaciones entre las prácticas homoeróticas y transgeneristas, y los comportamientos delictivos.

En el caso peruano, en 1877, César Borja expone en su tesis *La inmigración china*, presentada para obtener el bachillerato en Medicina, que la raza más apta para el orden y el progreso era la blanca de origen europeo, mientras que las personas de procedencia china ocupaban un rango inferior. Esta superioridad también estaba sustentada en que los chinos no reconocían las diferencias naturales existentes entre los géneros, donde a las mujeres les correspondía asumir las responsabilidades del mundo doméstico y a los hombres, el gobierno sobre ellas. En esa misma época, Juan Valera, asimilando investigaciones médicas extranjeras, fue definiendo que uno de los impedimentos para contraer matrimonio se encontraba en la bisexualidad, la asexualidad, la impotencia y el hermafroditismo de los contrayentes. De tal manera que, en el lenguaje decimonónico, lo perverso, lo degenerado, lo enfermo es asumido como sustento para las prácticas sexuales que no correspondieran a una estricta heterosexualidad (Bracamonte, 2001: 19).

Asimismo, en Colombia, podemos constatar que los peritos de medicina legal, buscando definir las características de quienes delinquían, integraban las prácticas homoeróticas dentro de la delincuencia a través del uso del concepto pederastía. Según uno de estos ma-

nuales (1896), citado en Bustamante, “llámese pederastía la cópula por el recto de varón á varón o varón á hembra. Los pederastas son de dos especies, activos y pasivos, según que dan ó que reciben; esto es, según que buscan los placeres en los muchachos y hombres ó en las mujeres por el ano, ó según que, de uno ú otro sexo, se prestan á ser víctimas de semejantes ataques” (Bustamante, 2008: 10). Además, esta clasificación buscaba caracterizar la identidad de los sujetos, por ejemplo, en el caso de Antonio José Naranjo, denunciado en 1886 por dicho delito, el médico legista Tomas Henao mediante el uso de las descripciones físicas, establecidas por Ambroise Tardieu y Henry Legrand Du Saulle, resalta los rasgos físicos del acusado: “hombre de 45 años de estatura pequeña, padre de una niña; en su apariencia externa muestra los signos de un hombre degenerado física y moralmente, vestidos sucios, desarreglado, pelo desgredado, andar vacilante y trémulo [...], su aliento presenta el olor característico de las personas habituadas al licor... [En el examen del recto muestra] el ano dilatado, con pliegues del lado derecho, hemorroides, esfínter sin tonicidad normal un poco dilatada” (Giraldo, 2006: 66). De esta manera, poco a poco, van surgiendo distintos modelos desde los cuales se puede concebir las prácticas homoeróticas y transgeneristas: el pederasta, el invertido y el homosexual.

En los textos citados, claramente podemos observar que la relación entre lo jurídico y lo médico para finales del siglo XIX se encuentra en la descripción analítica de una serie de rasgos y comportamientos que definen la práctica homoerótica y transgenerista, transformándolas en una identidad anormal. Esta tendencia encontrada en los países andinos se enmarca en la asimilación en otros países sudamericanos de la terminología científica europea. Un caso comparativo relevante para analizar esta medicalización del deseo sexual nos lo da Brasil, donde entre los años 1869 y 1906 se inicia el uso de argumentos médicos para explicar el homoerotismo. Figari expone cómo algunos médicos brasileños de la época definen las características de las personas con prácticas homoeróticas, mediante argumentos tales como la representación de estas prácticas a través de la prostitución, la explicación de los orígenes del homoerotismo a partir de causas exógenas y endógenas –entre las cuales podemos mencionar una educación moral deficiente, la imposibilidad de practicar sexo con mujeres, posibles fallas en el sistema glandular y, en particular, la degeneración psíquica–, el considerar “la patologización del comportamiento homoerótico en la medida de que se lo sustrae del campo criminal”, y la necesidad de una educación estricta en materia moral para la “solución terapéutica” de dicho comportamiento (Figari, 2009: 97-98).

De esta manera, en las primeras décadas del siglo XX, el discurso médico estableció los principales elementos “objetivos” para definir al “sujeto homosexual y transgenerista”, los cuales serán utilizados por los juristas para desarrollar el corpus normativo que terminará delimitando la vida de dichas personas y que, como se verá más adelante, en cierto modo se mantiene en los países estudiados. Así, el discurso médico define a las personas TLGBI a partir de la construcción del dimorfismo sexual (Laqueur, 1994) y la patologización del deseo homoerótico y transgenerista (Foucault, 2012) en el marco de la construcción de un modelo de familia. En esta misma época, la medicina europea y sus mayores representantes² iban construyendo los elementos analíticos para consolidar la identidad homosexual.

Por otro lado, en Sudamérica, y en particular en la región andina, el discurso médico sobre lo homoerótico se consolidó, alrededor de los años treinta, principalmente gracias a los escritos del endocrinólogo español Gregorio Marañón, quien promovió la idea de que la causa de la homosexualidad podía ser tanto congénita como adquirida o mixta, y que se manifestaba después de que la persona atravesaba una fase inicial de sexualidad indiferenciada.

Una más de las influencias al respecto fueron las teorías del Lombroso y de otros endocrinólogos europeos. Básicamente, a partir de estos textos, el sujeto homosexual es definido como alguien que sufre una deformación o un desarrollo incompleto debido a causas biológicas, hormonales, genéticas o ambientales, con lo cual la homosexualidad y el transgenerismo se convierten en una psicopatología, es decir, donde el “desarreglo” se ubica estrictamente en el ámbito de lo sexual. En estos tratadistas, se desarrolla una tipología de la homosexualidad basada en sus causas posibles, como las que se señala a continuación: la condición natural, innata o congénita (desarrollada por criterios endocrinológicos), la condición surgida por efectos psicológicos o una crianza inadecuada, donde se puede hablar de una homosexualidad adquirida, y, finalmente, la sumatoria de las anteriores, donde se encuentra una predisposición orgánica y un ambiente propicio (Bustamante, 2008: 121-122).

Todas estas ideas estaban sustentadas en un “riguroso análisis sintomatológico”, en el que era sumamente importante definir los elementos con los que la categoría homosexual podía ser científicamente medible y observable. Entre los síntomas y las circunstancias que fa-

2 Entre los principales responsables de la construcción del sujeto homosexual podemos mencionar a Heinrich Ulrichs, Richard von Krafft-Ebbing, Karl Benker, Magnus Hirschfeld, Henry Havellock Ellis y Sigmund Freud (Foucault, 2012 y Borrillo, 2001).

vorecen la homosexualidad, podemos mencionar el culto a la belleza masculina originario de los griegos, la ausencia física de mujeres, la depravación de las costumbres, las disfunciones orgánicas o fisiológicas, las perturbaciones endocrinas, las enfermedades psíquicas, la precocidad sexual, entre otros (Figari, 2009: 100). Es decir, tal como afirma Foucault: “no hay que olvidar que la categoría psicológica, psiquiátrica, médica de la homosexualidad se constituyó el día en que se la caracterizó [...] no tanto por un tipo de relación sexual como por cierta cualidad de la sensibilidad sexual, determinada manera de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino [...]. El sodomita era un relapso, el homosexual es ahora una especie” (Foucault, 2012: 45).

Esta nueva especie era asociada a determinadas características físicas, morales, sociales y políticas, las cuales planteaban la necesidad de implantar un sistema de control, donde diversas instituciones debían participar, por ejemplo la policía, la educación, la familia, apoyadas por los discursos antes referidos. En la región andina existe poca bibliografía que estudie estas relaciones, sin embargo una aproximación al material hallado entre algunas de las tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima) en el Perú, podrían darnos algunos elementos que muestren esta dinámica.

Una de las tesis más reveladoras en este sentido, es el trabajo presentado por Juan Dianderas en el año 1923, titulado “Contribución para la profilaxia de la blenorragia en el medio militar”, para optar por el título de bachiller en medicina, donde el autor desarrolla su visión sobre la profilaxia de la gonorrea en los cuarteles de Lima, anotando los medios de contagio, tratamiento y prevención. En la argumentación, define una relación analógica entre las diversas causas para contraer infección, entre las cuales coloca: la prostitución clandestina (de mujeres), la prostitución pública (de mujeres), el alcoholismo, las creencias supersticiosas, ya que “las negras curan la blenorragia”, la homosexualidad adquirida, y finalmente, la inversión sexual congénita, denominada uranismo (Dianderas, 1923: 20).

En este sentido, el autor remarca, nuevamente, la relación entre prostitución y homosexualidad, recogiendo aportes de tratadistas europeos, donde arguye que la criminalidad es el espacio más propicio para dichas prácticas. Un aspecto importante es la relación con “las negras que curan la blenorragia”, donde se muestra que debido a la “exaltación de la raza y prevalencia de la teoría eugenésicas en las ciencias, sobre todo, médicas, la sífilis, las enfermedades venéreas y los innumerables desórdenes morales y sexuales eran atributo privilegiado de los/as negros/as...” (Figari, 2009: 117). A pesar de que él mismo sostiene que existen pocos casos de contagio debido a prácticas homoeróticas, no deja de vincular la “homosexualidad adquirida” con

la pederastía, reforzando el hecho de que estas prácticas son anormales e invertidas, debido a que se transforman en “ideas perniciosas que [se] propagan entre sus compañeros” (Dianderas, 1923: 7). Por otro lado, cuando se refiere a la “inversión congénita” o uranismo, la relaciona con una degeneración psíquica, cuya característica principal era la presencia de un “instinto sexual desarrollado y pervertido”. Es interesante decir que muchas veces para nombrar esta condición aún use el término “contacto sodomístico” (Dianderas, 1923: 7), dejando entrever las conexiones entre el discurso médico y el pastoral.

El discurso establecido en esta tesis plantea también cómo las prácticas homoeróticas aparecen entre los hombres dentro de circunstancias desfavorables, por ejemplo, la “homosexualidad por continencia” o “la inversión” para evitar el contagio venéreo, la cual se halla principalmente en la gendarmería. Por lo dicho, entre una de sus conclusiones asevera la importancia de “luchar contra la homosexualidad”, y la necesidad de que “en cuanto a los invertidos sexuales congénitos no conviene hacer más que la reclusión en un lugar apropiado como degenerados mentales” (Dianderas, 1923: 40).

Esta insistencia muy arraigada entre los médicos sobre la necesidad de tratamiento al estudiar las prácticas homoeróticas, constituye toda una tópica en los tratados de la época. Sin duda, existe una serie de trabajos que buscan vincular la sintomatología de enfermedades mentales con los deseos y prácticas homoeróticas y transgeneristas. Un ejemplo de ello, es la tesis de Carlos Noriega, titulada “Historial y tratamiento de una neurosis. Homosexualidad femenina y complejo caracterológico ligado al erotismo oral”, presentada en la Facultad de Medicina, en el año 1936. En este trabajo, el autor, a través del estudio de un caso, presenta una serie de formulaciones acerca de la “psicogénesis de la homosexualidad”, a partir del vínculo entre la “neurosis” y “una antigua fijación homosexual”. Noriega afirma que el lesbianismo de la paciente aparece como una antigua fijación, entre los síntomas neuróticos, y coincide con el cumplimiento del deber matrimonial.

Este texto analizado resulta de interés debido a varias razones. Por un lado, es uno de los pocos trabajos dedicados al tema lésbico, por lo cual, podemos ver cómo el discurso médico establece criterios para abordar los roles de las mujeres dentro de la sociedad; por otro lado, la argumentación no está basada propiamente en la práctica lésbica, sino en el estudio del deseo, el cual se transforma en un nuevo espacio de control y dominio. En este sentido es importante mencionar que la paciente nunca mantuvo relaciones sexuales con mujeres, sin embargo la interpretación busca con insistencia los factores de esta fijación, leída como “patógena”. En las argumentaciones, el control del deseo está basado en una heterosexualidad incuestionada, la cual

se manifiesta en el cumplimiento de los roles y deberes de una mujer, es decir, el matrimonio y la reproducción. Este caso analizado es una muestra del papel que juega el dimorfismo sexual, no sólo en el ámbito de una genitalidad “normal”, sino principalmente en una adecuada distribución de los roles sociales entre los sexos.

En ese sentido, médica y psicológicamente, las prácticas y los deseos homoeróticos aparecen como una anomalía originada en un momento del desarrollo de un individuo, de carácter psico-físico. Tal como explica el tesisista Luis Arizola: “con la aparición del instinto sexual, igualmente se producen desequilibrios en el psiquismo humano. Sabemos que la tendencia sexual aparece en el momento en que se incorporan al torrente sanguíneo las secreciones internas de las glándulas genitales, las que originan un estallido de alarmante inquietud y zozobra, que, como ya hemos indicado, trae consigo en físico, los cambios externos de completa diferenciación sexual. En lo psico-físico, la unificación de las distintas zonas erógenas hasta entonces aisladas, y de los diferentes impulsos parciales; esta falta de unificación produce las diferentes anomalías o perversiones sexuales” (Arizola, 1945: 10). Claramente, la “unificación” y la indiferenciación entre las zonas erógenas, al igual que la de los roles sexo-genéricos, son las causas de la anormalidad e inversión.

Esta anormalidad e inversión, construida en el discurso médico durante casi un siglo, tuvo claras repercusiones en la construcción de los imaginarios sociales dentro de los países analizados. Salvo Bolivia, los tres países mantuvieron en distintas épocas la penalización de la homosexualidad a pesar de que sus tradiciones jurídicas se alimentaron de principios liberales. En el Perú, la despenalización vino con el código de 1922. También, en el caso de Colombia, aunque la había despenalizado en el código de 1837, la volvió a criminalizar parcialmente en el año 1890, y del todo en el código de 1936, cuya reforma se implementó recién después de casi cincuenta años (Bustamante, 2008: 118). Por otro lado, aunque el Ecuador durante la reforma liberal de Eloy Alfaro, aceptó el divorcio, no dejó de lado la prohibición penal de la homosexualidad hasta 1997 (Artieda, 2002: 63). Sin embargo, cabe aclarar que más allá del estatus jurídico concedido a las prácticas homoeróticas, la persecución y la marginalización se mantuvieron vigentes.

En este orden de ideas, la interrogante crucial está relacionada con descifrar cómo estos discursos pastorales, jurídicos y médicos construyen el orden público a través de la exclusión y subalternización de las personas. Recordemos que durante el siglo XIX el Estado nación busca construir una “comunidad imaginada” (Anderson, 1993), no sólo a través de la creación de diversas narrativas culturales

y sociales, sino principalmente mediante el establecimiento de una geopolítica expresada en la instauración de una moral pública, un orden público, y, de manera específica, otros tipos de ordenamiento como el de salud pública y economía política. Estos discursos han tenido dos ámbitos privilegiados para implementar sus dispositivos: la construcción de *formas concretas de la subjetividad* y la intervención en la propia gubernamentalidad.

La subjetividad es un espacio de interacción donde convergen diversos planos tangentes entrelazados por el poder y mediatizados por sus relaciones. Propiamente, ella resulta en la conformación de una *geopolítica del ser*, la cual busca determinar los parámetros donde la propia vida de los seres humanos y la naturaleza puede discurrir. Además, esta relación entre subjetividad, poder y ser encuentra su punto de unión en el establecimiento de una razón, con pretensiones de ser unívoca, universal y obligatoria. Por ello, la construcción de la subjetividad es un proceso complejo que implica la correlación de diversos factores. Específicamente, los procesos de significación que, originados en la geopolítica del ser, configuran la subjetividad, hallan en el cuerpo, entre otros planos, un campo de acción privilegiado.

En ese sentido, el orden público construye su predominio sobre los individuos mediante una concepción en donde el estado prevalece sobre la persona y cuya meta es la reproducción de las estructuras establecidas, para ello es importante afirmar que “no es el delito lo que justifica la pena, sino la peligrosidad de quien lo comete. El delito es, sí, la condición indispensable para que el juzgador pueda averiguar esa peligrosidad” (Bustamante, 2008: 126). Es ahí en donde el discurso jurídico y médico establecen una alianza íntima en la búsqueda de la anormalidad y la amenaza. Es decir, el orden público genera ámbitos de peligro (expresados en la conformación de “grupos de riesgo”) para autorrepresentarse como una necesidad social.

En el caso de las personas con deseos y prácticas homoeróticas y transgeneristas, el orden público a través de la moral y la salud pública los convierte en un grupo de riesgo implantándolos en el ámbito de la necesidad. La lógica de la necesidad consiste en primer lugar en convertir a un grupo de personas en una amenaza pública y por otro lado en transferirles una serie de dispositivos psico-sociales que los identifique y los marginalice a su vez. Claramente, los procesos de identificación ocurridos en la formación del término “homosexual” muestran esta dinámica y, sin duda, el mecanismo fue la sexualización de dichas personas, tal como para otros grupos lo fue la racialización y/o la generización. Así pues, queda establecido que: “la metáfora y el concepto de “salud” establecen jerarquías y estatus, operando como criterios de diferenciación social. Es el mecanismo privilegiado

de control de lo cotidiano del nuevo orden burgués. La salud es tanto física como moral, fluctuando la salud psíquica entre las dos anteriores. La dicotomía sano-enfermo supone un desequilibrio que hay que restaurar” (Figari, 2009: 139).

A partir de esto, cabe preguntarnos qué busca el orden público. La respuesta que sólo puede ser dada en el ámbito de la ética, revela que su necesidad es mantenerse y expropiar los productos de la condición humana. En este sentido, entendemos que las relaciones de poder establecen una lógica de redistribución de bienes, sean económicos, simbólicos, sexuales y/o raciales, la cual conforma el orden público (y todas sus variantes, tales como la moral o la salud pública) y para ello construye sujetos sociales racializados, sexualizados y/o generizados mediante dispositivos que los clasifican y distribuyen. De esta manera, podemos comprender el carácter performativo del propio orden público.

Tanto la clasificación como la distribución (causa de la exclusión y subalternización) instauran el régimen de la pobreza, cuyo fin es satisfacer las necesidades del orden público, mediante la expropiación de la autodeterminación corporal, de la capacidad de producir y usufructuar el conocimiento y, sin duda de igual manera, a través de la expropiación del fruto del trabajo. Estas múltiples relaciones permiten comprender que “el Estado aliado a la ciencia médica no sólo apuntaba a la colonización del cuerpo a partir del concepto de sanidad, sino que perseguía sustancialmente la conformación del hombre trabajador. El nuevo *ethos* del trabajo suponía un hombre física y moralmente sano y satisfecho, con una sexualidad sana, lejos del exceso que desperdiciaría su fuerza (y disminuiría obviamente su capacidad laboral). El orden capitalista necesitaba transformar los *libertos* en trabajadores libres (o por lo menos implementar mallas de contención) a la vez que controlar todas las esferas posibles del nuevo “obrero”. El Estado y la Nación necesitaban hombres sanos, racial y eugénicamente mejorados” (Figari, 2009: 141). Así, la pobreza construye un campo donde surgen *formas concretas de subjetividad* mediante las relaciones de redistribución (en ámbitos como el racial, social, económico, político, sexual, entre otros), inscritas en la misma historia de la gubernamentalidad.

En el caso de las personas con deseos y prácticas homoeróticas y transgeneristas, el régimen de la pobreza expropia la posibilidad de ser y existir mediante el no reconocimiento de sus demandas (siempre más amplias de lo que está dispuesto a reconocer el orden público) a través de los mecanismos de sexualización, antes descritos. Es decir, este régimen crea la sexualidad como un espacio a partir del cual son comprendidos los/as sujetos TLGBI, y un sistema que opera la exclu-

sión en los mismos términos. En dicha medida, la imagen construida del “sujeto homosexual” surge para satisfacer aquellas *necesidades sociales* y su lógica de redistribución.

Debido a ello, es importante abordar la categoría *heteronormatividad*, ya que nos permite entender las características de los mecanismos de sexualización en las sociedades andinas. En nuestro contexto, definimos la heteronormatividad como el sistema rector de las dinámicas sociales. Este sistema se caracteriza porque los centros del poder definen la heterosexualidad como única forma válida de ser-estar en el campo de la sexualidad y la afectividad y definen, también, tanto una manera de ser varón y de ser mujer en nuestras sociedades, como la subordinación de lo “femenino” respecto a lo “masculino”. Estas (i) lógicas específicas se enmarcan dentro de esta mayor que denominamos justamente heteronormatividad.

Lauren Berland y Michael Warner afirman que: “por heteronormatividad entendemos las instituciones, estructuras de pensamiento y orientación de prácticas que hacen ver a la heterosexualidad como algo no sólo coherente –es decir, organizado como sexualidad– sino también privilegiado o correcto [...]. Consiste menos en normas que pueden ser organizadas como una doctrina, que en un sentido de justicia tiene manifestaciones contradictorias –a menudo inconscientes, immanentes a las prácticas o a las instituciones. Entornos que tienen algunas relaciones visibles con la práctica del sexo, tales como identidad generacional, pueden ser heteronormativas en este sentido, mientras en otros contextos el sexo entre hombre y mujer podrían no serlo. Heteronormatividad es, pues, un concepto distinto a heterosexualidad” (Cosme *et al.*, 2007: 21).

Esta realidad no sólo puede ser vista dentro de los discursos analizados anteriormente, también puede ser encontrada en múltiples dimensiones de la cultura y la sociedad andinas. Por ejemplo en los medios de comunicación (Cosme *et al.*, 2007; Jiménez, 2012), en la literatura (Artieda, 2002) o en otras narrativas (Serrano, 1997).

Ahora bien, la heteronormatividad tiene a la discriminación y la exclusión como sus mecanismos de acción, de este modo podemos afirmar que ambas forman parte de la (i)lógica constitutiva de la heteronormatividad. Ahora bien, sus dinámicas se relacionan estrechamente con otros conceptos como la homofobia, la lesbofobia, la transfobia, entre otros. Existen algunos trabajos que han abordado estas categorías, para explicar cómo opera aquella discriminación. Borrillo especifica que el término homofobia posee dos dimensiones, la primera relacionada con el ámbito personal y la segunda con uno de carácter cultural (Borrillo, 2001: 23). Viñuales señala cuatro características: “a) sentimiento de superioridad respecto al diferente; b) deshumani-

zación, o sentimiento de que el *otro* es intrínsecamente diferente y extraño; c) sentimiento de ser merecedor de derechos, estatus y privilegios por estar en la posición correcta [...]; d) la convicción de que la existencia del diferente pone en peligro ese estatus, posición social o poder” (Viñuales, 2002: 102).

A partir de estos aportes, queremos anotar sobre la importancia de comprender la homofobia como un mecanismo estructural, el cual, si bien puede ser expresado de manera individual, responde en el fondo a una estructura. Al revisar los documentos en torno a la normativa, las políticas públicas, y principalmente al carácter de su implementación, observamos cómo la discriminación se opera más allá de la voluntad de algunos agentes –sin disminuir la responsabilidad ética que cada persona tiene frente a la injusticia, y responde a los límites inscritos en las relaciones de poder.

La *homofobia estructural* no responde sólo ante la presencia de personas TLGBI concretas, sino que se enmarca en una serie de mecanismos y dinámicas sociales. En ese sentido, rescatamos el uso de términos como lesbofobia y transfobia, ya que estos muestran aspectos cruciales muchas veces no considerados en la reflexión académica. Por ejemplo, a partir de la categoría lesbofobia, podemos considerar la relación de dominación en favor de los hombres y en detrimento de las mujeres, producto de las relaciones de sexo/género y, construidas desde el patriarcado y el androcentrismo, donde las mujeres están sometidas al “modelo de procreación” (Viñuales, 2002: 36). Esta situación misógina deviene en una desexualización e invisibilización de las mujeres lesbianas en comparación con sus pares gays (Viñuales, 2002: 89; Cosme *et al.*, 2007: 94). Por otro lado, el término transfobia, deja colocado en el debate la importancia de reflexionar que la discriminación de las personas trans, asume distintos patrones debido a los imaginarios construidos en torno a la identidad de género.

Estas categorías mencionadas (heteronormatividad, homofobia, lesbofobia y transfobia) develan de manera directa los mecanismos de sexualización (entendida en estrictos términos de una heterosexualidad obligatoria) mediante los cuales el régimen de la pobreza coloniza los cuerpos y los deseos de las personas TLGBI; sin embargo, no podemos dejar de mencionar que, muchas veces, en algunas interpretaciones, se mantienen exclusivamente dentro de la propia lógica de dominación, es decir en el ámbito de la sexualidad. En contraste, este trabajo busca mirar críticamente la idea de que la condición política de las personas TLGBI esté relacionada con la sexualidad. Esta idea desconoce el carácter político de la propia sexualidad, desarrollado por la teoría feminista como una manera de reflexionar sobre el papel

que cumplen las relaciones de poder, inscritas en la dinámica social e histórica, en su conformación.

La pregunta que por muchos años interpeló a la categoría analítica género fue aquella que buscaba respuestas sobre el ser mujer u hombre, desde luego “heterosexuales”. Actualmente, esta categoría ha sido desbordada a causa de la visibilidad de otras maneras de ser hombre o mujer, desde las prácticas homoeróticas y transgeneristas. En las sociedades moderno/coloniales, bajo el discurso de la sexualidad subyace una visión naturalizada (biologicista) del *cuerpo*, la cual se establece discursivamente mediante la categoría *sexo*; es decir, una persona posee cierta forma de ser rígida e inalterable debido a su genitalidad. De esta manera se explica como diría Butler que: “el ‘sexo’ siempre se produce como una reiteración de normas hegemónicas. Esta reiteración productiva puede interpretarse como una especie de performatividad. La performatividad discursiva parece producir lo que nombra, hacer realidad su propio referente, nombrar y hacer, nombrar y producir” (Butler, 2002: 162).

Así, el poseer un *sexo* es causa unívoca para establecer papeles y conductas determinadas con respecto a la sexualidad y la afectividad, circunscritas a la feminidad y masculinidad; y por lo cual, cuando la persona no responde a estas expectativas sociales y culturales, sus formas de vivir son tomadas como contradictorias. De esta manera, se muestra, según Butler, “la idea de que el sexo aparece dentro del lenguaje hegemónico como una sustancia, como un ser idéntico a sí mismo, en términos metafísicos” (Butler, 2001: 125).

Así, proponemos el uso del concepto cuerpo, el cual nos permite una mayor comprensión de las dinámicas que la subjetividad establece con la realidad, en tanto ser en el mundo, debido a que éste se presenta como una categoría analítica que constituye la síntesis entre la función y el sentido, evidenciando el proceso de significación mediante el cual se instaura la realidad género. Entonces, la categoría *cuerpo* en comparación con la de *sexo* permite una comprensión más profunda de la participación de los otros y del mundo en nuestra constitución como sujetos/as.

En ese sentido, afirmamos que situar la ciudadanía de las personas TLGBI solamente en una *ciudadanía sexual* es una ficción de las sociedades moderno/coloniales. Si bien, el término ciudadanía sexual se usó para visibilizar la necesidad de politizar la sexualidad, ocultada en el ámbito privado, tanto de mujeres y hombres, heterosexuales, homosexuales y trans, en la actualidad, muchas veces, se usa para indicar las reivindicaciones de la población TLGBI. Esta estrategia metonímica resulta “sospechosa”, si pensamos en que no existen términos como ciudadanía racial o ciudadanía social, usados en el mismo sentido.

La superación de la categoría *sexo* mediante el uso del concepto *cuerpo* permite ir más allá, sin duda, de la simple aceptación y reconocimiento de la orientación sexual e incluso, de la identidad de género. Su capacidad comprensiva es muy amplia, nos introduce al inmenso mundo de los deseos y, en consecuencia, nos lleva a entender cómo los discursos hegemónicos entretejen políticas de “inclusión” de los mismos procesos identitarios. Sin embargo, desde una perspectiva de activismo TLGBI, el uso de las categorías orientación sexual e identidad de género podría estar inserto en aquello que Gayatri Spivak llamó “esencialismo estratégico” o “esencialismo operativo”, según Butler. Es decir, a pesar de sostener una mirada crítica frente a dichos términos, y su evidente relación con una manera del discurso sexual, su uso en la construcción de las agendas públicas permite un espacio de interlocución con el Estado³.

Desde esta perspectiva, la intención de este capítulo es mostrar las características del proceso de inclusión/exclusión de la orientación sexual y la identidad de género dentro del discurso normativo desarrollado en los países estudiados alrededor del año 2000 hacia adelante, haciendo énfasis en los vacíos. Además, estudia con especial cuidado la normativa en salud referida a dicha inclusión/exclusión. Sin embargo, esta suerte de genealogía del actual discurso jurídico no busca limitarse a señalar solo las estrategias de dominación, sino también presenta algunas reflexiones desde el activismo TLGBI andino.

LOS PRIMEROS AVANCES EN LA NORMATIVA: APARICIÓN DEL TLGBI

Las reacciones iniciales frente a los múltiples discursos desarrollados en la región andina por parte de los colectivos TLGBI estuvieron dirigidas a legitimar la presencia de la propia subjetividad en el imaginario social y político de cada uno de estos países. Sin duda el primer paso para ello fue eliminar las penalizaciones que aún existían en algunos países (Ecuador y Colombia) en relación con la homosexualidad. Cabe mencionar que, aunque en Bolivia y Perú –donde cierta-

3 En esta misma lógica, la presente investigación que lleva en su título el término *diversidad sexual*, procura desplazarse del régimen de la sexualidad. A pesar del debate en torno a la categoría (Núñez, 2011), la retomamos a partir de nuestra interpretación desarrollada en un trabajo previo: “El término [diversidad sexual muchas veces] se toma como sinónimo de población GLBT. Frente a esta acepción que consideramos incorrecta, asumimos la diversidad sexual como una perspectiva imprescindible para la comprensión e interrelación de proyectos de justicia y equidad. De hecho, diversidad y equidad deben constituir una unidad que abarque diferencia y desigualdades de todo tipo. En ese marco, entendemos la diversidad sexual como un enfoque o punto de vista que reconoce que las *prácticas corporales* del conjunto de los seres humanos son variadas, diversas y múltiples, y que se halla en permanente tránsito y (re)configuración.” (Cosme *et al.*, 2007: 28).

mente existían grupos TLGBI– ya habían sido retiradas las menciones a la homosexualidad como delito, esto no significó que no hubiera un sistemático acoso, expresado en redadas policiales.

En Perú, en 1983, se fundó el Movimiento Homosexual de Lima (Mhol) gracias a un conjunto de activistas hombres y mujeres que, en su mayoría, provenían de las agrupaciones de izquierda. El principal objetivo del Mhol, según Oscar Ugarteche, era la visibilización política en la sociedad limeña (Bracamonte, 2001: 300-314). Por otra parte, en Bolivia, la primera organización se llamó DIGNIDAD y fue fundada en Cochabamba (1990), por influencia de un sacerdote católico. El carácter de DIGNIDAD queda expresado en la siguiente cita, que se encuentra en Vargas: “estar unidos no políticamente, si no por ser gays, y para poder hacer actividades entre nosotros mismos; solamente nos reunía el compartir, el estar juntos” (Vargas, 2008: 8). Casi paralelamente, en 1992, se funda el grupo Mujeres Creando, con participación de mujeres homosexuales y heterosexuales, el cual tenía un claro carácter feminista e hizo activismo en favor de las mujeres lesbianas (Vargas, 2008: 8).

En el caso de Colombia, durante la década de los setenta, hubo ya una temprana problematización de la cuestión homosexual, aunque su visibilidad estuviese referida específicamente al nombre de algunas personas como León Zuleta, quien formó en Medellín un grupo llamado Movimiento para la Liberación Homosexual de Colombia (MLHC) y Manuel Velandia. En ese contexto, en el año de 1981 entra en vigencia el nuevo Código Penal en donde desapareció el *delito de acceso carnal homosexual* y la *penalización de las relaciones sexuales entre adultos y con consentimiento* (Salinas, 2010: 159-248; Bustamante, 2008: 132; Fajardo, 2006: 143). Sin embargo, no se puede afirmar que esta despenalización estuviera asociada con algún tipo de incidencia de los colectivos TLGBI.

Con respecto a Ecuador, en cambio, la despenalización de la homosexualidad está directamente ligada a un proceso de lucha relacionado con un incidente de carácter policial: en 1997, en la ciudad de Cuenca, la policía hizo una redada en la discoteca Abanicos bar en donde se detuvo a casi un centenar de personas, entre homosexuales y travestis (Brabomalo, 2002). A partir de ese momento, una serie de colectivos presentó ante el Tribunal Constitucional una demanda de inconstitucionalidad del artículo 516 del Código Penal Ecuatoriano; esta demanda fue suscrita por representantes del Movimiento Triángulo Andino, Cocinelli, Asamblea Permanente de Derechos Humanos (APDH), Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) (Páez, 2010: 84). En la demanda se articularon un conjunto de argumentos de carácter constitucional que apelaban por el pleno desenvolvimiento moral de

la persona, a la no discriminación, y a la libertad. La conclusión de todos estos eventos fue la declaración, por parte del Tribunal, de la inconstitucionalidad del mencionado artículo mediante la Resolución N° 106-1-97, publicada el 27 de noviembre de 1997 (Salgado, 2004).

Este nuevo escenario jurídico en la región sin duda abrió las puertas para que más organizaciones se crearan o se fortalecieran. Las experiencias ocurridas poseen múltiples dimensiones. Por un lado, cabe mencionar una suerte de invisibilización de las demandas de las personas trans y la progresiva construcción de un movimiento TLGBI, el cual enfrentará directamente el sistema político a partir del posicionamiento de sus demandas y de los primeros procesos de negociación con cada uno de sus Gobiernos.

La interrogante planteada por todos estos procesos está definida por las dinámicas de inclusión del sujeto TLGBI, es decir, por cómo estas primeras demandas fueron incorporadas en el quehacer y el debate políticos. La inclusión/exclusión es uno de los horizontes analíticos más importantes ya que permite observar los límites, establecidos a partir de los discursos antes estudiados, y el establecimiento de nuevas formas de exclusión.

DISCURSOS Y MECANISMOS CONSTITUCIONALES EN LA REGIÓN ANDINA

Un primer nivel de análisis para observar el grado de la politización de las demandas TLGBI en cada uno de los países estudiados está expresado en los procesos de debate constitucional ocurridos en la región a partir de 1998, en los cuales queda claro por un lado las respuestas que cada Estado brinda en relación a las exigencias TLGBI, y por otro, las reales capacidades del colectivo para reclamar la incorporación de su agenda en el debate público.

Un ejemplo de estos debates lo podemos encontrar en la Asamblea Constituyente de Ecuador del año 1998, apenas meses después de la despenalización de la homosexualidad. En un análisis más detenido de esta experiencia, Salgado afirma la importancia de comprender que esta Asamblea Nacional estuvo enmarcada en un contexto de inestabilidad política y de movilización social, debido a la caída del Gobierno de Bucaram y la presencia del Gobierno interino de Alarcón. En tal coyuntura, el proceso constitucional tuvo muy presente el tema de los derechos humanos, lo cual abrió un diálogo sin precedentes entre las organizaciones y los movimientos sociales de dicho país. Fue así que establecieron un conjunto de reivindicaciones políticas que consideraron de carácter urgente. Es así como se aceptan los derechos sexuales dentro del contexto institucional, aunque aún ligados a los derechos reproductivos fomentando sin duda la relación entre la sexualidad

y la reproducción. Esta incorporación no redujo la presencia de discursos hegemónicos relacionados a la prohibición del aborto y a la identificación de la familia nuclear heteronormativa. A pesar de todo ello, el movimiento TLGBI ecuatoriano desarrolló alianzas, en primera instancia, con el resto de movimientos de derechos humanos, en especial con las feministas, y, posteriormente, con el movimiento indígena, quienes tenían una amplia capacidad de negociación con el Estado. El resultado de esta alianza fue la inclusión en la Constitución Política Ecuatoriana, en el artículo 23, numeral 3, de una causal donde se contemplaba la no discriminación por orientación sexual (Páez, 2010: 93-97; Salgado, 2004), mas no por identidad de género. A pesar de ello, indudablemente, el logro obtenido significó un giro en la región andina con relación al posicionamiento de los derechos TLGBI.

Posteriormente, en la reforma constitucional del 2008 en Ecuador, se incorpora la identidad de género en el artículo 11, inciso 2. Además, cabe resaltar que por primera vez la letra del texto constitucional permite el establecimiento de uniones de hecho entre personas del mismo sexo (Buitrón, 2009: 38). Esto fue producto de una mayor movilización de los colectivos TLGBI ecuatorianos y las alianzas que volvió a establecer con otros movimientos sociales del país. Otra vez la coyuntura favoreció tales cambios, pues el clima político tras la elección de Rafael Correa y su propuesta de reformar la constitución ecuatoriana, fue propicio para que el discurso a favor del establecimiento y el desarrollo de la justicia social cobrara protagonismo. Estas inclusiones a favor de los derechos TLGBI permitieron construir, al menos en el ámbito constitucional, un sujeto de derecho sobre el que cabía la posibilidad de plantear un desarrollo normativo específico que contemplara el ejercicio efectivo de dichas normas, más allá de reivindicaciones circunscritas sólo a lo sexual. Asimismo, la nueva Constitución constituye a la comunidad TLGBI como un sujeto colectivo de derechos, donde el énfasis podría estar en la protección de diversas manifestaciones en el ámbito público.

En Bolivia, con la elección de Evo Morales se plantea la necesidad de iniciar procesos de cambio en relación con la Constitución. A partir de ese momento, se crean diversos espacios donde diferentes movimientos sociales desarrollan propuestas dirigidas a la Asamblea Constituyente. En el caso del movimiento TLGBI, se promueve el Taller nacional de las diversidades sexuales y genéricas hacia la Asamblea Constituyente, ocurrido en Cochabamba, en abril del 2005. Paralelamente, se organiza el IV Congreso Nacional "GLBT" en La Paz. El desarrollo de estos espacios conformó arduas coordinaciones

tanto para generar relaciones al interior del movimiento como para establecer las alianzas con otros sectores de los movimientos sociales bolivianos.

El resultado de esto fue la inclusión en la Constitución de Bolivia (2009) de la prohibición y de la sanción a la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. Para la época este texto constitucional fue la primera experiencia donde se incluyó la identidad de género en el más alto nivel normativo de un país andino. Sin embargo, podemos ver cómo en los debates constitucionales se negó explícitamente la posibilidad de incorporar el derecho de las personas TLGBI al matrimonio igualitario o uniones de hecho, para lo cual el mismo texto introdujo que la unión conyugal debía ser entre un hombre y una mujer. En el caso boliviano analizado, podemos ver cómo la subjetividad de derecho se ve recortada debido a la incapacidad de pensar por parte de dicha Asamblea un horizonte de derechos más amplio. En este sentido cabe preguntarse nuevamente sobre los límites implantados por los propios países sobre qué derechos pueden ser concedidos o negados a las personas TLGBI. Con todo, se observa que Bolivia es un caso relevante de la región, en términos legales, con respecto de la lucha por los derechos TLGBI (CDC-Bolivia, 2011: 14).

En contraste, los casos de Perú y Colombia han desarrollado rutas distintas frente a este tema. En el Perú, la ruta ha sido planteada mediante la obtención de diversas normas y herramientas jurídicas que permiten cierta protección. En cambio, en Colombia, el camino para el ejercicio y cumplimiento de las demandas del colectivo TLGBI ha estado definido en primer lugar por la jurisprudencia desarrollada gracias a la corte constitucional. Sin embargo, cabe señalar que en ambos países se ha negado sistemáticamente en todos los debates de reforma constitucional la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género. Esto expresa las resistencias por politizar las diversas condiciones de vida de las personas TLGBI más allá del derecho negativo y de algunos ámbitos legales específicos. Por ejemplo, en Colombia, los diversos proyectos de ley presentados para debatir las uniones de hecho o el matrimonio igualitario han sido dejados de lado. Igualmente, en el Perú, durante la reforma del 2001, no se incorporaron dichas causales debido a la presión de grupos conservadores (Jaime, 2009: 19). También se han presentado numerosos proyectos sobre las demandas TLGBI que han sido rechazados sistemáticamente. En este país sólo existe dentro del Código Procesal Constitucional la mención a la orientación sexual como causal para interponer el recurso de acción de amparo (Bracamonte y Álvarez, 2006: 107).

Una visión panorámica de los cuatro países con respecto de la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género en los textos constitucionales (véase cuadro N° 1) nos permite analizar algunas ideas. En primer lugar debemos ver la dificultad de incluir la orientación sexual y la identidad de género en debates políticos en donde no haya mediado una crisis social de la estructura política. Por ejemplo, en Bolivia y Ecuador ha sido posible dicha incorporación debido a la necesidad planteada de una reforma estructural del Estado en donde los diversos movimientos sociales han tenido un claro protagonismo, y un compromiso con agendas subalternizadas. En cambio, en Colombia y Perú, donde los Gobiernos necesitan implementar políticas que mantengan lineamientos reacios al cambio, basados en un discurso que prioriza los “intereses nacionales”, sean económicos, morales o estratégico-militares, el vínculo entre el Estado y los movimientos sociales ha sido limitado. Sin embargo, en todos los casos expuestos, podemos observar distintos niveles de resistencia: donde la crisis condujo a reformas, la inclusión ha sido más accesible; en cambio, donde la crisis ha llevado al fortalecimiento de las instituciones de control, la inclusión en los debates constitucionales ha sido imposible. Podemos observar, al hacer un análisis más detallado de la estructura que excluye a los sujetos TLGBI, la cual se expresa en diversos niveles, que en Ecuador y Bolivia existe una limitación de la aplicación de las normas constitucionales al respecto; en el caso de Colombia, una privatización del ejercicio de los derechos vía el mecanismo de la corte constitucional, y en el Perú, una situación mixta entre uno y otro modelo.

Por tanto, la conformación de las personas TLGBI como sujetos de derecho es un proyecto que aún se enfrenta a grandes obstáculos. El principal de ellos está referido a la incapacidad de los Estados de reconocer las demandas integralmente, más allá de la elaboración y aplicación de ciertas herramientas jurídicas. Todavía el ejercicio de los derechos de las personas TLGBI queda restringido a ciertos ámbitos, sean temáticos (salud, discriminación, entre otros) o sean jurisprudenciales. Es decir, frente a esta realidad, no hay que pensar solamente en la efectividad que puede o no tener una cierta inclusión, sino en la imposibilidad de incorporar las demandas TLGBI en el núcleo del debate político.

Cuadro N° 1
Inclusión de la orientación sexual e identidad de género en las constituciones políticas de
bolivia, colombia, ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>Si se menciona orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>Artículo 14.-</i> "I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna.</p> <p>II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.</p> <p>III. El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de derechos humanos."</p> <p><i>Artículo 66.-</i> "Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos."</p>	<p>Si se menciona orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>Artículo 11.-</i> "2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad."</p> <p><i>Artículo 66.-</i> "9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras."</p> <p>Se establece como obligación de las y los ecuatorianos:</p> <p><i>Artículo 83.-</i> "14. Respetar y reconocer las diferencias [...] y la orientación e identidad sexual."</p> <p>La Constitución consagra el derecho a la identidad en las siguientes dimensiones:</p> <p><i>Artículo 66.-</i> "28. El derecho a la identidad personal y colectiva [...]."</p> <p>Como derecho de cultura se menciona:</p> <p><i>Artículo 21.-</i> "Derecho a construir y mantener su propia identidad cultural."</p>	<p>No se menciona orientación sexual, ni identidad de género.</p> <p><i>Artículo 13.-</i> "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica."</p>	<p>No se menciona orientación sexual, ni identidad de género.</p> <p><i>Artículo 2.-</i> "A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole."</p> <p><i>Artículo 7.-</i> "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad."</p>

A partir de la inclusión o exclusión de la orientación sexual y la identidad de género en los textos constitucionales, podemos observar que el acceso al ejercicio de los derechos por parte de las personas TLGBI en la región andina varía. Así, en el Tribunal Constitucional de Ecuador y en el de Bolivia se presentan una menor cantidad de casos, lo cual difiere de Colombia y Perú, donde esta instancia es un ámbito de acción jurídica más frecuentado e, incluso, con mayor eficacia.

En el Perú, a pesar de que esta instancia ha sido poco usada en comparación con Colombia, el Tribunal ha respondido favorablemente a la mayoría de casos presentados; sin embargo, en la argumentación de muchas sentencias, la interpretación no necesariamente ha sido integral, es decir, no evalúan un caso con una perspectiva que considere la condición de TLGBI.

La mayor cantidad de demandas presentadas están referidas a la discriminación y sólo una al reconocimiento de la identidad trans a través de la emisión del DNI (Documento Nacional de Identidad). Por ejemplo, el último rezago de la penalización de las prácticas homoeróticas se hallaba en el Código de Justicia Militar, el cual señalaba en su artículo 269 que: “El militar que practicara actos deshonestos o contra natura con persona del mismo sexo dentro o fuera del lugar militar, será reprimido con la expulsión de los institutos armados si fuese oficial y con prisión si fuese individuo de tropa”. Esta norma fue declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional del Perú el 30 de octubre del 2004. De acuerdo con su sentencia, el objetivo de la norma era sancionar la conducta homosexual, por considerarla ajena a los “valores” militares, considerando que la norma era inconstitucional sólo por atentar contra el derecho a la igualdad, sin pronunciarse sobre la discriminación por orientación sexual⁴. La sentencia fue cumplida a través de la elaboración del nuevo Código de Justicia Militar Policial, publicado el 11 de enero de 2006 en El Peruano (Decreto Legislativo N° 961), en el cual ya no se hace ninguna referencia a la homosexualidad como causal de sanción.

Otro ejemplo es la sentencia⁵ del Tribunal Constitucional del Perú referida al caso de José Antonio Álvarez Rojas, quien interpuso una acción de amparo contra el Ministerio del Interior, solicitando su reincorporación al servicio activo de la Policía Nacional con el reconocimiento de su tiempo de servicios. Esta sentencia fue motivada debido a la baja del militar que se dio como medida disciplinaria por haberse casado con una persona de su mismo sexo (transexual). El Tribunal afirmó el 24 de noviembre del 2004, que si bien no existe un derecho

4 Tribunal Constitucional del Perú (TCP), Sentencia EXP. N° 0023-2003-AI/TC, 30 de octubre del 2004.

5 TCP, Sentencia EXP. N° 2868-2004-AA/TC.

constitucional autónomo de contraer libremente matrimonio, este caso sí se encuentra en el ámbito de protección del derecho al libre desarrollo de la persona, reconocido en el artículo 2, inciso 1, de la Constitución Peruana. Por lo tanto, no cabía la injerencia estatal. De igual manera, el Tribunal destacaba que de conformidad con el artículo 1 de la Constitución no se puede distinguir a las personas por su “opción y preferencias sexuales” o en función del sexo que puedan tener. Así pues, se juzgó como inconstitucional el hecho de que, inmiscuyéndose en una esfera de la libertad humana, se considere ilegítima la “opción y preferencia sexual” de una persona y, a partir de allí, sea susceptible de sanción la relación que establezca con uno de sus miembros.

Posteriormente, el Tribunal Constitucional emitió una sentencia con fecha de 20 de marzo de 2009, declarando el derecho de las personas privadas de su libertad a recibir visitas conyugales sin discriminación, entre ellas la causada por orientación sexual. Si bien el caso presentado ante la Corte no estaba referido a un litigio referido al tema, el Tribunal en sus consideraciones incorporó esta causal. La demandante, Marisol Venturo Ríos, interpuso una acción de agravio constitucional contra la sentencia de la Sexta Sala Penal de reos Libres de la Corte Superior de Justicia de Lima, la cual había negado la demanda de habeas corpus contra el director regional y el director general de Tratamiento del Instituto Nacional Penitenciario (INPE). En este primer recurso, la demandante buscaba que se le conceda el derecho al beneficio penitenciario de la visita íntima.

Así pues, al declarar fundada la demanda, los magistrados afirman dentro de la sentencia lo siguiente: “En sentido similar, este Tribunal estima que la permisión de la visita íntima no debe sujetarse a ningún tipo de discriminación, ni siquiera aquella que se fundamente en la orientación sexual de las personas privadas de su libertad. En estos casos la autoridad penitenciaria, al momento de evaluar la solicitud de otorgamiento, deberá exigir los mismos requisitos que prevé el Código de Ejecución Penal y su Reglamento para las parejas heterosexuales”⁶. Sin embargo, se debe llamar la atención sobre los discursos jurídicos utilizados por parte de algunos miembros del Tribunal, basado en un análisis más profundo de los fundamentos de los votos. En el caso de la sentencia arriba mencionada, y a pesar de que sí aparece la orientación sexual como causal de discriminación y la protege, es importante observar que dentro del fundamento del magistrado Vergara Gotelli, tanto en los numerales 22 y 29, se afirme que la homosexualidad y el lesbianismo pueden ser considerados patologías o conductas desviadas en el contexto de los centros penitenciarios.

6 Tribunal Constitucional del Perú (TCP), Expediente N° 0155-2007-PHC/TC, Sentencia del 20 de marzo de 2009, n. 28.

En otro caso representativo, el Tribunal dictó sentencia el 3 de noviembre de 2009 sobre la expulsión de un estudiante de la Escuela Técnica Superior de la Policía Nacional del Perú de Puente Piedra, tras haber sido acusado de homosexual y de sostener relaciones sexuales dentro y fuera de la escuela. De esta manera, el Tribunal declaró fundada la demanda de amparo interpuesta contra el director de Instrucción y Doctrina de la Policía Nacional del Perú y exigió la reposición del estudiante expulsado. Cabe resaltar que el amparo solicitado tuvo como fin examinar si se obstruyó el debido proceso y el derecho a la legítima defensa. De tal manera, aunque el fallo, aprobado por tres votos contra dos, fue a favor del estudiante expulsado, éste no incorporó dentro del cuerpo de la sentencia consideraciones para abordar la no discriminación por orientación sexual en relación con el cumplimiento del debido proceso. Sin embargo, uno de los fundamentos de voto, el del magistrado Mesía Ramírez, señala estas consideraciones de manera clara.

Un primer aspecto del fundamento afirma que “parece válido concluir que en el proceso administrativo no se respetaron las garantías mínimas del debido proceso, puesto que su fin fue destituir a los alumnos por su supuesta condición de homosexuales, independientemente de si estos tuvieron relaciones sexuales dentro de la escuela”. Del recuento de los acontecimientos queda claro que las autoridades actuaron con prejuicio frente a una supuesta práctica homosexual sin determinar claramente si ésta ocurrió dentro de la escuela, ya que “las diligencias practicadas para determinar la destitución del demandante, tales como la intervención corporal y la evaluación psicológica, constituyen una aflicción a la dignidad de la persona, a la integridad física y moral, a la intimidad y al derecho de la no discriminación”.

Además, al evidenciar que el irrespeto del debido proceso fue causado por la discriminación, el magistrado Mesía Ramírez, en su fundamento, declara que “...en el marco del Estado social democrático de derecho, ningún ser humano debe verse limitado en el libre desenvolvimiento de su personalidad e identidad sexual. Es una obligación del Estado proteger el ejercicio de este derecho así como el de derogar o eliminar las medidas legales o administrativas que puedan verse como una traba para su ejercicio, sin que esto implique un abuso del mismo”. El fundamento del voto del magistrado amplía su consideración al declarar que “la opción sexual no puede ser objeto de una victimización o sanción, sea administrativa o penal. La identidad sexual tiene como fundamento el libre desenvolvimiento de la personalidad sobre la base del principio de libertad y dignidad de todas las personas”⁷.

7 Fundamento del voto del magistrado Mesía Ramírez, n. 51, n. 2, n. 57, n. 61. En: Tribunal Constitucional del Perú (TCP), Expediente N° 00926-2007-PA/TC, Sentencia del 3 de noviembre de 2009.

En un balance general, podemos advertir que el Tribunal, de manera parcial, ha introducido en la jurisprudencia peruana una clara relación entre la orientación sexual y el respeto al libre desenvolvimiento de la personalidad, rescatando la libertad y la dignidad humana, y por tanto rechazando la discriminación. Así pues, ha ampliado su interpretación frente a las tres sentencias de años anteriores, ya que la primera sólo hacía referencia al derecho de la igualdad sin pronunciarse sobre la discriminación, la segunda sólo afirmaba el libre desarrollo de la persona, y la tercera relacionaba el derecho a la identidad con el principio de la dignidad (Jaime, 2009: 48-52).

Una situación muy distinta ocurre en Colombia, donde la Corte Constitucional ha sido la principal herramienta para que las personas TLGBI accedan al ejercicio de sus derechos. Hablamos de un país que, especialmente en este aspecto, posee una tradición jurídica que se ha caracterizado por ser ágil, liberal y efectiva, de tal modo que las demandas TLGBI son respondidas favorablemente y con una argumentación sobre los derechos humanos que sí toma en cuenta la orientación y la identidad de género. En las entrevistas realizadas para esta investigación, se ha constatado que muchos y muchas activistas colombianos(as) consideran fundamental el papel de la Corte. En Colombia se ha fallado a favor de innumerables temas como, por ejemplo, acceso a la salud, uniones de hecho entre personas del mismo sexo, discriminación en el ámbito laboral, adopción de niños, reconocimiento legal de la identidad de género, entre otros.

Fajardo, en su análisis sobre algunas de las sentencias de la Corte, presenta algunos aspectos que nos permiten reconocer los importantes aportes obtenidos en los fallos efectuados. Por ejemplo, en la sentencia T-098/96 se consideró que la palabra “sexo” contenida en el artículo 13 de la Constitución Colombiana comprendía no sólo la diferencia de géneros, sino la diferencia surgida por la orientación sexual, y que toda diferenciación surgida en base a ésta debe ser “indispensable para perseguir un objetivo imperioso de la sociedad” (Fajardo, 2006: 143). Es interesante mencionar que el autor señala que estas consideraciones interpretativas son las únicas en el ordenamiento jurídico colombiano, ya que no se posee ninguna norma legal que sustente la protección de las personas contra la discriminación y menos aún que la sancione como un delito autónomo. Cabe destacar que a partir de la interpretación hecha en esta sentencia: “toda diferencia de trato fundada en la diversa orientación sexual equivale a una posible discriminación por razón de sexo y se encuentra sometida a un control constitucional estricto”, con lo cual desde ese momento se vincula toda la jurisprudencia colombiana a dicha interpretación.

Otro ejemplo relevante de la capacidad de la Corte han sido las numerosas sentencias relacionadas a proteger los derechos de las personas TLGBI en ámbitos como la educación, el trabajo y la identidad. Con respecto de la educación, la Corte en su sentencia T-101/98 ha sido clara en señalar que se debe proteger la orientación sexual de las personas y que, por ende, nadie puede ser privado del derecho a la educación debido a ella; por otro lado, también se sostuvo la inconstitucionalidad del artículo 46b del decreto 2277 del año 1949, que tipificaba como falta disciplinaria la homosexualidad del docente, cuya argumentación precisa “no existe ninguna justificación para que se consagre como falta disciplinaria de los docentes la homosexualidad”.

Asimismo, en el aspecto laboral, la exclusión de los homosexuales de la docencia es totalmente injustificada, pues no existe ninguna evidencia de que estas personas sean más proclives al abuso sexual que el resto de la población ni que su presencia en las aulas afecte el libre desarrollo de la personalidad de los educandos (Fajardo, 2006: 147).

Con respecto a la identidad, en particular en el caso de las personas trans, la Corte colombiana también ha sentado algunos precedentes. Por ejemplo, las primeras sentencias fallaron a favor del cambio de sexo (sentencias T-594 de 1993 y T-504 de 1994); sin embargo, requería una intervención quirúrgica, lo cual es ya una limitación al mismo derecho a la identidad.

En relación con el derecho a formar familias por parte de las personas TLGBI, la Corte Constitucional ha conformado una jurisprudencia consistente. Ejemplos de ello han sido las numerosas sentencias referidas a la protección de las uniones de hecho entre personas del mismo sexo (sentencia C-075 del 2007), del derecho de estas mismas parejas a la filiación permanente del compañero o la compañera en el régimen de salud (sentencia C-811 de 2007), del derecho a la sustitución pensional y al deber de asistencia alimentaria (sentencia C-336 de 2008) y del derecho de visita conyugal en centros penitenciarios (fallo de tutela T-1096 de 2004). En este mismo ámbito, en el 2012, la Corte, mediante la sentencia T-276, da un gran paso con respecto al ejercicio del derecho a formar familia, al pronunciarse a favor del caso de Chandler Burr; con lo cual se afirmó que la homosexualidad no era un impedimento para adoptar niños o niñas. En el fallo se sentenció que la custodia de los niños debía ser entregada a Charles Burr; dejando sin efecto las resoluciones dictadas previamente por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Así pues, la Corte finalmente argumentó que la separación de los niños de sus familias, “no pueden basarse en apariencias, preconceptos o prejuicios”.

Cuadro N° 2

Sentencias de los tribunales constitucionales reconociendo los derechos humanos de las personas TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
No hay sentencias del Tribunal Constitucional Pluricultural de Bolivia.	<p><i>Tribunal Constitucional, caso N° 111-97-TC, Resolución 106-1-97, RO Suplemento 203 del 27 de Noviembre de 1997.</i></p> <p>Despenaliza la homosexualidad bajo el criterio de que se trata de una enfermedad más que de un delito.</p>	<p><i>Sentencia T-097 de 1994:</i> Prácticas homosexuales en la Policía.</p> <p><i>Sentencia T-504 de 1994:</i> Principio de publicidad, derecho a la intimidad personal y familiar.</p> <p><i>Sentencia C-098 de 1996:</i> La homosexualidad no puede ser prohibida ni sancionada por sí misma.</p> <p><i>Sentencia T-101 de 1998:</i> Derecho a la educación de personas homosexuales.</p> <p><i>Artículo 6, decreto 999 de 1998:</i> Es posible el cambio de nombre, sin cirugía de reasignación de sexo. El cambio de sexo en el DNI sí necesita cirugía (<i>T-594 de 1993</i> y <i>T-504 de 1994</i>).</p> <p><i>Sentencia C-481 de 1998:</i> La orientación sexual del docente no influye negativamente en el desarrollo de la personalidad del estudiante.</p> <p><i>Sentencia T-477 de 1995, SU 337 de 1999 y T-551 de 1999:</i> En casos de intersex, las sentencias deben considerar desarrollos científicos al respecto.</p> <p><i>Sentencia C-507 de 1999:</i> Unión marital de hecho.</p> <p><i>Sentencia T-268 de 2000:</i> Personas homosexuales en espacio público.</p> <p><i>Sentencia C-371 de 2000:</i> Políticas o medidas dirigidas a eliminar desigualdades o lograr una mayor representación de grupos discriminados.</p>	<p><i>Sentencia Tribunal Constitucional 30 de octubre del 2004:</i> Exige modificar el <i>Código de Justicia Militar</i> por discriminar debido a la orientación sexual.</p> <p><i>Sentencia recaída en el Expediente N° 2868-2004-AA/TC</i></p> <p><i>ÁNCASH, del 24 de noviembre del 2004:</i> “23. [...] el Tribunal debe destacar que [...] la Constitución peruana no distingue a las personas por su opción y preferencias sexuales; tampoco en función del sexo que pudieran tener. [...] El carácter digno de la persona, no se pierde [...] por ser homosexual o transexual o, en términos generales, porque se haya decidido por un modo de ser que no sea de aceptación de la mayoría”.</p> <p><i>Sentencia recaída en el Expediente N° 2273-2005-PHC/TC, del 20 de abril del 2006:</i> Cambio de nombre de la mujer trans Karen Mañuca Quiroz.</p> <p><i>Sentencia del Tribunal Constitucional del 20 de marzo del 2009:</i> Considera el derecho de recibir visitas conyugales sin discriminación por orientación sexual.</p> <p><i>Sentencia recaída en el Expediente N° 00926-2007-PA/TC LIMA, del 3 de noviembre del 2009:</i> Exige reponer a un estudiante expulsado de la Escuela de la Policía Nacional por su orientación sexual.</p> <p>“57. [...] ningún ser humano debe verse limitado en el libre desenvolvimiento de su personalidad e identidad sexual. Es una obligación del Estado el proteger el</p>

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
		<p><i>Sentencias T-692 de 1999, T-1390 de 2000, T-1025 de 2002, T-1021 de 2003:</i> Para personas intersex, respeto a la decisión de los padres, asistencia médica, toda cirugía con consentimiento informado.</p> <p><i>Fallo de tutela T-1096 de 2004:</i> Visita conyugal y obligatoriedad de respeto a la dignidad de presos y presas LGBT.</p> <p><i>Sentencia C-075 de 2007:</i> Herencia o régimen patrimonial de compañeros permanentes.</p> <p><i>Sentencia C-811 de 2007:</i> Filiación de compañero o compañera permanente al régimen de salud.</p> <p><i>Sentencia C-336 de 2008:</i> Beneficio de régimen de pensión para él o la cónyuge.</p> <p><i>Sentencia C-798 de 2008:</i> Asistencia alimentaria para parejas del mismo sexo.</p> <p><i>Sentencias C-075 de 2007, C-811 de 2007, C-336 de 2008, C-798 de 2008, C-029 de 2009:</i> Han reconocido a las parejas del mismo sexo.</p>	<p>ejercicio de este derecho así como el de derogar o eliminar las medidas legales o administrativas que puedan verse como una traba para su ejercicio.”</p>

En torno a las temáticas y mecanismos abordados por parte de esta instancia judicial, cabe reflexionar sobre la naturaleza de las acciones que el Tribunal (o Corte) Constitucional toma en relación con las personas TLGBI, es decir, qué representa en términos de acceso al ejercicio de derechos una sentencia de dicha instancia. Su carácter normativo permite que el(la) demandante pueda obtener el cumplimiento de su petición; sin embargo, esta satisfacción se limita exclusivamente a la persona o grupo de personas que presenten la demanda. El carácter privado de esta relación con una instancia del Estado obstruye la capacidad de permitir que las personas TLGBI, en su conjunto, tengan un goce integral de sus demandas. Políticamente, aunque el hecho de la obtención de un fallo

favorable para un individuo o agrupación sea importante, esto no debe invisibilizar la responsabilidad del Estado de garantizar a la comunidad TLGBI el acceso al ejercicio de sus derechos. Es decir, la validez de este mecanismo será avalado solamente si cada uno de los Estados promueve la generación de normas legales y políticas públicas que permitan el goce de las diversas demandas por parte de las personas. En este sentido, un aspecto importante es reflexionar sobre quiénes llegan a presentar una demanda en esta instancia y, sobre todo, de las posibilidades reales (económicas, sociales, entre otras) que permiten iniciar el proceso.

POLÍTICAS SOBRE DERECHOS HUMANOS Y LEYES ANTIDISCRIMINACIÓN

Debido a las características mencionadas con respecto al ordenamiento y mecanismos constitucionales de los países andinos, es necesario mostrar las características del nivel programático con respecto al reconocimiento y el cumplimiento de los derechos de las personas TLGBI, es decir, la presencia o ausencia de la orientación sexual y la identidad de género dentro de los textos constitucionales y también el uso de mecanismos jurídicos deben ser contextualizados mediante el análisis de cómo cada Gobierno puede operacionalizar la promoción, la garantía y el respeto de estos derechos.

Dentro del sistema internacional de derechos humanos, una de las principales herramientas para dicho cometido es la formulación e implementación de planes nacionales que alberguen una política integral que promueva y garantice el adecuado ejercicio de los derechos. El origen de los Planes Nacionales de Derechos Humanos se remonta a 1993. En dicho año, reunidos en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), convocados por las Naciones Unidas, los Estados miembros de la ONU adoptaron el compromiso de “conside[rar] la posibilidad de elaborar un plan de acción nacional en el que se determinen las medidas necesarias para que ese Estado mejore la promoción y protección de los derechos humanos” (Declaración y Programa de Acción de Viena, Parte II, párr. 71).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) organizó, con el fin de promover la adopción de Planes Nacionales de Derechos Humanos en América Latina y el Caribe, una reunión que tuvo lugar en Quito, Ecuador, del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. En esta reunión, los estados participantes, entre los cuales estuvo el peruano, reiteraron el compromiso asumido en Viena 1993 y afirmaron: “la puesta en marcha de planes nacionales de acción en materia de derechos humanos permite el avance significativo en la promoción y protección de los mismos y que una amplia participación nacional juega un importante papel en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes nacionales de acción”.

Una reunión específica para los países andinos se organizó en Lima por la OACDH en la sede del Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, del 16 al 18 de julio de 2001. Al término de este Taller subregional sobre la elaboración de Planes Nacionales de acción para la promoción y protección de los derechos humanos en la región andina, que contó con la presencia de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los derechos humanos y los Estados participantes, se establecieron en las conclusiones los principios rectores, así como los objetivos de los planes nacionales de acción. Se concluyó entonces que los “planes nacionales de derechos humanos deben ser una tarea nacional y por lo tanto deben desarrollarse con la participación y apoyo de todas las instancias del Estado, instituciones nacionales y deben recibir apoyo político de alto nivel y también de la sociedad civil”.

En la región el primer plan nacional de derechos humanos fue elaborado en Ecuador y promulgado en 1998. Este plan tuvo diversos procesos de consulta iniciados con la presentación del borrador, el cual fue presentado a la opinión pública un año antes. Este proceso implicó el enriquecimiento del documento a través de los diálogos establecidos con diversas organizaciones y movimientos sociales, con los cuales se logró incluir los “grupos vulnerables sujetos de protección”. Una vez pasado este proceso, la cancillería convocó al Seminario Nacional para la Elaboración y Aprobación del Plan Nacional en marzo de 1998. Después de ello, fue aprobado por el presidente de la República el 18 de junio de 1998 (Moreira, 2007: 206-208). En particular debemos mencionar que se incorporó un acápite titulado “Derecho de las minorías sexuales”, donde se colocaron dos artículos que, de una u otra manera, contemplan la protección de la comunidad TLGBI. El primero de ellos (artículo 25), referido a la construcción de una normativa antidiscriminación, el cual señala “Garantizar el derecho de las personas a no ser discriminadas en razón de su opción sexual, creando a través de leyes y reglamentos no discriminatorios, que [sic] faciliten las demandas sociales, económicas, culturales de esas personas”; el segundo (artículo 26), vigilar la seguridad y la tranquilidad de las personas TLGBI en relación con los diferentes funcionarios del Estado, el cual indica “Velar porque [sic] los mecanismos y agentes del Estado no ejecuten acciones de persecución y hostigamiento a las personas por sus opciones sexuales”.

Después de la promulgación del texto, se iniciaron las mesas de trabajo para desarrollar los respectivos planes operativos, con los cuales se garantizaría su cumplimiento. De esta manera, se elaboró un plan con respecto de la orientación sexual. Estos planes operativos fueron aprobados en el 2002. En relación al cumplimiento, cabe resaltar que la principal actividad realizada ha estado dirigida a la concientización, la capacitación y la publicación de libros y folletos (Moreira, 2007: 215).

No obstante, muchos activistas ecuatorianos señalan que la implementación de dicho plan operativo no ha sido satisfactoria, debido a límites presupuestales e incumplimiento de sus metas.

Igualmente, en Bolivia se cuenta con una política pública en materia de derechos humanos, la cual responde a la norma constitucional. Después de la reforma del 2009, el gobierno boliviano decidió emprender la elaboración de una política que promoviera y garantizara el ejercicio de tales derechos. El resultado de esto fue la promulgación en diciembre del 2008 del Plan de Acción de Derechos Humanos 2008-2013, bajo la responsabilidad del Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos. La elaboración de este plan incluyó un proceso participativo y de consulta con los diversos movimientos sociales bolivianos, lo cual garantizó una elaboración que contenía resultados, presupuestos y metas en el tiempo (CDC-Bolivia, 2011: 15).

En el desarrollo del capítulo relativo a la comunidad TLGBI cabe resaltar que el documento incorpora tanto la orientación sexual como la identidad de género. También es importante mencionar que incorpora datos clave sobre la situación de los derechos humanos de las personas TLGBI en Bolivia, y asume los Principios de Yogyakarta. Todo ello permite que en el plan se señale como objetivo el “impulsar la generación de políticas públicas que promuevan y garanticen el ejercicio de los derechos humanos de las personas con diferente orientación sexual e identidad sexual” (Ministerio de Justicia de Bolivia, 2008: 200).

El Plan se construye identificando problemas específicos de la población TLGBI sobre los cuales se diseñan acciones que los enfrenten. Entre ellos se menciona la falta de un derecho sucesorio y los beneficios patrimoniales entre parejas del mismo sexo, la ausencia de uniones de hecho o matrimonios igualitarios, el limitado acceso de las personas trans para ejercer su derecho a la identidad y sus derechos económicos, sociales y culturales, la presencia de discriminación y violencia en los ámbitos educativos, de salud, laborales, de seguridad, la ausencia de política que enfrenten la homofobia y la transfobia.

Es importante destacar que cada una de estas situaciones se relacionaba con un conjunto de acciones que tenían resultados, responsabilidades, plazos de ejecución y presupuesto; no obstante, al comparar las metas y los plazos de ejecución de este plan con la realidad, podemos inferir que su cumplimiento ha estado limitado a acciones cuya trascendencia es mínima. Por ejemplo, aunque se creó una fecha especial con la que se contribuía al reconocimiento de las demandas TLGBI, el Día de Lucha contra la Homofobia y la Transfobia (17 de mayo), no se ha hecho nada en concreto con respecto de las uniones de hecho ni tampoco frente a la construcción de una política integral que permita el ejercicio progresivo de los derechos TLGBI.

En el caso peruano, la incorporación de la orientación sexual en el respectivo plan tuvo un proceso muy accidentado. En el 2005, quedó concluida la versión preliminar del Plan Nacional de Derechos Humanos, elaborada por el Consejo Nacional de Derechos Humanos (CNDH). A partir de ese momento, una serie de posiciones entraron en discusión en torno a ciertas reivindicaciones plasmadas en el documento, en particular las referidas a la orientación sexual e identidad de género. Esta fue la antesala a la intervención eclesiástica sobre el plan, aunque el documento gozaba de la aceptación de quienes habían participado en el proceso de consulta.

En la versión preliminar, todas las demandas del movimiento TLG-BI fueron recogidas en la versión preliminar del Plan Nacional de Derechos Humanos, la cual fue redactada dentro de una mesa de diálogo plural conformada por los representantes del Movimiento Homosexual de Lima (Mhol), representantes del Estado, tanto del Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo, el representante de ONUSIDA y otras personas. Así se estableció el siguiente objetivo estratégico: “garantizar los derechos de las personas con diferente orientación sexual” (CNHD, 2005: 60). A partir del cual se desarrollaban tres resultados, que contenían diecinueve acciones.

Todo el texto estaba caracterizado por una clara e integral reivindicación de la población TLG-BI, ya que aceptaba a aquella como un derecho, prohibiendo explícitamente la discriminación en diversos ámbitos sociales y políticos. Un primer punto es el reconocimiento de la necesidad de llevar a cabo la protección y el reconocimiento no sólo de la orientación sexual homosexual sino de la identidad de género, principal campo de lucha de los grupos de travestis, transgéneros y transexuales (CNHD, 2005: 62).

Las acciones estaban referidas a: integrar en el proyecto de reforma constitucional los derechos de las personas con diferente orientación sexual (a la heterosexual); promover la aprobación de una ley de no discriminación por orientación sexual que garantice el pleno ejercicio de los derechos humanos y, al mismo tiempo, derogar y modificar aquellas normas legales en las que persista la discriminación por orientación sexual; promover la no observancia de normas de carácter consuetudinario, en sentido lato, que generen este tipo de discriminación; incluir en el plan nacional el derecho de las personas travestis, transexuales y transgéneros al reconocimiento de su identidad en el documento nacional de identidad; modificar la legislación existente en materia de VIH/sida para que se incorpore el acceso universal gratuito y de calidad al tratamiento y atención de salud en servicios integrales, erradicando la discriminación y estigmatización; establecer medidas para reconocer los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/sida, erradicando la estigmati-

zación y discriminación en los servicios públicos y privados, medios de comunicación, campo laboral y ámbitos recreativos y deportivos; lograr el reconocimiento legal y social de los distintos tipos de familia, incluyendo aquellos conformados por personas del mismo sexo, garantizando el ejercicio pleno de los derechos de sus integrantes; y promover la creación de normas administrativas que sancionen los mensajes discriminatorios y denigrantes en los medios de comunicación masiva con respecto a la orientación sexual (Bracamonte y Álvarez, 2006: 120-127).

Un segundo punto tomaba en cuenta el aspecto social y cultural de la discriminación. En relación con el ámbito educativo promovía los contenidos curriculares que incluyan el conocimiento y respeto de los derechos de las personas TLGBI en los centros educativos de todos los niveles públicos y privados; a la par, hacía lo mismo con la creación de escuelas para padres en las que se brinde información, orientación, capacitación y soporte para el reconocimiento y respeto de las personas TLGBI; también exigía implementar mecanismos para prevenir y erradicar toda forma de violencia contra los niños y niñas con orientación homosexual en los centros educativos públicos y privados de todos los niveles.

En el nivel gubernamental, promovía la creación de una Adjuntía para una defensa especializada en la Defensoría del Pueblo y la creación de planes y programas especialmente dirigidos a la promoción y reconocimiento de derechos TLGBI, en las instancias locales y regionales. En el nivel institucional, promovía programas de capacitación en derechos humanos dirigidos a operadores de salud para brindar a esta población diferentes servicios de atención con calidad y calidez acorde a sus realidades y, a la vez, programas de capacitación en derechos humanos para prevenir la violencia en las escuelas de formación de funcionarios y encargados de velar por el orden público, como la policía, el serenazgo y las rondas vecinales.

Por último, a nivel mediático implementaba propuestas de reconocimiento y visibilización pública de la población TLGBI mediante la promoción de programas de capacitación dirigidos a comunicadores a fin de brindar información y mensajes respetuosos a los derechos humanos de dicha población; la realización de campañas de información masiva que promuevan el reconocimiento de estos derechos, la promoción de imágenes positivas y desestigmatizadas en los medios de comunicación masiva a nivel nacional, regional y local, y la creación del día nacional de lucha contra los crímenes de odio hacia las personas TLGBI (Bracamonte y Álvarez, 2006: 122-124).

Días después, la representante de la Conferencia Episcopal fue cambiada por otro, Carlos Polo, quien preside el *Population Research Institute* (PRI), organización no gubernamental católica, y de carácter internacional. En este contexto, la Coordinadora Nacional Unidos por la Vida (CONVIDA), bajo la dirección de Sandra Távora, inició una campa-

ña que pretendía desprestigiar los contenidos del Plan. Esta institución, un organismo no gubernamental, que intenta reunir los esfuerzos de diversas experiencias pro-vida a nivel nacional, argumentaba que estaba “plagado de alusiones y propuestas para el aborto, la ideología de género (paso previo para el matrimonio homosexual y la adopción de niños por homosexuales) y a los mal llamados derechos sexuales y reproductivos”. En la misma carta afirma que “ninguno de estos términos y propuestas están en nuestra constitución o en tratados internacionales a los que estamos suscritos”, para finalmente proponer “que se retire del Plan Nacional de Derechos Humanos los términos y propuestas en distintas partes del mismo referidas al aborto, derechos sexuales y reproductivos y orientación sexual, por no estar incluidos y no respetar lo dispuesto en: la Constitución del Perú, el Acuerdo Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos a los que el Perú está suscrito”⁸.

Las críticas de los movimientos de derechos humanos, de las organizaciones feministas y del movimiento TLGBI, no se hicieron esperar a través de comunicados y protestas públicas. Todo ello desencadenó el debate sobre el carácter de los derechos humanos y su implementación en las políticas del estado peruano. Aunque el consenso se había logrado en los movimientos civiles, la intervención de la Conferencia Episcopal y los representantes del Consejo de Justicia Militar produjeron la reducción de las 19 acciones a favor de la población TLGBI y la inclusión de dos cláusulas restrictivas.

Así pues, los argumentos del estado señalados en los diagnósticos sobre el Plan Nacional entraron en directa contienda con el discurso de la Iglesia, lo cual exigió una serie de negociaciones, todas ellas fuera del proceso público del Plan. Si se contrasta la versión preliminar con la versión final del Plan en materia de orientación sexual, los cambios son más que relevantes. Desde luego, éstos pueden leerse desde la lógica eclesial sobre derechos humanos.

El documento del Plan promulgado posee serias tergiversaciones y limitaciones, no sólo en tanto su reducción a cuatro acciones en comparación de las diecinueve originalmente elaboradas, sino en el planteamiento de sus argumentos. Un primer punto es la eliminación del término discriminación por otro completamente reductivo: *trato denigrante o violento*, cuando se refiere a la población TLGBI. Otro aspecto importante es la incorporación del término *índole sexual*, eludiendo así la terminología de género y su potencial político para diferenciar el aspecto biológico del cultural. Tras ello, el documento sólo establece la necesidad de evaluar la normatividad vigente y de emitir las recomendaciones para sancionar las prácticas denigrantes o violentas, dejando de lado la ejecución de acciones eficaces en contra de ellas. Por otro lado, no busca

8 Carta dirigida al Consejo Nacional de Derechos Humanos, 20 de noviembre de 2005.

solucionar el fondo del problema, sino permanecer en la superficie mediante medidas asistencialistas como evitar mensajes denigrantes que se difundan a través de medios de comunicación o implementar programas de capacitación en derechos humanos dirigidos a operadores de salud a fin de que brinden servicios de atención con calidad. Finalmente, recomienda fomentar acciones que incluyan la promoción de la tolerancia y el respeto de los derechos de las personas con diferente *orientación / índole sexual* (Bracamonte y Álvarez, 2006: 124).

La anterior falta de determinación contrasta con las dos cláusulas restrictivas, sobre todo considerando que el Plan Nacional debe ser un instrumento afirmativo con respecto a la promoción de derechos. La primera cláusula indica que las medidas tomadas no se extienden al reconocimiento del derecho a contraer matrimonio entre personas del mismo sexo, legalizar sus uniones de hecho y adoptar menores. La segunda señala que el sentido de estas propuestas, no afectan lo establecido en los Reglamentos de las Instituciones Castrenses.

La versión final constituida por estas intervenciones fue promulgada el 10 de diciembre de 2005 por Alejandro Toledo, ante los reclamos de diversos grupos que veían otra vez en las acciones de la Iglesia una vulneración de sus derechos.

A diferencia de los casos mencionados, Colombia no posee propiamente un plan nacional, sino una Consejería para la Defensa, Promoción y Protección de los Derechos Humanos, adjunta a la Presidencia de la República, creada en 1987, la cual procura desarrollar algunos lineamientos para implementar determinadas políticas con el fin de mejorar la vigencia de los derechos humanos en dicho país. Esto responde a la problemática nacional colombiana en relación con la situación de violencia interna en la que están implicados diversos agentes (FARC, narcotráfico, paramilitares y fuerzas armadas), y cuyo principal afectado es la sociedad civil.

En relación con los derechos TLGBI, aunque la temática está presente en diversos niveles del Gobierno del Estado colombiano, en la Consejería no aparece con mucho énfasis; sin embargo la *Declaración conjunta de Gobierno, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo-otras entidades del Estado-Sociedad Civil-Comunidad Internacional. Hacia una política de derechos humanos y derecho internacional humanitario* menciona los derechos de la población TLGBI en el punto 4, “a promoción de una cultura de paz y el desarme de la palabra”, al momento de delinear los temas y las actividades para la construcción e implementación de la política nacional. Este proceso está aún en marcha.

En términos generales, los Gobiernos o las instancias pertinentes no implementan las acciones, presentes en sus planes nacionales, de un modo efectivo, en especial, en relación con la situación TLGBI. Sin embargo, existe un conjunto de normas en el ámbito nacional o regional

que sanciona la discriminación hacia las personas TLGBI. Este ámbito normativo sin duda es una manera más concreta de viabilizar la defensa de los derechos TLGBI, con lo cual, a diferencia de los planes nacionales, se logra enfrentar con mayor eficacia la discriminación.

El conjunto de normas referidas a la discriminación es un paquete muy variado y diverso. En pocos casos son de ámbito nacional (Ecuador y Bolivia). La mayoría de estas normas pertenece a diversas instancias de Gobiernos locales. Podemos observar en el cuadro 3 una mirada comparativa sobre las diversas políticas públicas de inclusión o normas de carácter nacional, que combaten la discriminación. Cada una de ellas presenta un grado distinto de aplicación.

Cuadro N° 3
Normas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ley N° 045. Ley contra el Racismo y toda forma de discriminación:</i></p> <p>a) Discriminación. Se define como "discriminación" a toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual e identidad de géneros, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica, social o de salud, profesión, ocupación u oficio, grado de instrucción, capacidades diferentes y/o discapacidad física, intelectual o sensorial, estado de embarazo, procedencia, apariencia física, vestimenta, apellido u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de derechos humanos y libertades fundamentales reconocidos por la Constitución Política del Estado y el derecho internacional. No se considerará discriminación a las medidas de acción afirmativa.</p> <p>g) Homofobia. Se refiere a la aversión, odio, prejuicio o discriminación contra hombres o mujeres homosexuales, también se incluye</p>	<p><i>Ordenanza Metropolitana # 240 de Inclusión de la diversidad sexual GLBT en las políticas del Distrito Metropolitano de Quito.</i> Declarando: "La Municipalidad del Distrito Metropolitano de Quito, declara a la discriminación por orientación sexual como una violación a los derechos humanos fundamentales, que se contraponen a la Constitución Política de la República del Ecuador, los derechos humanos y la política municipal".</p> <p>Veeduría Ciudadana Metropolitana (2011), para el cumplimiento de la ordenanza, la conforman: Manuel Acosta Martínez, coordinador de la Veeduría, presidente de Dionisios Arte-Cultura-Identidad; Sandra Álvarez Monsalve, directora ejecutiva de OEML, Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas; Rashell Erazo, Presidenta de Afil, grupo activista Transsexual; Efraín Soria, coordinador de Proyectos de Equidad, Fundación GLBT; María Amelia Viteri, catedrática de Género, Sexualidad y Ciudadanía; FLACSO; Edgar Zúñiga Salazar, médico Familiar Sistémico.</p> <p><i>Reglamento 06- CPCCS- 09- CP</i> para el Concurso de Oposición</p>	<p>No hay política Pública TLGBI Nacional.</p> <p><i>Defensoría del Pueblo: Estatuto Antidiscriminación: Proyecto de Ley Estatutaria N° 68 de 2007. Senado:</i> "Por la cual se desarrolla el derecho a la igualdad y se dictan disposiciones para prevenir, erradicar y sancionar la discriminación".</p> <p>Conformación de un Consejo Consultor, con representantes GLBT en el Municipio de Bogotá para la implementación de la Política Pública GLBT (Acuerdo 371 de Bogotá).</p> <p><i>Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá, 2004-2008:</i> "Bogotá Sin Indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión", adoptado por el <i>Acuerdo 119 de 2004. Art 4:</i> "la creación de condiciones para alcanzar la igualdad de oportunidades, el ejercicio efectivo de los derechos, el respeto al libre desarrollo de la personalidad y a la diversidad sexual". En Bogotá: <i>Política Pública de Mujer y Géneros -PPMYG-</i> y se firmó el <i>Acuerdo 091 de 2003</i> mediante el cual se estableció el Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de</p>	<p>No hay una política pública contra la discriminación por orientación sexual/identidad de género nacional.</p> <p>Existen ordenanzas regionales, provinciales y distritales contra la discriminación por orientación sexual (y sólo en algunos lugares por identidad de género).</p>

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>a las demás personas que integran a la diversidad sexual.</p> <p>h) Transfobia. Se entiende como la discriminación hacia la transexualidad y las personas transexuales o transgénero, basada en su identidad de género.</p> <p><i>Reglamento de la Ley 045 contra la discriminación, del 2011. Decreto Supremo N° 0189</i> 28 de junio como "Día de los Derechos de la Población con orientación sexual diversa en Bolivia".</p> <p><i>Ley de Ejecución Penal y Supervisión N°2298 (2001)</i>: Sobre aplicación de penas, prohíbe discriminación e incluye la orientación sexual.</p> <p><i>Resolución Ministerial N° 0668 (Ministerio de Salud) del 2007</i>, garantiza el acceso y atención de poblaciones vulnerables (diversidades sexuales y genéricas, personas con VIH y personas en situación de prostitución) con criterios de calidad y calidez, sin discriminación por factor económico, social, cultural, ocupación sexual, orientación sexual e identidad de género, o por vivir con el VIH y/o sida. "Ningún gobierno ha aportado significativamente para detener la homofobia de la sociedad. Si bien, la ley N° 045 y su reglamento son los avances iniciales, falta aún lograr los objetivos del Plan de Derechos Humanos y lo más importante, lograr a través del tiempo un cambio sustancial de la actitud homofóbica de la sociedad boliviana, sobre todo en los ambientes de educación, salud, empleo y justicia. No existen indicadores cuantitativos del grado homofobia en Bolivia y su medición es imperiosa para contar con puntos de partida de un mejoramiento futuro".</p>	<p>y Méritos para la Selección y Designación del Fiscal General del Estado. Registro Oficial Suplemento 24. 11 de septiembre del 2009.</p> <p><i>Artículo 21.- "Acción Afirmativa.-</i> En la evaluación y calificación de méritos de las y los postulantes se aplicarán medidas de acción afirmativa que promueven la igualdad real a favor de los titulares de derechos que se encuentran en situación de desigualdad. La calificación atribuida como acción afirmativa se aplicará sin que se exceda la nota máxima del puntaje asignado a la evaluación por méritos. Será máximo de dos puntos y se aplicará una sola de las siguientes condiciones:</p> <p>a. Ecuatoriana o ecuatoriano en el exterior por lo menos tres años en situación de movilidad humana, lo que será acreditado mediante el certificado del registro migratorio, de la Secretaría Nacional del Migrante o declaración juramentada;</p> <p>b. Personas con discapacidad, acreditado mediante el Certificado del CONADIS;</p> <p>c. Pertener a los quintiles uno y dos de pobreza, acreditado con certificado del MIES;</p> <p>d. Ser menor de 35 o mayor de 65 años al momento de presentar la candidatura, lo que será acreditado con la copia notariada de la cédula de ciudadanía;</p> <p>f. Persona con orientación o identidad sexual perteneciente al grupo GLBT, acreditado con declaración juramentada o certificado de organizaciones GLBT;</p> <p>e. Persona domiciliada y con actividad económica principal y permanente durante los últimos cinco años en la zona rural, condición que será acreditada con certificado de la Junta Parroquial o declaración juramentada;</p> <p>g. Persona proveniente de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos o montubios; y,</p> <p>f. Postulante que pertenece al género femenino".</p>	<p>Género, reconociendo la orientación sexual como condición de diversidad.</p> <p><i>Plan de Desarrollo Económico, Social y de obras Públicas de Bogotá, D.C., 2008-2012: "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor"</i>: Reconoce orientación sexual e identidad de género. Desde ahí se han hecho campañas: Bogotá respeta la diversidad, Bogotá Diversa, Bogotá positiva con las mujeres y la equidad de género. Otras ciudades: Medellín, Valle, Cali y Pasto, han hecho avances en políticas públicas que reconocen la orientación sexual e identidad de género".</p>	

Por otro lado, en el cuadro 4, se observa una serie de políticas públicas y normas elaboradas en ámbitos regionales, las cuales tienen diversos grados de implementación. En un balance comparativo, la ciudad de Bogotá es la que mejor ha desarrollado un conjunto de políticas integradas para no sólo combatir la discriminación, sino para promover la protección y la promoción de los derechos TLGBI. En un segundo nivel, podemos señalar a la ciudad de Quito, donde existe también un conjunto de normas que, sin embargo, se implementan parcialmente. Asimismo, tanto en Perú como Bolivia existen diversas ordenanzas regionales, municipales, provinciales y distritales, cuya aplicación en la práctica es nula debido a la ausencia de planes operativos o de denuncias por parte de las personas TLGBI, sean a causa del miedo a ser expuestos públicamente, de las dificultades procesales que toda demanda implica, entre otras.

Cuadro N° 4

Inclusión de la orientación sexual e identidad de género en normas regionales y locales en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ordenanza Municipal G.M.L.P. N° 084/2010 de La Paz. Para la creación del Concejo Ciudadano de las Diversidades Sexuales y/o Genéricas de la población TLGB (Transformista, travestis, transexuales, lesbianas, gays y bisexuales) del Municipio de La Paz</i>", como instancia de asesoramiento, coordinación y análisis por el que las personas de diversidades sexuales y genéricas de la sociedad civil participen en la formulación, ejecución de manera coordinada y fiscalización de políticas públicas municipales que promuevan el ejercicio y la defensa de los derechos humanos de las personas de diversidades sexuales.</p> <p><i>Ordenanza Municipal de La Paz N° 249/08 declarando el 28 de junio como "El día de la no discriminación a las diversidades sexuales y/o Genéricas, en el Municipio de La Paz".</i></p> <p><i>Ordenanza Municipal N° 131/06 de la ciudad de Sucre del 2006 que prohíbe toda clase de discriminación aunque no</i></p>	<p><i>Ordenanza Metropolitana # 240 de Inclusión de la diversidad sexual GLBT en las políticas del Distrito Metropolitano de Quito (2008).</i> El 28 de junio del 2011, el Gobierno Provincial de Guayas, emitió una resolución de antidiscriminación que incluye a los grupos vulnerables por su orientación sexual y que rige para toda la provincia. Se establece la creación de un Consejo de Igualdad, presidido por la vice prefectura y que compromete al Prefecto y Alcaldes/Alcaldesas a que aprueben las ordenanzas respectivas, en no más de 180 días.</p>	<p><i>Decreto 608 (28 de diciembre, 2007). Ámbito: Distrito Capital. Establece la Política Pública LGBT: "establece los lineamientos de la Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas -LGBT- en Bogotá D.C. (...)". Acuerdo 371 de 2009.</i> Regula el decreto 608, de carácter operativo: "Por medio del cual se establecen lineamientos de política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas -LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones". Para su gestión: Alcalde/Alcaldesa como cabeza de la política pública.</p>	<p>Lima: Propuesta de Ordenanza Municipal que Promueve el Derecho a la Igualdad y no Discriminación por Identidad de Género y Orientación Sexual (aún en proceso).</p> <p><i>Ordenanza 002-MPA</i>, publicada por la Municipalidad de Abancay.</p> <p>Ordenanzas regionales de Apurímac y de las municipalidades provinciales de Huamanga, Huancayo, Concepción, Chanchamayo (Junín) y Sullana (Piura). También aparece en siete ordenanzas distritales: San Juan Bautista, Jesús Nazareno (Huamanga), Matahuasi (Concepción, Junín), Zaña (Lambayeque), Catacaos (Piura), Miraflores y Jesús María (Lima).</p> <p>Ordenanzas de los gobiernos regionales de Ayacucho (010-2009-GRA/CR en el mes de mayo), de Cusco, dirigida a la protección de las ITS y el VIH en el marco del reconocimiento de los derechos de gays y trans, de Huancavelica</p>

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>nombre la orientación sexual e identidad de género".</p> <p><i>Ordenanza Municipal N° 099/2011</i> del municipio de El Alto instituyendo el día de la lucha contra la homofobia, lesbofobia y transfobia.</p> <p><i>Ordenanza municipal N° 121/2011</i> del municipio de Santa Cruz contra el racismo y toda forma de discriminación.</p>			<p>(N° 145-GOB.REG-HVCA/CR en el mes de noviembre), y de Junín. También, las ordenanzas de las municipalidades provinciales del Callao (N° 000026), de Canchis (Cusco) en el mes de junio, de Cajamarca (en septiembre). Con respecto a las ordenanzas distritales tenemos: Pícsi, Olmos (N° 018-2009), Illimo, Jayanca, y San José en Lambayeque, Villa el Salvador (N° 192-MVES) en Lima.</p>

En el cuadro anterior, podemos observar cómo a pesar de que no exista una política pública nacional, existen políticas regionales que promueven el ejercicio de los derechos TLGBI; entre ellas podemos mencionar las ciudades de Cali, Medellín y Bogotá, sin dejar de acotar que existen otras experiencias menos desarrolladas en otras ciudades como Cartagena. Sin embargo, en un balance general, la ciudad de Bogotá ha terminado ejemplificando avances en la región andina. Tras un contexto nacional complejo y algunos periodos de gobierno municipal de izquierda, la ciudad ha llegado a conformar diversos instrumentos que, en suma, han consolidado políticas y acciones que ya no solo protegen y garantizan, sino promueven los derechos de la comunidad TLGBI. Las primeras iniciativas fueron llevadas a cabo en la administración de Mokus-Bromberg y continuadas por la administración de Garzón, periodo en el cual se fortalecieron dichas iniciativas, en la cual se introdujo la sigla LGBT, y principalmente se creó la mesa LGBT de Bogotá (2004). Esta instancia construyó una serie de recomendaciones para la elaboración de una política pública, las cuales se recogerían más adelante en el decreto 608 del 2007, en el que se establecen los lineamientos de una política pública que garantice los derechos plenos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas (*LGBT*).

En este decreto se considera tanto la orientación sexual como la identidad de género. También se presentan las características básicas de una política, las cuales permitirían mayor eficacia en su ejecución. Paralelamente, se desarrolla el plan de acción "Plan de acción política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital (2008-2020)". En este plan, se colocan procesos estratégicos y líneas de acción que cubren una amplia gama de ámbitos para el ejercicio de los derechos de la comunidad TLGBI en el distrito capital (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008: 53-80).

Todas estas iniciativas lograron en el año 2009, mediante el acuerdo 371, su aprobación, después de que ésta se haya visto entorpecida en sucesivas oportunidades. Es importante mencionar que todo este proceso surgió de una profunda relación entre el Gobierno de la Ciudad y el movimiento LGBT, en el cual se constituyeron espacios de interlocución, cuya proactividad fue reforzada por una voluntad política que permitió que las acciones establecidas en el plan tuviesen una real incidencia en el cambio de la situación de vulnerabilidad de las personas TLGBI. En el documento *Balances y perspectivas*, referido a la implementación de la política pública antes mencionada, podemos señalar cómo se construyeron criterios técnicos para poder garantizar una mejor implementación de los lineamientos, es decir, cuenta con una línea de base que permite hacer una adecuada comparación entre un antes y un después y, además, presenta un análisis de cada uno de los avances logrados, incluso en el nivel de infraestructura. Presenciamos por primera vez en la región andina una política pública que ha cubierto diversos aspectos: la seguridad, la discriminación, la salud, el trabajo, la educación, la economía, entre otros, y cuyo cumplimiento, a pesar de algunas dificultades de carácter práctico durante su implementación, ha demostrado tener un gran impacto, aceptación social y considerables resultados (Alcaldía de Bogotá, 2011).

Por otro lado, en la ciudad de Quito, aunque existe una ordenanza municipal que promueve ciertos derechos aún no se ha logrado establecer una política pública a favor de los derechos TLGBI. Incluso, la experiencia de la veeduría ciudadana, promovida por el Gobierno local, tuvo escasos logros. Igualmente, al analizar los casos de Bolivia y Perú, se observa una gran inacción. En el caso de Bolivia, existen ordenanzas en La Paz, Sucre y Santa Cruz, las cuales no han sido aún implementadas.

Con respecto a Perú, existen diversas ordenanzas contra la discriminación. La incorporación de la orientación sexual en dichas ordenanzas tuvo su inicio con la ordenanza 002-MPA, publicada por la Municipalidad de Abancay el 29 de febrero de 2008. Posteriormente, la introdujeron las ordenanzas regionales de Apurímac y de las municipalidades provinciales de Huamanga, Huancayo, Concepción, Chanchamayo (Junín) y Sullana (Piura). También aparece en siete ordenanzas distritales: San Juan Bautista, Jesús Nazareno (Huamanga), Matahuasi (Concepción, Junín), Zaña (Lambayeque), Catacaos (Piura), Miraflores y Jesús María (Lima). Cabe resaltar que la ordenanza regional de Apurímac fue la primera que incluyó la identidad de género y además prohibió obligar a una persona a someterse a tratamiento médico o psicológico con el fin de modificar su orientación sexual.

Específicamente, en el año 2009, fueron promulgadas las ordenanzas de los Gobiernos regionales de Ayacucho (010-2009-GRA/CR

en el mes de mayo), de Cusco, dirigida a la protección de las ITS y el VIH en el marco del reconocimiento de los derechos de gays y trans, de Huancavelica (N° 145-GOB.REG-HVCA/CR en el mes de noviembre), y de Junín. También, las ordenanzas de las municipalidades provinciales del Callao (N° 000026), de Canchis (Cusco) en el mes de junio, de Cajamarca en septiembre. Con respecto a las ordenanzas distritales tenemos: Pisci, Olmos (N° 018-2009), Illimo, Jayanca, y San José en Lambayeque, Villa el Salvador (N° 192-MVES) en Lima. Cabe resaltar que de este grupo, Cusco ha incorporado la identidad de género.

Todas estas ordenanzas son un importante intento desde los Gobiernos descentralizados por incorporar al ordenamiento normativo disposiciones para combatir la discriminación por orientación sexual y, en menor medida, por identidad de género. Sin embargo, aún estas representan un mínimo porcentaje en relación con el resto de Gobiernos regionales y municipales a nivel nacional. Por ejemplo, de los veinticinco Gobiernos regionales, sólo seis han emitido una ordenanza que contenga la orientación sexual, y de éstos, sólo tres protegen la identidad de género. De los ciento noventa y cinco Gobiernos provinciales, sólo once lo han hecho, y de los 1.834 municipios distritales, sólo diecisiete. Entre los cuarenta y tres distritos de Lima metropolitana, sólo lo han hecho cuatro distritos.

Además, existen ciertas dificultades para su adecuado cumplimiento como la falta de difusión, la escasa capacidad de fiscalización, ausencia de voluntad política, barreras burocráticas, la falta de capacidad para denunciar por parte de las y los ciudadanos y la falta de mecanismos de asesoría. Todas estas debilidades están relacionadas con la ausencia de un plan operativo que permita la planificación e implementación de las acciones respectivas (Jaime, 2009: 46-48). Es importante resaltar que en el Gobierno de la Ciudad de Lima no existe ninguna ordenanza ni política pública relacionada con la orientación sexual o la identidad de género. En el último gobierno, iniciado en el 2011, diversas organizaciones TLGBI propusieron al Consejo de la Ciudad un borrador de ordenanza contra la discriminación, el cual no pudo ser aprobado debido a la presión de agentes conservadores.

Luego de revisar algunas políticas nacionales y las normas contra la discriminación, se observa una tendencia general a la no inclusión de las demandas TLGBI en tales códigos. Ante la ineficacia del Estado por implementar políticas de promoción, uno de los ámbitos más urgentes es la protección de la vida y la seguridad personal. En este punto, muchas organizaciones TLGBI en la región han manifestado su preocupación por la presencia de crímenes y delitos, insertos en una homofobia estructural, cometidos contra gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales. En otras palabras, vemos cómo el grado

de discriminación y exclusión por parte del Estado reduce las demandas de los colectivos sólo al aspecto de la sobrevivencia, el cual está mucho más relacionado a implementar medidas de control que a promover el desarrollo humano de las personas TLGBI.

En el Cuadro 5, se puede observar algunas medidas cuyo objetivo es proteger la seguridad de las personas TLGBI, o construir agravantes una vez dada la comisión de un delito.

Cuadro N° 5

Normas contra la violencia hacia personas TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
No hay información sobre leyes o proyectos de ley con la figura del crimen de Odio, sin embargo sí la discriminación por orientación sexual e identidad de género.	De acuerdo con la reformas al Código Penal publicadas en el <i>Suplemento del Registro Oficial N° 578 del 24 de marzo de 2009</i> , se tipifica el delito de Odio, artículo 212.4: “El que públicamente o mediante cualquier medio apto para su difusión pública incitare al odio, al desprecio, o a cualquier forma de violencia moral o física contra una o más personas en razón del color de su piel, su raza, sexo, religión, origen nacional o étnico, orientación sexual o identidad sexual, edad, estado civil o discapacidad”. Será sancionado con prisión de seis meses a tres años. El cometimiento de actos de violencia, física o moral, por odio o desprecio contra una o más personas, a causa de su religión, color de piel, raza, origen étnico, nacionalidad, orientación sexual, identidad sexual, estado civil, edad o discapacidad, será sancionado con prisión de seis meses a dos años. La sanción será de dos a cinco años de prisión si alguna persona resultare herida; y de doce a dieciséis años si fruto de estos actos de violencia se produjere la muerte a una persona. En el <i>Artículo 212.6</i> se establece que “Será sancionado con prisión de uno a tres años, el que en ejercicio de	“ <i>Código de Policía de Bogotá, expedido mediante Acuerdo 79 de 2003, en su Artículo 10</i> , de los comportamientos que favorecen la tranquilidad y la convivencia en la ciudad; entre dichos comportamientos se señala el respeto a las manifestaciones de las personas, independientemente de su etnia, raza, edad, género, orientación sexual, creencias religiosas, preferencias políticas y apariencia personal” (Decreto 608 Concejo Municipal Bogotá). <i>Directiva Permanente 06 del 2010 de la Policía Nacional (DIR-LGTBI-2010)</i> : “Transmitir a la comunidad LGBT la trascendencia de participar con la policía nacional en la búsqueda de espacios de diálogo, encaminados a mitigar los niveles de desigualdad”. <i>Código Penal. Artículo 58</i> : Agravante, mayor punibilidad: “3. Que la ejecución de la conducta punible esté inspirada por móviles de intolerancia y discriminación referidos a la raza, etnia, ideología, religión, o las creencias, sexo u orientación sexual o a alguna enfermedad o minusvalía de la víctima” (Colombia Diversa, 2010).	Existe un proyecto de ley, el cual fue encarpetao: <i>Proyecto de Ley Contra las Acciones Criminales Originadas por Motivos de Discriminación. Artículo 46D: Circunstancia agravante del agente</i> . “Constituye circunstancia agravante la comisión de un delito doloso por motivos de discriminación del agente. En estos casos el Juez aumenta la pena hasta en un tercio por encima del máximo legal fijado para el tipo penal no pudiendo exceder de treinta cinco años de pena privativa de la libertad. Entendiéndose por motivos de discriminación cuando el agente comete el delito teniendo como motivación su desprecio, repudio, rechazo o cualquier otra conducta contraria a la raza, etnia, cultura, creencia religiosa, sexo, orientación sexual, identidad de género, enfermedad, discapacidad, condición social, simpatía política, deportiva o de cualquier otra índole de la víctima”. “Actualmente, no existe data oficial que nos permita conocer la cifra real de violaciones del derecho a la vida y del derecho a la seguridad personal. [...] La Defensoría del Pueblo ha manifestado que su sistema de información

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
	<p>sus actividades profesionales, mercantiles o empresariales, niegue a una persona un servicio o una prestación a la que tenga derecho, o excluya a una persona o niegue o vulnere o restrinja los derechos consagrados en la Constitución, por razón del color de su piel, su raza, religión, origen nacional o étnico, orientación sexual o identidad sexual, edad, estado civil o discapacidad". Igual sanción recibirá el servidor público que cometa alguno de los actos o conductas mencionadas en el párrafo anterior, niegue o retarde un trámite o servicio.</p> <p>Asimismo en la parte final del <i>Artículo 212.7</i> se manifiesta "[...] En estos casos el funcionario quedará inhabilitado para el desempeño de cualquier cargo, empleo o comisión públicos hasta por el mismo lapso de la privación de la libertad impuesta".</p>	<p>No se registra la orientación sexual e identidad de género de las víctimas en las direcciones seccionales de la fiscalía.</p> <p><i>Sentencia T-301 de 2004 de la Corte Constitucional.</i> Las detenciones preventivas administrativas no pueden tener como fundamento la orientación sexual y/o identidad de género de la víctima.</p>	<p>no contiene campos específicos para registrar datos sobre la orientación sexual o identidad de género de las personas, ya que ello constituye parte de su intimidad personal. Sólo se registra cuando la persona brinda el dato voluntariamente" (Red Peruana TLGB, 2012: 52).</p>

Al hacer un balance general podemos inferir que en la región andina existen diversos niveles con respecto al ejercicio de los derechos humanos de la población TLGBI. De esta manera, el nivel de promoción es aún una meta lejana si tomamos el ámbito nacional de cada uno de los países. (Cabe destacar que aun cuando en Bogotá se han construido herramientas adecuadas para alcanzarla, en el resto de Colombia aún es necesario generar una política integral que implemente mecanismos sólidos en favor de las demandas TLGBI). Por ejemplo, en ciudades como Cali, Medellín y Quito, existe un nivel diferenciado sobre la promoción de los derechos, la cual se ha dado a través de la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género en algunos casos, en planes distritales de desarrollo y salud, o a través de la creación de espacios de diálogo entre los Gobiernos y los colectivos TLGBI en temas de sensibilización o capacitación.

Un segundo nivel está referido a la garantía de los derechos humanos, para la cual existen mayores herramientas en comparación con la promoción de los mismos. Tal como hemos visto anteriormente, la existencia de normativa antidiscriminación en diversos países permite,

al menos idealmente, que las personas puedan apelar al estado para ver resuelta una situación discriminatoria; sin embargo, no hay que olvidar la dificultad que el uso de estas normas puede tener en una población, cuya historia de discriminación y vulnerabilidad no permite siempre un claro ejercicio de la demanda por parte de los afectados y afectadas. En ese sentido, un análisis sistemático puede inferir cómo la ausencia de espacios reales de interpelación frente a los diversos niveles organizativos del Estado empuja el ejercicio de los derechos a un nivel circunscrito exclusivamente al ámbito de la protección.

En consecuencia, podemos ver cómo la media, resultante de la comparación de los niveles nacionales con las específicas experiencias regionales, es colocar al ejercicio de los derechos en un nivel de protección, a partir del cual la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género muchas veces termina siendo simplemente un paliativo que sólo se circunscribe a la satisfacción de necesidades y no a la instauración del goce de las demandas. En otras palabras, los procesos de exclusión/inclusión, vistos desde la existencia de una homofobia estructural que sigue reproduciendo la discriminación y la exclusión, promueven un discurso que busca controlar el deseo y las prácticas homoeróticas y transgeneristas a través de, entre otras cosas, la violencia; que fragmenta la demanda de los y las sujetos TLGBI en necesidades parciales como el VIH, con lo cual minimiza la condición humana de las personas TLGBI.

OTROS ÁMBITOS NORMATIVOS DE LA SITUACIÓN TLGBI

La consecuencia de un ordenamiento normativo indiferente a la problemática TLGBI, basada en una homofobia estructural, no ha permitido un desarrollo integral en las sociedades estudiadas con respecto a las demandas planteadas por las organizaciones y los colectivos. Esta situación se comprueba al analizar la escasa normativa que ha abordado problemáticas específicas y además, al hacerlo, lo hace muchas veces con restricciones, tanto de contenido como procedimentales. Por ejemplo, en el ámbito laboral no existe ninguna normativa a nivel nacional que proteja los derechos de las personas TLGBI.

Sin duda, uno de los ámbitos más difíciles es la educación, ya que no sólo opera el prejuicio contra la inclusión de contenidos explícitos con respecto a temas TLGBI –debido al “pánico moral” de que estos contenidos sirvan para “alentar” deseos y prácticas considerados anormales–, sino también contra la posibilidad de que los niños, las niñas y adolescentes (NNA) puedan asumir en libertad procesos de reflexión o aceptación frente a su propia orientación sexual o identidad de género. Así, en esta materia, tal como podemos observar en el Cuadro 6, los avances han sido exigüos, y cuando existen, están dirigidos explícitamente a educación sexual.

Cuadro N° 6
Inclusión de la orientación sexual e identidad de género en las normas sobre educación en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ley de la Educación “Avelino Siñani - Elizardo Pérez” 2010.</i> Prohíbe la discriminación en el acceso a educación por las causales del artículo 14 de la Constitución. No habla explícitamente de población TLGB, ni de orientación sexual, tampoco hace mención a la educación sexual. Sin embargo, señala como bases de la educación: es descolonizadora, liberadora, revolucionaria, anti-imperialista, despatriarcalizadora y transformadora de las estructuras económicas y sociales; orientada a la reafirmación cultural de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos, las comunidades interculturales y afrobolivianas en la construcción del Estado Plurinacional y el Vivir Bien. Y como sus Fines: promover una sociedad despatriarcalizada, cimentada en la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos.</p>	<p><i>El literal L del Artículo 142 del Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación</i> explícitamente dice: “Son derechos de los alumnos ser tratados sin discriminación de ninguna naturaleza”.</p> <p><i>En el Artículo 41 numeral 4 del Código de la Niñez y Adolescencia</i> explícitamente dice: “Se prohíbe a los establecimientos educativos la aplicación de medidas que impliquen exclusión o discriminación por causa de una condición personal del estudiante”. No se menciona orientación sexual ni identidad de género explícitamente, sin embargo esta norma como las modificaciones en la constitución, permiten abordar la problemática TLGB.</p> <p>Mediante <i>Acuerdo ministerial 403</i>, firmado 10 de agosto del 2006, se aprueba impartir educación sexual en los colegios, siendo el Ministerio de Educación la entidad responsable de capacitar a los docentes.</p>	<p><i>Ley 115 de 1994. Ley General de Educación (con modificación durante el 2006 del Art 14):</i> Establece la obligatoriedad de la educación sexual. No se menciona orientación sexual ni identidad de género. <i>Proyecto de acuerdo N° 334 de 2008 del Concejo Municipal de Bogotá:</i> “Por medio del cual se institucionaliza la Cátedra de Educación Sexual en los colegios públicos y privados del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” (La Ley no está orientada a la prevención de discriminación ni de respeto por orientación sexual o identidad de género, se habla de educación sexual desde los valores y el autocuidado). <i>Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía</i> (desde el 2008). Alojado en el Ministerio de Educación, con apoyo de UNFPA. Producción de materiales y capacitación a docentes.</p>	<p><i>Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral, aprobado por Resolución Directoral N° 0180-2008-ED el 16 de julio del 2008:</i> Se incluye la orientación sexual e identidad de género en el concepto de violencia de género, mas no hay mayor desarrollo.</p> <p><i>Ley N° 29719, Ley que Promueve la Convivencia sin Violencia en las Instituciones Educativas (Ley Antibullying) (2011)</i> “que regula la prohibición del acoso escolar en cualquiera de sus modalidades, cometido por alumnos entre sí. La norma plantea que el Minedu está obligado —entre otras cosas— a elaborar una directiva orientada a diagnosticar, prevenir, sancionar y erradicar la violencia, el hostigamiento y la intimidación entre alumnos, así como a formular estadísticas para evaluar el cumplimiento de las metas de reducción del acoso. Asimismo, establece que cada institución educativa debe contar con un Libro de Registro de Incidencias que permitirá recoger información sobre las agresiones entre los alumnos (el trámite seguido en cada caso, el resultado de la investigación y la sanción aplicada). Además, resalta la necesidad de que en cada centro educativo se cuente con un psicólogo encargado de prevenir y dar tratamiento a los casos identificados” (Red Peruana TLGB, 2012: 76).</p>

En relación con el derecho a formar familias, podemos apreciar algunas diferencias entre los países estudiados. Mientras que en Colombia y Ecuador existe la posibilidad de establecer uniones de hecho, en Bolivia y Perú este mecanismo ha sido imposibilitado a través de interpretaciones conservadoras del texto constitucional (véase el Cuadro 7). En Colombia, las personas pueden asentar su unión de hecho en una notaría pública, lo cual es un logro obtenido por la jurisprudencia de la Corte. En Ecuador, ocurre de igual manera gracias a que en la última reforma constitucional se realizó el cambio de los términos *hombre y mujer* por *personas* cuando se hablaba de uniones de hecho. Aunque esta realidad es factible, a lo largo de los años, ha habido muchos casos en los cuales las notarías se resistían a aceptar dicho trámite en ambos países.

Cuadro N° 7

Reconocimiento del acceso del derecho a la familia para personas TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No hay desarrollo legal. “En el artículo 63 de la Constitución, se define como matrimonio a la unión de hombre y mujer. De igual manera sucede cuando se habla de uniones de hecho o civiles: las uniones libres o de hecho que reúnan condiciones de estabilidad y singularidad, y sean mantenidas entre una mujer y un hombre sin impedimento legal, producirán los mismos efectos que el matrimonio civil, tanto en las relaciones personales y patrimoniales de los convivientes como en lo que respecta a las hijas e hijos adoptados o nacidos de aquéllas. Código de familia: Respecto a la invalidez y nulidad del matrimonio, el artículo 78, inciso 2, considera la no diferencia de sexos entre los contrayentes como causa de nulidad de matrimonio. Respecto a las uniones de hecho, especifica que la unión debe ser entre una mujer y un hombre. Señalan por último con respecto a las formas</p>	<p>Capítulo sexto, derechos de libertad: “Artículo 68.- La unión estable y monogámica entre dos personas libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, generará los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio. La adopción corresponderá sólo a parejas de distinto sexo”. El no mencionar la diferencia de sexo como requisito para las uniones civiles ha permitido la inclusión de parejas TLGB. “A pesar de que se reconoce el derecho a la unión para parejas del mismo sexo en el artículo 68 de la Constitución, las autoridades manifiestan que “hace falta una ley que regule los procedimientos” y se niegan el ejercicio de este derecho” (Buitrón, 2009: 37). Artículo 67.- Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá</p>	<p>No hay desarrollo legal. A pesar del desarrollo jurisprudencial, ninguna ley en material pensional para parejas del mismo sexo ha sido aprobada en Congreso (para el 2010), a pesar de haberse presentado 5 proyectos desde el 2001. Tampoco ha habido ninguna ley aprobada sobre matrimonio igualitario o unión de hecho entre personas del mismo sexo</p>	<p>No hay desarrollo legal. “El Código Civil señala que “el matrimonio es la unión voluntariamente concertada por un varón y una mujer, legalmente aptos para ella (...), a fin de hacer vida común”. Y sobre la unión de hecho, el artículo 5 de la Constitución Política del Perú la establece como “la unión estable de un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, que forman un hogar de hecho (...)” “Entre otros motivos, el Código Civil contempla a la homosexualidad como una causal de invalidez del matrimonio, de separación de cuerpos y de divorcio, cuando el perjudicado ignore ese “defecto sustancial” al momento de contraer matrimonio” (Red Peruana TLGB, 2012:102-103).</p>

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>prematrimoniales indígenas y otras uniones de hecho, mediante el Artículo 160.- “Se tendrán en cuenta los usos y hábitos locales o regionales siempre que no sean contrarios a la organización esencial de la familia establecida por el presente Código o que no afecten de otra manera al orden público y a las buenas costumbres”. No hay legislación explícita que impida la adopción por individuos homosexuales, ni en el Código de familia ni en las Disposiciones Generales de la sección IV del Código del Niño, Niña y Adolescente (27 de octubre de 1999). Sin embargo “Hay una calificación de vida del solicitante y allí puede valorarse esta situación”, “que significa un examen psicológico, pudiendo resultar negativa la evaluación si se trata de un individuo TLGB”.</p>	<p>como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.</p>		

Los casos de Bolivia y Perú son sintomáticos para comprender la manera en que se niega a las personas TLGB el acceso al derecho de formar familias. En Bolivia, durante la última reforma constitucional, los colectivos TLGBI propusieron la incorporación de las uniones de hecho para personas del mismo sexo; sin embargo, el resultado fue la colocación *ex profeso* de “hombre y mujer” cuando se hablaba tanto de matrimonio como unión civil. Igualmente, en el Perú ha habido varios intentos para promover una legislación que contemple dichas figuras legales; sin embargo, ninguna de ellos ha tenido éxito. Incluso la última propuesta, en el 2010, que sólo contemplaba un contrato patrimonial con serias restricciones sobre el propio derecho a formar familia ha sido encarpetada (Jaime, 2010b: 132-135).

En esta rápida visión panorámica de la normativa entre los países andinos, un último aspecto importante está referido al reconocimiento del derecho a la identidad, problemática relacionada específicamente con la situación de las personas trans. En este ámbito, todos los logros han sido obtenidos a través de la jurisprudencia desarrollada por los tribunales a partir de los cuales se ha implementado un proceso más o menos efectivo. Un aspecto crucial es señalar que en ningún país es

posible cambiar el sexo sin que antes la persona no se haya sometido a una cirugía de reasignación de sexo, lo cual es un impedimento a gozar plenamente de este derecho. En el caso de Colombia, gracias a la Corte Constitucional, es posible un trámite mucho más expeditivo; sin embargo, muchas activistas trans afirman que, a pesar de ello, el trámite presenta obstáculos principalmente de carácter económico y procedimental. Por otro lado, en Bolivia, Ecuador y Perú existen sentencias de los tribunales que aceptan el cambio de nombre; sin embargo, las personas trans también se ven limitadas por las mismas circunstancias.

Cuadro N° 8

Reconocimiento del derecho a la identidad de las personas trans en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No existe una normativa específica para el cambio de nombre para personas trans; sólo se puede recurrir a una “rectificación” en la partida de nacimiento mediante sentencias.</p> <p>Caso: Alberto Mauro Fernández Rojas contra el Registro Civil Sala Murillo (2008), presenta demanda para obtener cambio de nombre y ratificación de datos en el certificado de nacimiento y tarjeta prontuaria, la cual es declarada probada en la Resolución N° 353/2008 (CDC, 2011).</p> <p>Caso: Gustavo Adolfo Torres Quiroz contra el Registro Civil Sala Murillo (2008), presenta demanda para obtener cambio de nombre y ratificación de datos en el certificado de nacimiento y tarjeta prontuaria, la cual es declarada probada en la Resolución N° 283/2008 (CDC, 2011).</p> <p>Caso: Wilfredo Navia Canaza contra el Registro Civil Sala Murillo (2010), presenta demanda para obtener cambio de nombre, de sexo y ratificación de datos en el certificado de nacimiento y tarjeta prontuaria, la cual es declarada probada en la Resolución N° 354/2010 (CDC, 2011).</p>	<p>No existe una normativa específica para el cambio de nombre para personas trans; sólo se puede recurrir a una “rectificación” en la partida de nacimiento mediante sentencias.</p> <p>Caso: Luis Enrique Salazar contra el Registro Civil del Ecuador (2007), que marca un antes y un después en temas de identidad civil en Ecuador al introducir: disposición de obligatorio respeto a la imagen trans en la cédula de ciudadanía y normas para la cedulación (nombre y sexo) de personas transgénero.</p> <p>Caso: Ronald Estévez a Dayris Estrella Estévez (2009) mediante el mecanismo de tutela constitucional ecuatoriano (la acción de protección está recogida en el art. 89 de la nueva Constitución).</p>	<p>No existe una normativa específica para el cambio de nombre para personas trans; sólo se puede recurrir a una “rectificación” en la partida de nacimiento mediante sentencias.</p> <p><i>Sentencia T-594 de 1993:</i> en respuesta a solicitud de cambio de nombre “es viable jurídicamente que un varón se identifique con un nombre usualmente femenino, o viceversa [...], con el propósito de que la persona fije [...] su identidad, de conformidad con su modo de ser, de su pensamiento y de su convicción ante la vida”.</p> <p><i>Sentencia T-391/12:</i> referida al expediente T- 3.182.570 en respuesta a la solicitud de cambio de nombre correspondiente a su nueva identidad sexual, del demandante se ratifica una decisión favorable.</p>	<p>No existe una normativa específica para el cambio de nombre para personas trans; sólo se puede recurrir a una “rectificación” en la partida de nacimiento mediante sentencias. Sin embargo, la rectificación por personas trans no resulta tan sencilla, dado la justificación que necesitan para tal cambio.</p> <p>La RENIEC no ha implementado ninguna política.</p> <p>Hay ocho demandas que fueron fundadas por cambio de nombre o de sexo (Red Peruana TLGB, 2012).</p>

Es importante resaltar que, en el caso de las personas trans, la negación de este derecho resulta en una grave vulneración. Las personas trans, con respecto al DNI, presentan tres situaciones problemáticas. La primera es la falta de cualquier tipo de documento de identidad; la segunda, el tener un DNI pero sin nombre ni sexo acorde a su identidad de género, y, finalmente, poseer un documento de identidad que tenga un nombre acorde con su género, pero sin que en este documento se modifique el sexo. En la vida cotidiana, esto genera serias barreras cuando las personas trans quieren acceder a diversos servicios públicos o privados.

NORMATIVIDAD, SALUD Y PERSONAS TLGBI: UN BALANCE DEL DISCURSO DE LA SALUD PÚBLICA

Las limitaciones del discurso jurídico para el reconocimiento de las personas TLGBI como sujetos/as de derecho, mostradas en los ordenamientos descritos anteriormente, nos introducen directamente en una reflexión sobre aquello que se ha dado por llamar ciudadanía y, sin duda, sobre las posibilidades del discurso de los derechos humanos y en especial el derecho a la salud. El desarrollo de una visión crítica frente a estos conceptos ha sido ya propuesto desde diversos movimientos sociales y posturas académicas. Desde el feminismo, el debate ha construido suficientes rutas para visibilizar que las construcciones normativas fueron elaboradas a partir de un modelo de sujeto universal impuesto desde una sociedad androcéntrica y patriarcal que excluye a las mujeres. Las mismas argumentaciones se han presentado desde diferentes líneas como por ejemplo el movimiento afrodescendiente y el movimiento indígena, los cuales visibilizan la opresión producida por el racismo y/o etnocentrismo. De esta manera, el derecho aparece como una construcción social y cultural bajo la cual subyace una lógica de redistribución que configura la discriminación y la vulnerabilidad.

En nuestras sociedades, a partir del conflicto entre las demandas y el derecho, han surgido diversas propuestas para plantear la posibilidad de una conciliación. Una perspectiva bastante explorada ha planteado que “[...] la(s) discriminación(es), también un concepto jurídico, opera como cuestionamiento a la calidad de sujeto, en tanto que la igualdad opera en principio como parámetro para el tratamiento de los sujetos diferentes reconocidos como tales, en este caso, en la relación entre hombres y mujeres” (Articulación Regional Feminista, 2005: 12). Esta ruta ha ido por el camino de representar al sujeto mujer desde la discriminación y exclusión, con el fin de incorporarla dentro de las relaciones establecidas. Sin duda, apela a un concepto de identidad y diferencia que puede jugarnos ciertos reveses, ya que

termina utilizando la discriminación como “mecanismo de ajuste de las tensiones que ofrecía la aplicación del principio de igualdad [...]” (Articulación Regional Feminista, 2005: 13).

Otra perspectiva sobre el mismo problema, hecha por diversas autoras provenientes del feminismo blanco-lesbiano (Monique Wittig, Adriene Rich), el feminismo afro-lesbiano (Angela Davis, Audre Lorde), el feminismo chicano-lesbiano (Gloria Anzaldúa), plantea la posibilidad de crear un proyecto político, siempre a partir de evidenciar la existencia de una “heterosexualidad obligatoria”, que reconozca la importancia de deconstruir la identidad conformada simultáneamente por múltiples dispositivos como el de la raza y la clase. De esta manera, la discriminación y la pobreza no aparecen como correlato de integración sino como la búsqueda de una transformación total (siempre limitada por las condiciones reales) de las estructuras sociales, al no intentar mantener compartimentos estancos, muchas veces, expresados en las políticas en torno a la identidad.

Este trabajo toma la segunda propuesta como referente para iniciar una lectura del material recogido. Hemos realizado una descripción de la normativa de los países andinos que nos muestra los límites de la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género tanto en el ámbito conceptual como procedimental del derecho, gracias a la cual podemos ver una incorporación parcial de las demandas reales. Desde las demandas de las personas TLGBI, la diferencia entre categorías como “promover”, “respetar” o “garantizar” termina siendo, muchas veces, un juego de palabras ante el hecho de que los Estados, a todas luces, en la práctica, hacen poco o nada por mejorar el goce de las mismas. A pesar de ello, los espacios generados en el mismo discurso jurídico –los cuales aparecen debido a la presión de los colectivos TLGBI y otros movimientos– se presentan como posibilidades a partir de los cuales las personas pueden interpelar al Estado.

Esta relación entre derecho y demandas, mediada tanto por la “inclusión/exclusión” como por la discriminación, nos interpela a reflexionar sobre las implicancias de la construcción de una subjetividad de derecho y de una ciudadanía para las personas TLGBI, colocadas en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, y, sobre todo, cuáles son los usos del discurso de derechos humanos que podemos hacer.

La subjetividad de derecho y la ciudadanía tal como se dibujan en el ordenamiento normativo, y en particular leídas desde las demandas TLGBI, resulta ser una imagen ausente, cuya cartografía trae consigo discriminación y exclusión. Sin duda, también lo son para muchos otros movimientos sociales y personas. La fuente de esto se puede encontrar en un cierto ascetismo político, situado en la formación histórica de la ciudadanía, que está basado en la erradicación de una pragmática

corporal, haciéndonos parte de un mundo solipsista, normativo y jerárquico. Por ello, sobre un modelo de sujeto se levanta un interdicto a la participación en el mundo de la democracia política, haciéndola limitada –representativa–, difícil –participativa– y desigual –deliberativa. Esta racionalidad excluye nuestra particularidad cuando ejercemos el quehacer político, colocándonos en la dicotomía de las imágenes de lo privado y lo público, lejos de toda práctica liberadora y transformadora.

Por otro lado, en los países andinos, la relación entre ciudadanía y derecho humanos tiene una historia concreta, la cual se origina a partir del siglo XIX y se desarrolla a lo largo del XX. Este proceso da cuenta del papel cumplido en la conformación del sentido de ciudadanía y, desde luego, de la subjetividad dentro de un proyecto político, el cual configura un modelo de vida.

A lo largo de los últimos siglos, el discurso sobre los derechos humanos ha sido modificado, interpretado y utilizado desde diversos lugares de enunciación. En muchos casos, ha justificado tanto invasiones armadas como reivindicaciones de demandas específicas. Su devenir en la historia del pensamiento ha pasado por argumentaciones desde el iusnaturalismo, el racionalismo, el derecho positivo, la ciudadanía, la dignidad y la libertad humanas, entre otros. Nada de esto ha evitado que sus demandas se diluyan muchas veces en simples buenas intenciones o en agresivas campañas que las vulneren. Un buen ejemplo de la transformación del discurso de los derechos humanos en un significante cero, como diría Laclau, ha sido la actitud de los Estados frente a las demandas TLGBI. Según hemos visto anteriormente, inclusión, exclusión, negociación, indiferencia, son palabras que definirían bien las condiciones en las cuales se va constituyendo la incorporación de la orientación sexual y la identidad de género.

Esta ambigüedad interpretativa permanente, expresada en las continuas limitaciones para comprender la humanidad de los derechos, nos exige analizar la lógica de los discursos hegemónicos, sus estrategias de reproducción y los espacios creados mediante las relaciones de poder. Dentro del debate de la filosofía política, esta incapacidad, nos impulsa a colocar la interrogación, fuente de una crítica primordial, como fundamento para pensar la estructura de la política.

La crítica a las limitaciones de ciertos discursos de los derechos humanos realizada desde los movimientos sociales permite realizar un análisis genealógico sobre los fundamentos de las estrategias simbólicas, insertas en la producción de una economía libidinal, que legitiman una interpretación restrictiva. Por ello, esta investigación busca responder cuál es la fuente de esta interpretación restrictiva, particularmente en el ámbito del derecho a la salud, y, a la vez, proponer

algunos elementos para un debate que intente formular puentes entre las nuevas demandas sociales y los derechos humanos.

Tras colocar a ciertas interpretaciones sobre derechos humanos en el ámbito de la lógica de los discursos hegemónicos dinamizada en los espacios constituidos por sus relaciones de poder, este trabajo analiza la producción de los sentidos de vida que fundamentan a dichas interpretaciones. En este nivel, la transformación de la vida en un *significante* permite introducir al análisis la categoría de *performatividad*. El uso de este término, tomado del trabajo de Judith Butler, hace referencia a una actuación repetidamente compulsiva que proviene de los centros de producción de hegemonía, y que genera un papel específico en cada ser humano, tanto en el plano social como en el psíquico, sometiéndolo a una economía libidinal. De tal manera que la propia vida, referente crucial para el discurso de los derechos humanos, se configura en una cartografía, un permanente objeto de la hegemonía.

Esta producción de la vida como objeto muestra aquello que Žižek señala para la conformación del otro en la lógica del multiculturalismo de las sociedades capitalistas, cuya tendencia es dotar a la estructura vital de un sentido de linealidad, transparencia e instrumentalidad. También, exige comprender cómo este sentido hegemónico de la vida se expande en la realidad política hacia todos los ámbitos. En este sentido, la pregunta sobre la condición humana es relevante para reflexionar sobre la conformación del campo de los derechos humanos. Por ello, en esta investigación, la lectura de la condición humana a partir del deseo, siguiendo los planteamientos de Lacan, siempre en debate con Deleuze y Guattari, nos ubica en un estrato de la materialidad que configura al humano como un ser barrado, justamente, por su estatus social, donde el lenguaje y el goce se conjugan. Esta mirada reitera la no preexistencia de un *sí mismo* desplegado a través de prácticas y argumentaciones metafísicas. Entender los derechos humanos como el reconocimiento del deseo nos introduce en la implementación de una crítica a la razón, la libertad y la dignidad humanas desarrolladas en las narrativas románticas donde la condición *sine qua non* de la promoción de los derechos humanos está ligada al cumplimiento de un modelo hegemónico de sujeto instituido mediante la repetición y el olvido.

En esta misma línea, estudiar la historia de las relaciones entre las demandas TLGBI y los derechos humanos hace necesario introducir todos los elementos de análisis dentro del quehacer de las ciencias políticas. El lenguaje psicoanalítico y filosófico referido al vínculo entre subjetividad y derechos humanos se enmarca en el estudio de la lógica de los modelos hegemónicos ubicada dentro de la producción

de una geopolítica. Este término da cuenta de cómo las relaciones de poder constituyen espacios donde se encuentran diversos actores y estrategias con el fin de instalar una racionalidad que busca legitimación dentro de una comunidad política.

Al relacionar discriminación y exclusión, presentes en los discursos de ciudadanía y derechos humanos sobre las personas TLGBI, la geopolítica nos ubica directamente en el ámbito de relaciones de redistribución, las cuales dinamizan la pobreza. Mantener un puente conceptual entre estas categorías es vital para interpretar la realidad estudiada, ya que permite analizar estructuralmente eventos y prácticas que podría considerarse están desconectadas entre sí. “[...] el tema de la exclusión, está fundamentalmente asociado al tema de la pobreza y está vinculado a otras fuentes de exclusión como la pertenencia étnica, el género, la edad, la discapacidad, la ubicación geográfica, entre otras. Las personas en situación de pobreza disfrutan mucho menos de sus derechos fundamentales; la pobreza propicia la negación y privación sistemática del ejercicio pleno de los derechos, y hace más difícil el logro y disfrute del bienestar; el acceso a oportunidades y posibilidad de elegir entre varias opciones” (Angarita, 2007, 323). En ese sentido, entendemos que: “la pobreza no es un hecho fortuito o inevitable sino más bien una opción política” (Gordon, 2007: 105).

En decir, los asesinatos, la violencia, la discriminación laboral, las limitaciones del reconocimiento a formar familia o al derecho a la identidad son parte de un régimen de la pobreza, el cual no es fortuito o inevitable, que condiciona el acceso a otros bienes. Para las personas TLGBI, uno de los escenarios donde la discriminación y la pobreza se concretiza es en el ámbito de la salud. No olvidemos que son los espacios cotidianos en donde el conjunto de discursos (jurídicos, médicos, pastorales, entre otros) llevan a cabo la subalternización de las personas y sus demandas. Los malos tratos por parte del personal de salud, el difícil acceso a los tratamientos y medicamentos como el TARGA o muchos otros, la invisibilización de la orientación sexual y la identidad de género en la atención y provisión de servicios, por ejemplo la atención ginecológica para mujeres lesbianas, los tratamientos hormonales para personas trans, son parte de una cadena que limita y pauperiza la existencia de quienes acuden al sistema de salud. En la cotidianidad, la importancia de la salud es fundamental para poder mantener las capacidades y gozar de las posibilidades de construir un proyecto de vida. “Es por las razones antes mencionadas que la salud es [...] un derecho fundamental al estar asociada a la vida misma y la integridad de la persona, condición sin la cual no es posible hablar de derechos. La salud, por ello, tiene la característica de ser un activo inalienable de la persona. Constituye, además, una forma de capital

humano muy especial al estar sujeta a grandes incertidumbres, riesgos imprevisibles, y eventualmente catastróficos [...] (OPS, 2005: 68).

Por tanto, la importancia de hablar de la salud y en especial del derecho a la salud como realidad política en relación con las personas TLGBI, resulta de la aceptación de la propia materialidad de la vida (muchas veces, limitada, violentada). En el discurso de los derechos humanos, la primera mención a esta realidad se realiza en la Declaración Universal (1948), donde se afirma en el artículo 25 que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Si leemos este enunciado, claramente, constituye un registro donde la salud está relacionada con lo necesario y lo adecuado (entendido desde la concepción de un sujeto universal y abstracto que representa un momento histórico). Posteriormente, en 1966, el sistema internacional, con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), expresó la obligación de los Estados de reconocer el derecho a la salud, para lo cual afirma en su artículo 12: “Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Aquí, nos encontramos con una ampliación, al menos ideal, del propio derecho ubicado ya en el *más alto nivel*, sin embargo la adjetivación de *posible* configura una suerte de limitación, principalmente, si entendemos que cada Estado puede discrecionalmente no cumplirla debido a argumentos de tipo técnico o económico.

En este contexto, el concepto de salud sostenido en la propia Constitución (1946) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), resulta interesante de analizar. Dicho documento afirma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la *ausencia* de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (resaltado nuestro). En términos generales, este concepto contiene algunos elementos que nos permiten pensar en primer lugar una formulación que no permanece en el ámbito de la necesidad y la ausencia, es decir, construye, argumentativamente, la exigencia de posicionar el goce de la demanda más allá de la intervención sanitaria y la “curación”. El *completo bienestar* es un concepto que apela a tener en cuenta aspectos que complejizan el abordaje de la problemática. Sin embargo, en segundo lugar, la dificultad proviene del progresivo cumplimiento del derecho a la salud, cifrado en los términos *que se pueda lograr*. Esta dualidad es sintomática cuando miramos la real implementación de la atención

en salud. Por un lado, se reduce la complejidad del propio bienestar desde criterios, estrictamente, sanitarios y epidemiológicos, y, por otro, la progresividad termina siendo incumplimiento o ausencia de mecanismos reales que no permiten la mejora del sistema público.

Nos enfrentamos, entonces, al hecho de una dificultad conceptual dentro del campo de los derechos humanos, en la cual se ha establecido una diferencia entre *salud y atención en salud*, la cual determina las mismas prácticas y usos de la llamada *salud pública*. “Las consideraciones anteriores permiten distinguir con claridad la salud como proceso salud-enfermedad, de la atención de salud como parte de la respuesta social organizada ante el mismo. Para resolver los problemas planteados por la atención de salud, incluyendo su concepción integral, surge como respuesta social un conjunto de estrategias de intervención que se conocen como políticas de salud, las que pueden ser de alcances nacional, regional o local. Sin embargo, el carácter multicausal y complejo de la salud hace que las políticas de salud sean insuficientes dado que sólo afectan uno de los determinantes de la salud que, además, no es siempre el más importante” (OPS, 2005: 68-69). Es decir, “en otras palabras, nos enfrentamos a los problemas de las formas de respuesta social ante el proceso salud-enfermedad, además no como caridad, beneficencia o dádiva, sino como derecho social de la ciudadanía” (OPS, 2005: 68).

Esta respuesta articulada frente a un proceso salud-enfermedad, llamada políticas en salud, está basada en los discursos de la salud pública. En primer lugar, desde una perspectiva TLGBI, hay que advertir que los prejuicios heteronormativos instaurados en la salud pública desdibujan un acercamiento verosímil sobre el proceso salud-enfermedad de dichas personas. Este prejuicio se acrecienta si tomamos en cuenta que “el escaso desarrollo de las investigaciones en salud pública con enfoque de derechos humanos no sólo ha dificultado una visión comprensiva del proceso salud-enfermedad, sino que también ha limitado el establecimiento de vínculos entre los problemas de salud, el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las responsabilidades del Estado. Desde esta perspectiva el análisis que se pretende realizar trata de establecer estos tres puntos de encuentro [...]. La incorporación del cumplimiento de las responsabilidades del Estado en el análisis de estos problemas resulta clave, pues se constituirá en uno de los principales factores [...]” (Ríos, 2004: 35-36) para el mantenimiento de la vulneración de derechos, que contribuye a la mortalidad, la discriminación y la insatisfacción.

En la práctica, la atención de salud tiende a reproducir prejuicios ya que “[...] parte de la información sobre salud pública tiende a culpar a la víctima por su mala salud. La información sobre la salud

tiende a concentrarse en temas como el no fumar, el no tomar demasiado alcohol, hacer más ejercicio, tener una mejor dieta. Así las desigualdades en salud se enfocan en el comportamiento saludable” (Gordon, 2007: 112). Desde una perspectiva TLGBI, podríamos añadir que la información sobre salud pública tiende a concentrarse en las prácticas sexuales y las “conductas de riesgos”, tratando de desplazar la responsabilidad de las estructuras de discriminación y de vulnerabilidad hacia las conductas personales. Por ello, “[...] un enfoque basado en los derechos humanos aleja el énfasis de los debates sobre la pobreza de los errores personales y se enfoca en el error de las estructuras macroeconómicas y las políticas creadas por las naciones y los organismos internacionales –organización Mundial de Comercio, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, etcétera–. De ahí que la pobreza, en este contexto, ya no es descrita como un problema social sino como una violación de derechos” (Gordon, 2007: 112). Además, “al enfocar el derecho de los seres humanos a la salud, se debe abordar la distribución de los recursos y eso siempre es político” (Gordon, 2007: 113). Resta complementar que además de las estructuras macroeconómicas, promovidas por los organismos mencionados, también se encuentra la matriz heteronormativa, promovida por agentes conservadores de diverso origen y procedencia.

Si “la salud es un fenómeno complejo y difícil de mensurar debido a que está enmarcado en un contexto socioeconómico y cultural que cambia en el tiempo y que está pautado por la posición que cada persona o familia tiene en la estructura social” (Iglesias, 2007: 125), una investigación como ésta debe observar las relaciones que dinamizan la discriminación basada en la homofobia, lesbofobia y transfobia, las cuales ubican a las personas TLGBI en un lugar específico construyendo limitaciones para acceder al goce de su derecho a la salud. Este escenario nos exige plantear la importancia de releer el régimen de la pobreza a partir de las exclusiones surgidas por la heteronormatividad, lo cual requiere entremezclar tanto factores económicos como libidinales.

Partimos de estas ideas para preguntarnos cómo las subjetividades TLGBI pueden dialogar con los modelos construidos por la propia concepción del derecho a la salud, dentro del marco de los derechos humanos. Es decir, cuáles son las limitaciones de la aplicación del propio derecho a la salud. Como hemos visto, la relación entre el derecho, la discriminación, la pobreza y las demandas es muy compleja, principalmente si tenemos en cuenta las continuas reterritorializaciones de la hegemonía. De manera específica, frente al desarrollo del derecho a la salud, realizada en el sistema internacional de los derechos humanos, observamos algunos elementos valiosos que ayudan

a operacionalizar el mismo goce de la demanda, ya que, al menos idealmente, estos principios parecen corresponder a su complejidad.

Tal como lo señalan diversos autores/as, la interpretación del derecho a la salud, ha sido uno de los trabajos de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas (Foro Salud, 2005: 85-98; Yamin, 2002: 9-51; Villanueva, 2009). Particularmente, su relator especial Paul Hunt ha contribuido a incorporar elementos muy importantes. En 2003, Hunt plantea que el derecho a la salud debe incluir tres consideraciones. La primera es que es incluyente, pues abarca no solamente la atención oportuna y adecuada a la salud sino también los determinantes subyacentes a ella, entre los cuales señalaba el acceso a la educación e información. La segunda consideración plantea que el derecho a la salud se debe entender como la posibilidad de disfrutar de los establecimientos, bienes y servicios necesarios para lograr el más alto nivel posible de salud. La tercera, que los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los determinantes subyacentes, deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad (Corcuera *et al.*, 2006: 22).

En otro informe del mismo año, Hunt afirma que cuando se habla de libertades y derechos, en el ámbito del derecho a la salud, hay que considerar el derecho a controlar la propia salud, y el derecho relativo a un sistema de protección en torno a ella que brinde a las personas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. De esto, queda claro que dos elementos esenciales del contenido del derecho a la salud son la no discriminación y la igualdad de trato, las cuales permitirían o no el acceso de las personas a lo antes referido. También, se plantea que existen exigencias por parte de los Estados que trascienden la realización progresiva y obliga a observar de qué manera cada Estado las enfrenta mediante programas o políticas concretas (Corcuera, 2006: 22-23).

Por otro lado, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), encargado del monitoreo del PIDESC, establece en su observación 14 que los cuatro componentes básicos del contenido del derecho a la salud son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y señala también que los niveles esenciales del derecho a la salud corresponden a la atención primaria básica de la salud.

La disponibilidad está referida a la obligación del Estado a poner a disposición de los/as usuarios/as un número suficiente de establecimientos, bienes servicios y programas de salud, así como de profesionales de la salud y de medicamentos esenciales. En función de la disponibilidad de la salud, también se plantea lo que podría denominarse un derecho individual a la atención sanitaria. Este derecho, de manera general, tendería a garantizar que las personas reciban atención sa-

nitaria para preservar su vida, su integridad y su dignidad, y también implicaría la garantía del derecho al diagnóstico, a todo tratamiento para lo propio y a la atención de urgencia, siempre que sea requerida. Todo ello, genera la condición de contar con mecanismos para exigir el derecho a la salud (Corcuera, 2006: 24).

La accesibilidad de la salud se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación alguna. La accesibilidad, según el Comité, posee cuatro dimensiones: el primero es el mandato de no discriminación; el segundo, la accesibilidad física; el tercero, la accesibilidad económica o asequibilidad y el cuarto el acceso a la información, que incluye el derecho de recibir, solicitar y difundir información sobre cuestiones relativas a la salud, sin menoscabar la confidencialidad de los datos personales. De esta manera, la prohibición constituye uno de los pilares de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). En su manifestación negativa, el principio de no discriminación en el acceso a la salud consiste en la prohibición de discriminar a los/as usuarios/as en razón de la raza, el idioma, la religión, el sexo, la identidad de género y la orientación sexual. La manifestación positiva de este principio se refiere a las obligaciones de cada Estado relativas a que los establecimientos, bienes y servicios de salud integren una mirada diferencial, y a poner en marcha acciones afirmativas que permitan la igualdad de oportunidades de los grupos vulnerables en el acceso a establecimientos, bienes y servicios. Por otro lado, el derecho a la información en salud consiste en la apertura de canales de información y la puesta en marcha de programas de educación en dichas materias para favorecer el acceso, y además, se refiere también a la garantía del principio del consentimiento informado en la relación personal de salud-usuario/a (Corcuera, 2006: 24-25).

La aceptabilidad de la salud consiste en el respeto por parte de los establecimientos, bienes y servicios de salud de la ética médica y culturalmente apropiados, además, según el párrafo 12c de la observación general 14 del CDESC, sensibles a los requisitos del género y los ciclos de vida. Dentro de este principio se plantean dos aspectos fundamentales, el primero es el respeto de la autonomía del usuario/a y del consentimiento informado en la relación personal de salud-usuario/a y el segundo es el respeto de la diversidad cultural en la prestación de los servicios de salud. Estos principios reconocen el derecho de cada persona, con base en la autonomía, de decidir sobre los aspectos relativos a su salud y su tratamiento (Corcuera, 2006: 25-26).

Por último, la calidad de la salud estipula que además de la aceptabilidad cultural, los establecimientos, bienes y servicios

sean apropiados desde el punto de vista científico y médico. Según el Comité, la calidad demanda personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas (Corcuera, 2006: 26).

Desde la perspectiva TLGBI, el balance entre un postura crítica hacia las prácticas discursivas de los derechos humanos en los países estudiados, y el análisis basado en el contenido de los principios del derecho a la salud, nos permiten interrogarnos sobre la real construcción de la subjetividad de derechos, sus límites y posibilidades, expresados en el ordenamiento, y además sobre los mecanismos de exigibilidad con los cuales cuentan las personas TLGBI. Este análisis debe ser consciente en relación con nuestro tema que “[...] son evidentes las restricciones que la pobreza, el desempleo y las desigualdades sociales imponen al acceso a la atención de salud, al mismo tiempo que el estado abandona su rol social en esta y otras áreas. En ese sentido, hay que considerar los procesos de reforma sanitaria que responden a criterios economicistas y no a la búsqueda de la equidad, de tal forma que no han hecho sino ahondar las desigualdades en el campo de la salud, entre otros” (Iglesias, 2007, 128). En este contexto, se hace imprescindible una lectura desde las demandas TLGBI hacia la salud pública, y el derecho a la salud, advirtiendo, desde ya, que no puede limitarse a algo parecido a una ciudadanía sexual.

NORMAS SOBRE SALUD Y PERSONAS TLGBI

En la región andina, la salud ha sido un ámbito hacia donde los discursos sociales y políticos han dirigido su atención, principalmente cuando han planteado sus propuestas acerca de la población TLGBI. Si tomamos en cuenta la genealogía del discurso médico desarrollada en este mismo capítulo durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX, no es de extrañar que las instituciones sociales y políticas hayan mantenido un régimen de control y disciplinario sobre los deseos y las prácticas homoeróticos. En las últimas tres décadas, las políticas públicas en salud de la región habían visto al sujeto TLGBI a través de los usos y las prácticas de la medicina sobre el VIH/sida, con lo cual la práctica homoerótica y transgenerista es resemantizada ahora en el ámbito de la enfermedad y la anomalía, aplicando antiguos significantes como la promiscuidad y el deseo descontrolado.

Recordemos que, si bien, los primeros casos de VIH/sida en la región, ocurridos entre 1983 y 1984, aparecieron en personas homosexuales, salvo Colombia, en donde el primer caso fue el de una mujer heterosexual, estos fueron invisibilizados por el sistema de

salud. Durante la primera década (1984-1995), los sistemas de salud advierten desde una perspectiva epidemiológica la presencia de hombres gays y mujeres trans, sin embargo su respuesta, debido a la invisibilización, no implicó la construcción de estrategias sanitarias dirigidas a esas poblaciones, ni en la mejora en el tratamiento ni en la calidad de los servicios. Al contrario, los hombres gays y las mujeres trans fueron vistos como “objetos” de control, por las intervenciones de la salubridad pública. Al finalizar este periodo, se inicia progresivamente otra manera de ver a esta población, más proactiva desde el campo del derecho y la política. Pues, tal como hemos visto, las primeras acciones importantes se iniciaron después de 1998, salvo algunas sentencias al respecto, de la Corte Constitucional colombiana.

Por tanto, en la normativa en salud en torno a las personas TLGBI hay que afirmar que coexisten dos líneas de intervención. La primera fue elaborada entre 1983 hasta aproximadamente 1998 y estuvo referida estrictamente a VIH/sida, a pesar que las personas gays y trans no eran mencionadas, ni integradas en la misma normativa, sino más bien, aparecían como “grupos de riesgo”. Una segunda línea, aunque mantiene su mirada hacia los gays y las trans desde el VIH/sida, ha formulado una respuesta más acorde con los principios del derecho a la salud –a pesar de seguir en la mayoría de casos no hablando de ambos colectivos, pero invisibilizando a las mujeres lesbianas, las personas bisexuales, y sin duda a las personas intersexuales.

De este contexto, cabe señalar que las referencias a la orientación sexual y la identidad de género en las leyes más importantes del ordenamiento normativo referido a salud son casi inexistentes, salvo algunas excepciones. Consideramos dentro de este grupo de normas a las constituciones, la leyes generales de salud, la leyes sobre seguridad social y, finalmente, las referidas a la salud sexual y reproductiva. Sin duda, la intención es observar cómo aparecen las personas TLGBI dentro de dicho discurso y cuáles son sus posibles consecuencias legales y políticas.

Los textos constitucionales de ninguno de los países hacen mención a nuestras categorías cuando hablan de salud, sin embargo, cabe recordar que los de Bolivia y Ecuador las mencionan cuando protegen contra la discriminación. De esta manera, podemos observar en el Cuadro 9 los mencionados artículos:

Cuadro N° 9

Inclusión de la orientación sexual y la identidad de género en las constituciones dentro del ámbito del derecho a la salud en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
No se menciona orientación sexual ni identidad de género. Artículos 18; 35, 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44 y 45.	No se menciona orientación sexual ni identidad de género. <i>Artículo 358.</i> - El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo "... de las capacidades y potencialidades para una vida saludable... y reconocerá la diversidad social y cultural".	No se menciona orientación sexual ni identidad de género. <i>Artículo 48.</i> - La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. <i>Artículo 49.</i> - La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.	No se menciona orientación sexual ni identidad de género. <i>Artículo 7.</i> - Derecho a la salud. Protección del discapacitado. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar, la de la comunidad, así como contribuir a su promoción y defensa [...]. <i>Artículo 9.</i> - Política Nacional de Salud. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. <i>Artículo 11.</i> - Libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa, asimismo, su eficaz funcionamiento.

Por un lado, en el ámbito de salud, sin duda, la más importante normativa está referida a las leyes generales de salud. Al ver el Cuadro 10, debemos decir que existe sólo una mención sobre orientación sexual en Ecuador, referida al campo de las comunicaciones en relación con la salud. Sin embargo, como señala el informe de la Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas: "si bien estos procesos de ampliación de los derechos de las mujeres tienen como efecto menos rigidez y censura hacia la sexualidad en general, la normativa secundaria ha continuado desconociendo la diversidad sexual de las mujeres y, en general, de los grupos LGBTI, no sólo por lo que expresa sino por todo aquello que no dice, lo cual se traduce en la negación, a este sector, de su condición de ciudadanía y sujetos jurídicos" (OEML, 2008: 52).

En Bolivia, a pesar de que no hay dicha inclusión, hemos encontrado una resolución ministerial que protege contra la discriminación a las personas TLGBI.

Cuadro N° 10

Inclusión de la orientación sexual y la identidad de género en las leyes generales de salud en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No se hace mención a la orientación sexual, ni a la identidad de género.</p> <p><i>Ley general de salud</i> aprobada el 7 de febrero de 1984, reformada el 25 de enero de 2013. Aparece el VIH como materia de salubridad general, sin embargo se hace énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.</p> <p>Se hace mención a la orientación sexual en la <i>Resolución ministerial 0668/06</i> donde se garantiza el acceso y la atención universal de los servicios de salud a todas las personas que habitan en el territorio sin diferencia, incluida la orientación y la identidad de género.</p>	<p>Se hace mención de la orientación sexual pero no a la identidad de género.</p> <p><i>Ley orgánica de salud. Ley 67</i> (22 de diciembre 2006) Libro 1. Título 1. Capítulo 1. Disposiciones generales. Artículo 27.- Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.</p>	<p>No se hace mención ni a la orientación sexual, ni a la identidad de género.</p> <p><i>Ley 100 de 1993</i> reformada con la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.</p>	<p>No se hace mención ni a la orientación sexual, ni a la identidad de género.</p> <p><i>Ley general de Salud 26842</i> del 20 de Julio de 1997.</p>

Por otro lado, debemos evidenciar que esta misma invisibilización ocurre en las leyes referidas a la seguridad social, entre las cuales ninguna hace la referida mención. Sin embargo, como veremos más adelante, si existen referencias al VIH/sida. Valga la aclaración que esta normativa no solo implica la atención en salud, sino también los regímenes jubilatorios y pensionarios, donde se ven afectados los derechos de las parejas. En ese sentido, Colombia mediante sentencias de la Corte constitucional ha permitido acceder este derecho, no sin dificultades en su implementación (Colombia Diversa, 2010: 24).

Cuadro N° 11
Inclusión de la orientación sexual e identidad e género en las normas sobre seguridad social y salud en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>Código de seguridad social (14 de diciembre de 1956).</i></p> <p>Las otras leyes están referidas a seguro materno infantil y a personas de la tercera edad.</p>	<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p>El Seguro de Salud Individual y Familiar que administra el IESS, forma parte de un sistema nacional de protección social en salud donde intervienen otras instituciones tales como el Ministerio de Salud Pública, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía, los programas de salud local a cargo de los municipios, así como otros programas afines tales como los de alimentación y nutrición que administra el Ministerio de Bienestar Social. La administración del Seguro de Salud Individual y Familiar (DGSS) está a cargo de una dirección especializada, dotada de autonomía operativa, denominada Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar.</p>	<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p>El Aseguramiento se hace mediante el POS (<i>Plan Obligatorio de Salud</i>), al que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho. (Actualizado y vigente desde enero de 2012).</p> <p>El tratamiento de pacientes con VIH es “copago” por ser considerado una situación de Alto Costo.</p> <p><i>Acuerdo Número 029 de 2011.</i> No mencionan LGBT.</p> <p><i>Ley 516 de 1999</i> (modificatoria de ley): Reconoce la seguridad social como “derecho inalienable del ser humano” y la responsabilidad del estado como indeclinable –no hay ningún énfasis en que es un derecho que no está sujeto a discriminación de ningún tipo, tampoco del género cuando se habla del “cónyuge”. En relación <i>Ley 717 de 2001</i>, para pensión de sobrevivientes.</p> <p>Con respecto a la afiliación al sistema de salud de parejas del mismo sexo, la Corte Constitucional ha dictado sentencias que reconocen el derecho de afiliación del compañero o compañera permanente al régimen de salud: <i>Sentencia C-811 de 2007</i>, <i>Sentencia T-618 de 2000</i>, <i>Sentencia C-075 de 2007</i>.</p>	<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>La Ley N° 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” - LMAUS</i> promulgada el 08 de abril del 2009. El sistema de seguridad social en el Perú responde a un modelo mixto porque cuenta, en materia de salud, con regímenes contributivos y un régimen estatal. “Existen cuatro tipos de afiliación a seguros de salud: la Seguridad Social en Salud (EsSalud) que al 2008 tiene afiliado aproximadamente al 20% de la población, el Seguro Integral de Salud (SIS) [creado en el 2002] con un 33% de la población, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y los seguros privados que en conjunto alcanzarían un 4% de la población, y un 43% de la población sin seguros de salud al 2008” (San Ferrari, 2010: 8).</p>

Con respecto a este conjunto de normas analizadas, finalmente, hay que mencionar las leyes referidas a la salud y derechos sexuales y reproductivos. En Colombia, por ejemplo no se señala ni orientación sexual ni identidad de género en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, donde si bien se trata sobre VIH y otras ITS, no incluyen a la población TLGB, ya que está, sobre todo, dirigido a mujeres gestantes y adolescentes –a pesar que Colombia al igual que el resto de los países tiene una epidemia concentrada. Este énfasis también está presente en la Ley 100 (1993). En Perú, existe la Estrategia Sanitaria Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (creada en 2004), alojada en el Ministerio de Salud; sin embargo, no existe una norma al respecto, pues todos los proyectos de ley presentados se han encarpado.

En Ecuador existe la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2007), donde tampoco se menciona dichas categorías. En contraste, la legislación boliviana en la Ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos, artículo 3, “prohíbe toda forma de discriminación, exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, edad, género, orientación sexual, estado civil, origen étnico, clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga”.

Un balance de la normativa leída, nos permite afirmar que en el ámbito estudiado, las personas TLGBI no están presentes, atestiguamos una precaria construcción de la subjetividad de derecho en salud. Normativamente, salvo Bolivia, ningún país deja clara la protección en el ámbito de la salud de las personas trans, lesbianas, gay, bisexuales e intersexuales. En el caso de Colombia, hay que resaltar la importancia que cobra la *acción de tutela*, mecanismo creado por la Constitución de 1991, para salvaguardar los derechos fundamentales de todas las personas. Al estar interpuesta en la jurisprudencia constitucional toma conocimiento de las acciones públicas de inconstitucionalidad (donde podemos insertar las leyes promulgadas por el Congreso y los decretos dictados por el Gobierno) y de las acciones de tutela en instancia de revisión, teniendo como máximo intérprete a la Corte constitucional.

La acción de tutela puede ser presentada por cualquier persona, de modo oral o escrito, ante cualquier juez/a con jurisdicción en el territorio donde ocurrieron los hechos. Es un mecanismo subsidiario, en tanto no existan otros mecanismos eficaces para la protección de los derechos o, existiéndolos, se requiera como mecanismo transitorio para evitar un daño irreparable. Dicho mecanismo procede contra acciones u omisiones de entidades públicas o que administren servicios públicos, y en contra de particulares cuando la persona se encuentre en un estado de indefensión. Las decisiones de los jueces/zas de tute-

la cuentan con dos instancias; sin embargo, la Corte constitucional puede revisar de manera aleatoria las tutelas falladas en primera o segunda instancia, para confirmarlas o revocarlas. Un aspecto importante de señalar es que las decisiones de las acciones de tutela son de carácter obligatorio solo para las partes.

El decreto 2591 de 1991, el cual reglamenta el procedimiento de dicho mecanismo, define un plazo de diez días hábiles, en primera instancia, para darles trámite; de veinte días en segunda instancia y de tres meses más en los casos en que el fallo sea escogido por la Corte para su revisión. En la práctica, según los testimonios recabados, en su mayoría de veces, este plazo señalado se cumple debido a las consecuencias que representaría para los/as funcionarios/as que no lo hicieran (Tello, 2007: 71).

Este mecanismo ha sido la principal aliada de las personas para poder acceder al ejercicio de sus derechos, principalmente en el ámbito de la salud, teniendo de cuenta la problemática de la gestión dentro del sistema de salud colombiano. Las personas TLGBI han utilizado este mecanismo, ampliamente, para garantizar no sólo derechos en salud, sino también otros. Sin embargo, recordemos aquello anotado anteriormente sobre las limitaciones provenientes del hecho que la obligatoriedad solo se limita a las partes involucradas.

En torno a la región andina, nos encontramos frente a un panorama donde existen modelos normativos inclusivos, lo cual no significa una adecuada implementación, modelos no inclusivos pero con mecanismos jurídicos de protección y modelos excluyentes. Frente a esta situación, siempre difícil de tipificar, lo más importante es rescatar las limitaciones normativas o procedimentales con respecto a las posibilidades de las personas TLGBI para acceder al ejercicio de su derecho a la salud. Estas limitaciones se encuentran en el contexto de discriminación y vulnerabilidad que operan en la misma gestión pública de los servicios, empeorada cuando las personas no cuentan con elementos para enfrentarlos.

NORMAS EN VIH/SIDA

Nunca se podrá decir con suficiente insistencia la manera en que el modelo de intervención del VIH/sida configura cómo el sistema de salud público ha limitado la capacidad de las personas TLGBI de articular sus demandas frente al Estado, no sólo si tomamos en cuenta su capacidad de interlocución con el Estado frente a la gestión pública de salud, sino principalmente en relación en la transformación de los mecanismos que permiten acceder a dicho bien. Sin duda el problema no consiste en formular o implementar políticas sobre VIH/sida, sino en plantearlas como un único modelo de intervención. Si tenemos en

cuenta que los países andinos tienen una epidemia concentrada en hombres gays y mujeres trans, debemos decir que cualquier esfuerzo en torno a mejorar los servicios de VIH/sida siempre es beneficioso, ya que construye mecanismos para reducir la desigualdad en lo concerniente al acceso de los servicios en salud; sin embargo, el problema con respecto a la normativa en VIH/sida está relacionado, primero, con el hecho de una grave tendencia a invisibilizar a la orientación sexual y la identidad de género de las personas (hombres gays y mujeres trans) que lo requieran y, por otro lado, con una seria reducción en la implementación del servicio público, con lo cual otras demandas en salud, diferentes al VIH/sida, no son tomadas en cuenta, y en particular, si hablamos de los requerimientos en salud de las mujeres lesbianas, hombres trans e intersexuales, tampoco. De esta manera, se configura un sistema en el que se incrementa la inequidad y la desigualdad en el acceso a los servicios.

La evolución histórica de la normativa en VIH/sida en la región andina, al igual que en otras partes del mundo, evidencia el modo en que la salud pública ha mirado a la comunidad de gays y de mujeres trans. De esta manera, podemos decir que la región se encuentra dentro de una perspectiva epidemiológica que rastrea prácticas y conductas consideradas peligrosas y sobre las cuales hay que ejercer control y promover su eliminación, sin importar el tratamiento, el bienestar del paciente ni el acceso a los servicios por parte de las personas implicadas.

Bajo esta lógica, los primeros acercamientos a la problemática del VIH/sida estuvieron dirigidos usualmente a estudiar y evaluar los casos presentes en los países de la región, dejando de lado ámbitos como la prevención y el tratamiento. El caso peruano es sintomático desde las acciones que tomaron tanto la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro como el Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida, las cuales estuvieron referidas a regular la atención de los pacientes, garantizar las medidas de bioseguridad y la realización de pruebas diagnósticas en “poblaciones de riesgo”. Esto ocurría en un contexto donde la epidemia no era considerada una prioridad política ni de salud pública, debido a que según los especialistas el Perú no presentaba una tasa de incidencia importante, en relación con otros países.

Un segundo momento fue la creación del Programa Especial de Control del Sida (PECOS) en 1988, el cual “debía programar y difundir a nivel nacional las medidas de prevención y control de VIH, tratar a los pacientes y promover la intervención multisectorial para combatir la enfermedad” (Cueto, 2001: 74). Según Cueto, una de las principales debilidades de este programa estuvo referida a su des-

articulación del Ministerio de Salud, a pesar de que pertenecía a él, debido, por un lado, a que contaba con un financiamiento fuera del presupuesto regular de este Ministerio y, porque, el mismo programa tenía que diseñar nuevas normas y actividades para una epidemia que concitaba tabúes con respecto a la homosexualidad, el transgénero y el trabajo sexual. En este contexto, aparece la Ley 25275, promulgada el 24 de julio de 1990. Esta ley, al declarar de interés nacional la prevención y lucha contra el VIH/sida y que sea una prioridad dentro de la política pública de salud, obligaba a notificar los “casos de SIDA diagnosticados por los profesionales médicos que laboraban en el sector público y no público”. Uno de los aspectos negativos más cruciales de esta ley fue la obligatoriedad de realizar el examen de diagnóstico para “las personas que soliciten residencia en el Perú con cargo a hacer pruebas periódicas durante su permanencia [además, quienes quieran] contraer matrimonio [...] todos los que concurren a atenderse en algún centro asistencial del sector público [...] toda mujer gestante [y] las poblaciones epidemiológicamente consideradas en condición de riesgo” con poca consideración a la confidencialidad de las pruebas y el consentimiento informado. Esta ley recibió severas críticas por parte de diversos profesionales y organizaciones involucrados en el tema del VIH/sida, por ser discriminatoria y atentar contra los derechos humanos (Cueto, 2001: 83-94). Una de las consecuencias de esta ley fue que las personas prefirieron no ir a los centros de salud (Cueto, 2001: 100).

De igual manera, podemos ver cómo en Colombia la Resolución 5261 de 1994, en su artículo 117, menciona que el manejo de pacientes con VIH debe ser considerado en el nivel de “patología de tipo catastrófico”, ya que representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo índice de costo-efectividad en su tratamiento. Un año después, en Bolivia se emite la Resolución Secretarial N° 0660 que según un documento de trabajo de LACCASO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONG con servicio en VIH y sida) normaba “la organización de la prevención y vigilancia del VIH y Sida y considera temas referidos al diagnóstico, la atención integral de las PVS, la toma y el procedimiento de las muestras, el seguimiento a los contactos, la investigación de los derechos y deberes de las personas y la participación comunitaria, además de las sanciones” (LACCASO, 2003).

En Perú, una tercera etapa estuvo relacionada con la creación del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS) y la promulgación de la Ley 26626, conocida como Ley CONTRASIDA, por la cual “se encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el

Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Sida y las Enfermedades de Transmisión Sexual”, y que significó un gran avance en relación con la legislación anterior. Esta norma establece el derecho de todas las personas que viven con VIH/sida, a la atención médica integral y la prestación provisional. Previamente, se había emitido la Doctrina, normas y procedimientos para el control de la ETS y el sida en el Perú a través de la Resolución Ministerial 235-96-SA/DM (11 de abril de 1996), donde se consignaba la atención integral, el diagnóstico y consejería previa y posterior al VIH, así como la atención de personas que viven con VIH/sida (PVVS), además el acceso gratuito al tratamiento profiláctico con cotrimoxazol, y la evaluación de las personas para decidir el inicio de la profilaxis primaria. Dicha situación fue regulada en el año 1998 por la Directiva sobre Profilaxis con Cotrimoxazol e Indicación de Recuento de Linfocitos CD4 en Pacientes VIH Positivos (008-98-PROCETSS), donde se garantizaba la gratuidad del medicamento.

El reglamento de la Ley CONTRASIDA fue aprobado el 17 de junio de 1997 por un decreto supremo, y con el cual se obtuvieron algunos logros. Por ejemplo, “que las pruebas diagnósticas de infección por VIH sólo podrán realizarse luego de consejería y autorización escrita de la persona”, de la misma manera que “no podrá condicionarse ningún tipo de atención médica o quirúrgica a la realización previa de exámenes diagnósticos de infección por VIH”, y también “que la prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa” (Cueto, 2001: 112). En el año 1999, se elabora la Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH-Sida (R. M. 081-99-SA/DM, del 26 de febrero de 1999), donde se establece entre otras cosas la evaluación y el seguimiento desde exámenes físicos hasta exámenes de laboratorio, así como tratamiento retroviral.

Asimismo, en Colombia, estas nuevas medidas y prácticas pueden ser observadas en el Decreto 1543, del año 1997, el cual buscaba reglamentar el manejo de la epidemia y otras ITS con “el propósito de evitar la discriminación infectada de este virus, así como de garantizar a estas personas, sus hijos y demás familiares, el acceso a cualquier actividad laboral y su permanencia en ella” (Tello, 2007: 69).

En el Cuadro 12, se observa un panorama comparativo referido a las normas sobre el tratamiento y el control de VIH/sida en los países estudiados. Como se ve, en Bolivia, Colombia y Perú ha existido antes del año 2000 un conjunto de normativas al respecto; no obstante, en Ecuador aparecieron durante este año (esto no involucra que en este país no se haya implementado algún programa o estrategia).

Cuadro N° 12
Normas referidas a discriminación, tratamiento y control del vih/sida en relación con
personas que viven con vih/sida en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Resolución Secretarial N° 0660 (diciembre 1995).</i></p> <p><i>LEY 3729 PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA, PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ASISTENCIA INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA (2007):</i> Garantiza la igualdad ante la ley de personas que viven con VIH/sida, a respetar privacidad y confidencialidad.</p> <p><i>Artículo III.-</i> Creación del Consejo Nacional del VIH/sida que coordinará el Programa Nacional en el tema.</p> <p><i>Ley de Prevención del VIH/sida: Artículo 32.-</i> La atención integral multidisciplinaria a toda persona que vive con el VIH/sida incluidas aquellas que no tengan seguro social o médico, será obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y de seguridad social, bajo responsabilidad legal. Ningún establecimiento de salud, podrá negar un servicio a estas personas, debiendo brindarles un tratamiento igualitario, oportuno y de similar calidad y calidez que a otros pacientes.</p> <p><i>Artículo 33.-</i> El Ministerio de Salud y Deportes, como política de Estado otorgará las prestaciones médicas, asistencia hospitalaria y suministrará medicamentos antirretrovirales gratuitos a las personas que viven con VIH/sida y que no posean ningún seguro social o médico. Se ha presentado (2010) un proyecto que busca establecer un "Sistema Único de Salud" donde el aseguramiento sea gratuito e integral.</p> <p><i>Decreto Supremo 24.547 reglamenta la Ley 1687 de 1997 y en el subtítulo "Personas que no</i></p>	<p><i>Artículo 35</i> de la constitución declara la atención prioritaria y especializada de aquellas personas que padezcan alguna "discapacidad, estén privadas de la libertad y quienes adolezcan enfermedades catastróficas o de alta complejidad", tanto en instituciones públicas como privadas. Queda así garantizada la atención de las personas que viven con VIH y sida, por ejemplo, en concordancia con el <i>Artículo 11</i> que establece la no discriminación a los portadores del virus.</p> <p><i>Artículo 67 de la Ley Orgánica de Salud.-</i> El Estado reconoce al contagio y la transmisión del VIH/sida, como problema de salud pública. La autoridad sanitaria nacional garantizará en sus servicios de salud a las personas viviendo con VIH/sida atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas con énfasis en medicamentos genéricos, así como los reactivos para exámenes de detección y seguimiento. Las responsabilidades señaladas en este artículo corresponden también al sistema nacional de seguridad social.</p> <p><i>Nueva Ley Integral VIH 2006</i> (que reemplaza a la ley, Ley 2000-11): "Desde la identificación de los primeros casos de VIH/sida en el Ecuador hasta la fecha las respuestas, los esfuerzos y la legislación han apuntado mayormente a la infección y no a la epidemia del VIH y se han concentrado en el ámbito de la salud: acceso a tratamiento, medicación, mejoramiento de los servicios de salud, control,</p>	<p><i>Resolución 5261 de 1994.</i></p> <p><i>Artículo 117:</i> El manejo de pacientes con VIH se considera en el nivel de "Patología de tipo Catastrófico", ya que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.</p> <p><i>Decreto 1543/1997:</i> Reglamentación del manejo de VIH e ITS: decreta entre otros, la obligación de atención integral.</p> <p>En el <i>Artículo 12</i> se menciona que en la promoción de salud se garantice el respeto por hábitos y conductas sexuales. Se decreta la necesidad de educación sexual y reproductiva a través del ministerio de educación. Se permite la participación de ONG.</p> <p><i>Artículo 39.-</i> No discriminación.</p> <p><i>Ley 972 del 2005, artículo 3:</i> Las entidades del sistema general de seguridad social en salud no podrán negar servicios de laboratorio, médicos y hospitalarios a pacientes con VIH/sida, aún con pérdida de afiliación.</p> <p><i>Acuerdo 143 (2005)</i> del Concejo distrital de Bogotá</p> <p><i>Ley 1098 del 2006:</i> Derechos de protección de niños y adolescentes de la transmisión del VIH e ITS.</p> <p><i>Decreto 3039 del 2007,</i> donde el Plan Nacional de Salud Pública define como prioridad la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo al VIH.</p> <p><i>Ley 3442 de 2006:</i> se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/sida y los</p>	<p><i>Doctrina, normas y procedimientos para el Control de las ETS VIH/SIDA (1996) Resolución ministerial 235-96- SA/DM.</i></p> <p><i>LEY N° 26626 CONTRASIDA de 1996, modificada por la Ley N°28243.</i></p> <p><i>Artículo 1.-</i> Objeto de la Ley: Declárese de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).</p> <p>Objetivos:</p> <p>a) Coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/sida y las ETS.</p> <p>b) Promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/sida y las ETS.</p> <p>c) Proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/sida y las ETS en el país.</p> <p>La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:</p> <p>a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social;</p> <p>b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria;</p> <p>c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y sida, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PWS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en</p>

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>pueden ser donantes" (artículos N° 12, 14 y 16) específica entre los excluidos a "hombres que tienen sexo con hombres, bisexuales".</p> <p><i>Resolución Ministerial 0711</i> para la prevención y vigilancia del VIH/sida en Bolivia, del 2002.</p> <p>Reglamento: "Las disposiciones contempladas en la presente Resolución Ministerial, se aplicarán a todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de atención integral, prevención, vigilancia de segunda generación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)".</p>	<p>vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención. La ley vigente, relativamente nueva, no responde a las necesidades normativas requeridas para enfrentar la epidemia desde una perspectiva de desarrollo humano".</p> <p><i>Acuerdo No. 398 del 13 de Julio de 2006</i>, expedido por el Ministerio de Trabajo y Empleo, prohíbe en el Ecuador prácticas excluyentes en el plano laboral por asuntos de salud, incluyendo la infección de VIH/sida, en personas en capacidad de trabajar.</p>	<p>Modelos de Gestión Programática en VIH/sida.</p> <p><i>Acuerdo 08 de 2009</i>: Cobertura de análisis diagnósticos, se incluye servicios de pacientes con VIH en el POS. El POS cubre atención integral necesaria de persona con VIH y SIDA.</p>	<p>situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema;</p> <p>d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PWS; y,</p> <p>e. Otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la atención integral de la salud.</p> <p><i>Artículo 8.</i> - La Ley de Presupuesto considerará como gasto prioritario dentro de la partida del sector salud el presupuesto para la ejecución de CONTRASIDA.</p> <p><i>Directiva N° 008-98-PROCKETSS</i>, Profilaxis con Cotrimoxazol e indicación de recuento de Linfocitos CD4+ en pacientes VIH positivos. (1998)</p> <p><i>Resolución Ministerial 081-99-SA/DM</i> Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/sida (1999)</p> <p><i>Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/os Trabajadoras/es Sexuales y HSH (N° 030-MINSA/DGSP - V.01).</i></p> <p><i>Ley 27450</i>, Ley que exonera de impuestos a medicamentos ARV (2001). <i>Ley 27270</i>, Ley que penaliza la discriminación sin hacer mención de la orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>Directiva N° 09-MINSA/GGSP-DEAIS-V.01</i> mediante la cual se implementa el Sistema de Promotores Educadores de Pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS y VIH/sida.</p>

En dicho conjunto de normas posteriores al 2000, se distingue que los sistemas de salud han intentado incorporar algunos criterios de calidad y bienestar para las PVVS, principalmente referidos a combatir la discriminación y asegurar el acceso a servicios y tratamiento.

Con respecto de Ecuador, se promulga la Ley para Prevención y Asistencia Integral de VIH/sida (Ley N° 2000-11), donde se señala

que es de interés nacional la lucha contra el sida, y reconoce el derecho a la salud para las PVVS, el derecho a recibir sin distinción alguna la atención médica hospitalaria pública o privada, cuyo incumplimiento acarrearía la responsabilidad civil. Igualmente, dicha norma garantiza la no discriminación de personas VIH positivas (Kusunoki, 2008: 16).

Posteriormente, se elaboró el Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia VIH (2001-2003), cuya aplicación fue extendida hasta el 2006. Asimismo, desde el año 2004, se formuló la primera Guía de Atención Integral de PVVS, con la cual se ejecuta una política o estrategia para promover el tratamiento, la atención y el apoyo integrales relacionados con el VIH/sida. Esta guía ha sido reformada por última vez en el año 2007. A su vez, en el 2006, la Ley N° 2000-11 fue modificada de tal modo que se mantuvo en términos generales los criterios ya establecidos en ella.

En Colombia, durante el 2005, se dicta la Ley 972 con el fin de mejorar la atención del Estado a la población que padece “enfermedades catastróficas”, especialmente el VIH/sida, donde al declarar la lucha contra esta epidemia como prioridad nacional, se garantiza el suministro de medicamentos reactivos y dispositivos médicos para su diagnóstico y tratamiento. Igualmente, la ciudad de Bogotá, mediante el Acuerdo 143 (2005), elabora disposiciones para el manejo de la infección dentro de su jurisdicción con el fin de procurar “la atención, el tratamiento y la rehabilitación o readaptación social de los pacientes afectados con el virus” (Tello, 2007: 70).

Bolivia incorpora algunos componentes referidos al VIH/sida dentro de su Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, donde se señala que entre los servicios que deben ser brindados se encuentran el diagnóstico, control y tratamiento de ITS y VIH/sida (Tello, 2007: 31). En el año 2007, se promulga la Ley N° 3729, en la cual se garantiza la protección de los derechos humanos y la atención integral para las PVVS, y se aborda acerca de los tratamientos antirretrovirales y las infecciones oportunistas, los sitios de atención, prevención, entre otros (ADESPROC, 2010: 34).

Un aspecto importante a considerar dentro de esta normativa referida al VIH/sida es el que aborda el acceso a los medicamentos (véase Cuadro 13) desde la misma entrega hasta las condiciones estructurales para proveerlos (como por ejemplo la exoneración de impuestos con el fin de abaratar sus costos). Esto resulta de importancia para observar cómo cada país construye mecanismos reales para garantizar el dicho acceso. En términos generales, todos los países presentan dificultades operativas para brindar este acceso, sin embargo mediante diversos medios se mantiene un acceso medio (Cordero, 2006: 53-55).

Cuadro N° 13

Normas sobre los medicamentos antirretrovirales para tratamiento del vih/sida

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ley 1737 de 1996:</i> Política Nacional del Medicamento.</p> <p><i>Decreto supremo N° 0451 (17 de marzo de 2010).</i> El artículo 13 garantiza el acceso al tratamiento antirretroviral.</p>	<p><i>Ley 2000-11, Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/sida.</i> Establece la exoneración de impuestos a las exoneraciones de medicamentos e insumos para combatir el VIH/sida.</p> <p>“Ley de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano (Codificación N° 2005-019)”.</p>	<p><i>Resolución 5261/1994:</i> Anticuerpos para VIH 1 y VIH 2, Western Blot, CD4, CD8.</p> <p><i>Acuerdo 228/2002, Acuerdo 282/2004:</i> Medicamentos antirretrovirales e inhibidores de la proteasa.</p> <p>Régimen Subsidiado: <i>Acuerdo 306/2005;</i> Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad: <i>Acuerdo 336/2006; Acuerdo 380/ 2007;</i> condón masculino de látex; <i>Acuerdo 368/2007.</i></p> <p><i>Ley 972 de 2005:</i> declara de interés y prioridad de la República de Colombia la Atención integral estatal a la lucha contra el VIH/sida, el SGSSS garantizará el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la infección, etcétera.</p>	<p><i>Directiva sobre Profilaxis con Cotrimoxazol e Indicación de Recuento de Linfocitos CD4 en Pacientes VIH Positivos (008-98-PROCETSS).</i></p> <p><i>Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de Gran actividad –TARGA en adultos infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana (NT N° 2004-INSA/DGSP-V.01).</i></p> <p>1.1. Toda persona con diagnóstico de Infección por VIH/sida será considerada para su ingreso a la TARGA según su estado clínico, inmunológico y virológico.</p> <p>1.2. El ingreso a la TARGA es voluntario.</p> <p>“El inicio de la TARGA debe ser discutida con el paciente. El éxito de las recomendaciones para el inicio de la terapia depende del estado clínico, inmunológico y virológico del paciente y su compromiso de adherirse a la TARGA”.</p> <p><i>Ley 27450 del 19 de mayo del 2001:</i> Ley que exonera del pago de impuesto general a las ventas y de los derechos arancelarios a los medicamentos para tratamiento oncológico y VIH/sida.</p> <p><i>Ley 28243 (31 de mayo 2004) que amplía y modifica la Ley 26626:</i> establece la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, priorizando a los grupos vulnerables y de pobreza extrema.</p> <p><i>Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de Gran actividad –TARGA en adultos infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana (RM 311-2005/MINSA, del 25 de abril del 2005).</i></p>

Por otro lado, una preocupación constante de algunos/as activistas de la región es la realización de los ensayos clínicos en algunos países de la región andina. Esta situación se da en el contexto de las relaciones entre Norte-Sur, cuando, según Shah, los Gobiernos en los países en vías de desarrollo adecuan su normatividad para facilitar el desarrollo de ensayos clínicos en poblaciones en situación de vulnerabilidad o pobreza y de bajo costo, obedeciendo a las necesidades políticas y económicas de los países ricos (Shah, 2007). Esta relación promueve una serie de prácticas poco transparentes. En un trabajo que toma como fuente un artículo escrito por Mineya, Olave y Fuentes, titulado *Regulación de ensayos clínicos en Perú y conflictos éticos*, Ugalde y Homodes afirman que “los Gobiernos de los países con mayor número de ensayos clínicos (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Perú) presionan a las agencias reguladoras para que no generen dificultades a las empresas farmacéuticas que realizan ensayos clínicos” (Ugalde y Homodes, 2011: 141).

Cuadro N° 14

Normas sobre diagnóstico, confidencialidad y ensayos clínicos en relación con el vih/sida en bolivia, colombia, ecuador y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ley para la prevención del VIH/sida, Protección de los Derechos Humanos y asistencia Integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/sida (2007). Capítulo 5, Artículo 19.- “I. Ninguna persona será sometida a pruebas obligatorias para el diagnóstico de VIH-SIDA, salvo en los casos que se establecen a continuación, sujetas a normas de atención: [...]”.</i></p> <p><i>Decreto supremo N° 0451 (17 de marzo de 2010), artículo 43.</i></p>	<p><i>Ley de Derechos y Amparo al Paciente (Ley N° 77) (1995, con modificaciones en el 2006).</i></p> <p><i>Artículo 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.</i></p> <p><i>Artículo 5.- Derecho a la información.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico</i></p>	<p><i>Decreto 1543/1997, Artículo 37.- Derecho al consentimiento informado en las prácticas de laboratorio para VIH. (Capítulo IV: Investigación).</i></p> <p><i>Ley de ética médica (ley 23 de 1981).</i></p> <p><i>Resolución 8430 de 1993.</i></p>	<p>A partir del año 2003, el Instituto Nacional de Salud es el ente encargado de mantener el registro de estas instituciones y las autorizaciones para el desarrollo de protocolos o ensayos de Investigación Clínica. Existen trece Comités de Ética reconocidos formalmente por el INS (hasta el 2003), quienes cuentan con certificación internacional.</p>

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
	<p>de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.</p> <p><i>Nueva Ley Integral VIH (2006). Artículo 5:</i> k. Consentimiento previo informado. - Toda persona tiene derecho a expresar su consentimiento previo, de manera informada, libre, expresa, autónoma para todo tipo de procedimiento o acción, en especial respecto de los exámenes diagnósticos de VIH/sida, los que serán siempre voluntarios, individuales, confidenciales y codificados.</p>		

Nuestro Cuadro 14, nos muestra el panorama normativo de la región. Por ejemplo, las normas colombianas, según Otero-Ruiz “se apoyan en tres principios fundamentales: 1) el del respeto, que exige de la persona que participe voluntariamente como sujeto de la investigación y disponga de información adecuada que le permita dar su consentimiento informado para participar en ella; 2) el del beneficio, que implica que dicha investigación no puede ni lastimar ni lesionar, y que deberá hacerse todo esfuerzo para maximizar los beneficios potenciales y minimizar cualquier efecto nocivo de la misma, debiendo ser siempre mayores los beneficios que los riesgos; y 3) el de la justicia, que establece el trato equitativo para todas las personas y ordena que en la selección de los sujetos participantes no se aproveche la vulnerabilidad de ciertos grupos (étnicos, raciales, económicamente desprotegidos, institucionalizados, intratables, etcétera)” (Otero-Ruiz, 2009).

En este sentido, se debe afirmar que los avances científicos siempre deben ser acompañados por el rigor ético: el consentimiento infor-

mado y la libertad irrestricta de participación. Por ello, las personas que desean participar en un ensayo clínico deben recibir, de forma clara, la más completa información sobre el estudio, la cual incluye sus riesgos y beneficios.

Todos los sujetos potenciales deben firmar una autorización por escrito, conocida como el consentimiento informado, que describe en qué consiste el estudio, el tratamiento que se va a evaluar, los riesgos conocidos o potenciales, los derechos del participante y a quién consultar en caso de que surjan problemas. La autorización por escrito no es un contrato; los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo. Esta autorización por escrito no anula ningún derecho legal o médico del participante, y que los investigadores sigan siendo responsables, legalmente, de los daños y perjuicios que se deriven de alguna negligencia.

En ciertos casos, los ensayos clínicos asignan dinero a los participantes para gastos de transporte generalmente, o bien como compensación por el tiempo y las molestias causadas. Sin embargo, es ilegal pagar a alguien para inscribirse en un ensayo clínico, o utilizar las asignaciones mencionadas como medio de persuasión con personas que se muestren reacias a participar.

Estos ensayos clínicos se rigen por regulaciones que garantizan que sean realizados de forma ética y segura. Si bien existen convenciones o tratados internacionales que determinan los mínimos éticos que deben ser cumplidos; en el nivel local, las regulaciones varían de acuerdo a cada país. Lo que debe primar es que las personas que participan como voluntarias cuenten con la información necesaria para decidir enrolarse en uno de ellos con el fin de poder sopesar los posibles riesgos con los beneficios potenciales.

Por ello, toda investigación debe tener en cuenta los aspectos éticos del estudio; por tal motivo, el protocolo de la investigación –documento que detalla los procedimientos a seguir en el ensayo clínico– debe ser evaluado por una entidad independiente que examine los aspectos éticos y metodológicos, que en este caso le corresponde al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Para que un ensayo clínico sea considerado éticamente aceptable debe partirse de la condición básica de que existe un riesgo para el sujeto que participa en la investigación. Otra condición considerada fundamental es que el ensayo esté bien diseñado, pues si los resultados del estudio no pueden ser interpretados de manera adecuada por deficiencias metodológicas, no es ético exponer a ninguna persona a los riesgos y molestias que implica la participación en una investigación. Sin embargo, los comités de ética no siempre funcionan adecuadamente. Por ejemplo, Ugalde y Homodes, a partir de otra investigación, afirman que: “los

comités privados, que en algunos países cobran por aprobar los protocolos, se han convertido en un negocio. En Perú, entre 2004 y julio de 2010, un comité de ética privado, reconocido por evaluar los protocolos con celeridad, aprobó el 47% de todos los ensayos clínicos que se realizaron en el país” (Ugalde y Homodes, 2011: 140).

En este sentido, lo más importante es la generación de una normativa por parte del Estado que brinde las suficientes medidas para garantizar la adecuación de dichos procedimientos al respeto de los derechos humanos. De la misma manera, es importante establecer un sistema de vigilancia de estos procesos por parte de la sociedad civil.

CUERPOS, CIUDADANÍA Y VULNERABILIDAD: DEMANDAS VERSUS NECESIDADES

Las situaciones descritas en relación con las personas TLGBI, nos muestran que el discurso hegemónico formula una relación entre Estado, Gobierno y demanda (siempre situada en un cuerpo). Esta relación, cuyo horizonte político se encuentra en la privatización de lo público, ha estado en los países andinos desde su fundación hasta la actualidad. Este fenómeno no sólo se refiere al reconocimiento formal de un tipo de “inclusión” por parte de los Gobiernos –siempre inacabada, sino, en especial, al vínculo entre el discurso jurídico y las personas dentro de su vida cotidiana. Por lo tanto, el problema al cual esto nos enfrenta es la misma concepción dentro del pensamiento occidental que reterritorializa al ámbito público desde la metáfora ausente de lo privado, justamente a través del establecimiento y la extensión de esferas cerradas, privativas y domésticas en el quehacer deliberativo-político.

El conjunto de normas y prácticas recogidas anteriormente, nos exige preguntarnos cómo puede entender el discurso de la ciudadanía y cierta práctica de los derechos humanos la transformación de los cuerpos trans o la demanda por llevar a cabo proyectos afectivos más allá de un contrato patrimonial. La pregunta es relevante toda vez que evidenciamos una manera de llevar a cabo la ciudadanía que no acaba de reconocer la demanda de las personas. Este no reconocimiento se realiza, justamente, concibiendo la demanda como una necesidad.

La necesidad apunta a comprender las subjetividades desde una matriz abstracta y universal a partir de la cual se instala una continuidad de amplio registro. De esta manera, la raza, la clase, el género y la sexualidad, regímenes de control, han servido para llevar a cabo esta empresa. Sin duda, la necesidad es un modelo construido en la expansión de la lógica del capitalismo que transforma las condiciones de vida en evidencia que algo falta -por cierto desde la lógica hegemónica. Esta falta se desplaza a través de dispositivos, sociales y psíquicos,

en los mismos cuerpos. Hemos visto cómo desde hace varios siglos estos mecanismos han ido construyendo una cartografía similar. La relación entretendida entre raza y prácticas homoeróticas y transgeneristas por el dispositivo de la sodomía fue el inicio de la constitución de una matriz de exclusión y discriminación mediante el discurso pastoral. En medio de él, iba surgiendo ya el dimorfismo sexual y la patologización del deseo homoerótico y transgenerista mediante los discursos médico y jurídico, que hemos descrito.

En general, las sociedades modernas/coloniales van construyendo un nuevo espacio público en donde administran el ejercicio de la libertad, definiendo las “vías correctas” para su devenir y su interdicción; pero no sólo ello, a la par, reasimilan otro espacio, el *fuero personal*, convirtiéndolo en un nuevo escenario a través de la administración de las emociones y la sensibilidad. La particularidad de este periodo fue ligar dicho proceso a la producción del trabajo. Nunca antes en la historia del pensamiento, la misma condición humana había girado en torno a la organización de los procesos productivos, cuya metáfora por excelencia es la administración económica. Ya Foucault advirtió cómo los mecanismos dentro de la modernidad a través de la implementación de los discursos de poder, generados en los grandes aparatos del Estado en tanto instituciones de poder, “aseguraron el mantenimiento de las relaciones de producción, los rudimentos de anatomía y biopolítica, inventados en el siglo XVIII como *técnicas* de poder presentes en todos los niveles del cuerpo social y utilizadas por instituciones muy diversas (la familia, el ejército, la escuela, la policía, la medicina individual o la administración colectiva), actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los sostienen...” (Foucault, 2012: 133), constituyendo lo que él ha llamado la *era del bio-poder*. Estos discursos del disciplinamiento de la vida, tales como la demografía, la medicina, la psiquiatría, entre otros, han concurrido para determinar unos modos de producción de la vida que configuran los escenarios sociales y políticos en la actualidad. Así pues, en la modernidad, las potencialidades de la vida del ser humano se administran mediante la conformación de un cartografía, cuyos claroscuros están repletos de instintos y naturalezas implicados con comportamientos y estructuras, a tal punto que “el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en *entredicho* su vida de ser viviente” (Foucault, 2012: 135) (resaltado nuestro).

Así pues, la modernidad instaaura un *interdicto* en torno a las potencias de la vida donde sus límites se significan en la metáfora económica. La organización del trabajo humano se vuelve capital para comprender las dinámicas sociales y políticas. Desde este momento,

la libertad fue entendida mediante la metáfora del producto económico en tanto bien útil, siendo introducida en el ámbito privado, y llevando tras de sí toda la organización política.

Este vínculo entre trabajo y sexo, entre lo económico y lo libidinal, funda una manera de comprender la ciudadanía a partir de la cual se dispone las relaciones de redistribución mediante la fundación de discursos como la economía política, la salud pública y el orden moral o público donde los cuerpos se transforman en el lugar común entre la población y el individuo.

Una de las categorías más importantes dentro del desarrollo de cualquier visión geopolítica es la noción de *locus*. Esta categoría da cuenta de un campo cuya tangente siempre es el poder; tangencia que se legitima mediante el establecimiento de una razón. En tanto, la geopolítica es el producto de ésta, se configura como una limitación a la soberanía que cada ser humano posee sobre sí mismo, y cuyo sentido se amplía a la vida política de las comunidades. Esta distribución de los espacios en relación con el poder, no sólo territoriales sino personales –el cuerpo y sus sensaciones–, instaura una economía política tanto social como corporal.

De esta manera, el cuerpo termina siendo entendido como un lugar donde la hegemonía asienta sus relaciones. En nuestro caso, el papel que juegan los discursos jurídico y médico frente al cuerpo homoerótico y transgenerista se traduce en el vaciamiento que ejecuta en el recorte de su reconocimiento. En este sentido, la inclusión/exclusión de la orientación sexual y la identidad de género en el ordenamiento normativo es el resultado de un modelo de vida, inserta en un proceso cultural de dominación.

En las sociedades moderno/coloniales, la producción de la cultura configura espacios concretos de colonización donde la lucha entre los movimientos hegemónicos y contra hegemónicos actualiza la dinámica del campo. Entre estas narrativas, podemos identificar varias estrategias. Una de ellas, sin duda, es la naturalización del sujeto mestizo heterosexual como práctica política que ejerce un borramiento de las diferencias a favor de la razón colonial/heteronormativa. Este hecho tiene dos lados: el estatal y el corporal. Por el primero, específicamente, la matriz colonial/heteronormativa se desenvuelve en la narrativa de la construcción de los Estados nacionales y en la lógica del multiculturalismo neoliberal. Tal como desarrolla Partha Chatterjee, la idea de Estado se refiere al Estado moderno, cuyo ideal es la ciudadanía universal y cuya legitimidad está en la soberanía popular. Ahí podemos observar nuevamente la imposición de la universalidad, en donde “una sociedad civil moderna, coherente con las ideas de libertad e igualdad, es un proyecto localizado en los deseos históricos de cier-

tos sectores de la elite”, lo cual muestra que “con el final del dominio colonial y la llegada de estas clases al poder, ese proyecto de transformación [moderno] se instaló firmemente en el corazón de los órganos del nuevo Estado nacional poscolonial” (Chatterjee, 2008: 205). En este mismo ámbito, esta racionalización de los contenidos ha sido empeorada con el surgimiento de una perspectiva multiculturalista entendida como la lógica cultural del capitalismo avanzado, no sólo en el sentido de modelo económico sino, principalmente, como modelo relacional extendido por todo el orbe. Así pues, Slavoj Žižek, mediante una explicación de las estrategias de las ideologías, nos muestra cómo el síntoma del capitalismo se expresa en que: “la tolerancia liberal excusa al Otro folclórico, privado de su sustancia (como la multiplicidad de “comidas étnicas” en una megalópolis contemporánea), pero denuncia a cualquier Otro “real” por su “fundamentalismo”, dado que el núcleo de la Otredad está en la regulación de su goce: el “Otro real” es por definición “patriarcal”, “violento”, jamás es el Otro de la sabiduría etérea y las costumbres encantadoras” (Jameson y Žižek, 1998: 157). Esta realidad, según el autor se condice con la pretendida condición de universal del sistema mundial contemporáneo.

Ambas características descritas no deben ocultar que en medio del sistema mundo moderno/colonial se entreteje una cadena de significados y significantes que ata las estructuras y las subjetividades mediante una serie de dispositivos. Por ello, por otro lado, la colonialidad del poder, lo hegemónico, en su ejercicio de borramiento de las diferencias coloniales, se concentra en la naturalización del cuerpo sexualizado, generizado y racializado mediante la razón colonial/heteronormativa.

Así pues, podemos leer cómo el material normativo analizado anteriormente, expresa la formación de un sujeto abstracto de ciudadanía y de derechos humanos. En esta dinámica de inclusión/exclusión, las personas TLGBI se han transformado en una versión del “Otro folclórico”, cuyo “Otro real” es relegado y depuesto del propio quehacer político. Es decir, la ciudadanía y la subjetividad de derecho aún no han alojado la disrupción en el mismo sistema heteronormativo que significa la presencia de las personas trans, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales. Por ello, es sintomático que en la práctica no exista una sola política en relación con las personas TLGBI en ninguno de los países estudiados. Es decir, con política no nos referimos ni a menciones consagradorias en textos constitucionales, ni a mecanismos contractuales de acceso a la Justicia, sino a una respuesta integral que reconozca a las personas TLGBI como interlocutoras válidas de ciertas demandas mediante el establecimiento de estrategias concretas que enfrenten la discriminación y la vulnerabilidad.

Habría que preguntarse el porqué de esta negativa. Con seguridad la respuesta se encuentra en el “pánico moral” en torno a lo que implica, la transformación del modelo de familia tradicionalizado, la desexualización de los cuerpos y el desplazamiento de la necesidad como *leit motiv* del modelo de producción. En última instancia, como indica Mauro Cabral cuando habla del concepto de *transgeneridad*, “[...] un rechazo compartido a la diferencia sexual como matriz natural y necesaria de subjetivación” (Cáceres *et al.*, 2011: 97). Nuestro cuerpo “[...] como dispositivo de lectura, como *máquina de guerra* biopolítica –destinada a instalar, en cada expresión de necesidad identitaria, el virus corruptor de la contingencia. Más aún: contingencia podría ser uno de los nombres de la *transgeneridad* como dispositivo, si acaso buscáramos reemplazar el suyo. Podríamos llamarla historicidad. Y, sin lugar a dudas, también podríamos llamarla ironía” (Cáceres *et al.*, 2011: 97).

Uno de los resultados de este “pánico moral”, como indica el informe de la Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas (OEML), es que “El sujeto jurídico ‘mujeres lesbianas’ en realidad no existe en la normativa constitucional, invisibilidad que se traduce en una verdadera negación de sus derechos. Las mujeres aún no han sido reconocidas en sus diferencias y en su diversidad sexual como titulares de derechos” (OEML, 2008: 28), ya que, según Fries y Matus, “las mujeres atrapadas y tratadas en el derecho sólo tienen una posibilidad, ser mujeres de acuerdo al derecho para ser legítimas en una sociedad” (OEML, 2008: 29). Y también, la exclusión de otras realidades y vivencias como la intersexualidad, la bisexualidad y, sin duda, tanto la transgeneridad masculina como la femenina. En este contexto, el tratamiento hacia lo gay no es mejor, incluso si tenemos en consideración que los significados mostrados tomaron como primer lugar de exclusión a esa población.

A partir de esto, podemos pensar una crítica a la propia idea de ciudadanía que ha operado la discriminación y vulnerabilidad de las personas TLGBI en la región andina. En diálogo con las demandas TLGBI, planteamos la *triangulación de la ciudadanía andina* como un modelo epistemológico que insiste en ver la relación entre la heteronormatividad, el Gobierno y el Estado, no sólo enfrentando la relación problemática establecida por el incumplimiento del contrato social (desde una visión liberal), sino penetrando en la elusión generalizada del deseo en la conformación de los/as sujetos/as políticos modernos, trazada en la privatización de lo público, que desde luego encuentra sus orígenes más allá de los elementos mostrados en este capítulo.

En torno a este modelo, se debe analizar una variable importante dentro de la propuesta de la *triangulación de la ciudadanía latinoamericana*: el carácter político de la subjetividad moderna. Este análisis

encuentra su terreno en la comprensión de la tradición cristiana, pero no permanece ahí; antes bien, se extiende para observar las relaciones establecidas entre ésta y los discursos sobre la ciudadanía y la participación política en occidente, que se centran en el sujeto político.

Se ha escogido la figura de la triangulación para dar cuenta de la ciudadanía y la participación, con base en las críticas de *El Anti Edipo* de Deleuze y Guattari a la “imbécil pretensión de representar el inconsciente, de triangular el inconsciente, de captar toda la producción deseante” (Deleuze y Guattari, 1985: 49) a través de la escena ternaria de la familia burguesa y edípica, ya que estas categorías están sujetas a la misma lógica constitutiva edípica de la formación del consciente. Este símil entre la ciudadanía y lo consciente pone de manifiesto la elusión del deseo realizada por la categoría del complejo de Edipo, también cuando de política se habla. Pero además, es importante considerar el sentido doméstico que cobra la ciudadanía, sobre todo cuando se le relaciona con cierta virtud racional, letrada, ascética y perfectamente moderna.

Sin embargo, al hablar de personas TLGBI, este símil entre ciudadanía y consciente a través del Edipo cobra vital importancia. Si la ciudadanía se ejerce de acuerdo al imaginario hegemónico como resultado de someter el quehacer político mediante la captura de la demanda, lo consciente resulta de someter el inconsciente a través de la superación del Edipo. Ciudadanía y familia unidas en la construcción de un destino político. En el caso de las personas TLGBI, esta relación dibuja el carácter de su exclusión y por tanto de su pobreza, al ser resultado de la no superación del Edipo –desde el discurso psicoanalítico– o del no adecuamiento a la normalidad biológica –desde cierto discurso médico. El ascetismo político es el resultado de una imagen de familia heteronormativa ante la cual el/a sujeto/a TLGBI no puede responder.

En el ámbito de la salud TLGBI, otro de los resultados de este pánico moral ha sido la metonimia entre VIH/sida y las personas gays y mujeres trans, ya que, según Simon Watney “[la] ‘verdad’ del sida insiste en que el punto de emergencia del virus sea identificado como su *causa*. Así, la aproximación epidemiológica es reemplazada por una etiología moral de la enfermedad que únicamente puede concebir el deseo homosexual como inmerso en una metáfora de contagio” (Llamas, 1995: 36), sin embargo, esto no significa una atención dirigida y de calidad, sino, todo lo contrario, lo cual cierra un círculo vicioso en donde para Butler “La categoría “sexo” no sólo se construye al servicio de la vida o de la reproducción, sino que también, y esto puede ser un corolario lógico de lo anterior, se construye al servicio de la regulación y dosificación de la muerte (Llamas, 1995: 11).

De esta manera, cómo podemos entender la salud pública desde la perspectiva TLGBI, y en particular, cómo afecta el discurso de la salud pública sus cuerpos y sus demandas TLGBI. Una lectura sobre ello debe partir del hecho que la salud pública tal como se ha entendido y practicado en la región estuvo construida desde parámetros muy limitados. Su desarrollo está ligado a relaciones jerárquicas, prácticas higienistas, racistas, todo ello justificado mediante criterios epidemiológicos y sanitarios (Nino y Vargas, 2012: 33-34), donde se dibuja la necesidad de intervenir como una forma de reparar la disrupción, no como una manera de transformar las relaciones que permitirían un goce del más alto nivel de bienestar. Así pues, la salud pública, al abordar la cuestión gay y trans, “[...] ha surgido para gestionar y reproducir la epidemia del sida, el poder jurídico y el poder productivo convergen en el establecimiento del sujeto homosexual como portador de muerte” (Llamas, 1995: 11). Contra este carácter mortífero, la salud pública establece estrategias de control. Si bien, muchas personas pueden considerar que esta asociación ha ido modificándose, cabe recordar que, en la actualidad, aún tenemos “centro de deshomosexualización” en Ecuador, recientemente cerrado por acción del Ministerio de Salud y declaraciones que siguen reproduciendo el discurso de la anormalidad por parte de algunos psiquiatras en el Perú, sin que esto amerite la intervención del Colegio Médico Peruano.

En relación con el VIH/sida, el hecho de que la normativa estudiada lo haya planteado como de interés público, no significa nada para las personas TLGBI, debido a la invisibilización recurrente que recae sobre estas personas al momento de elaborar las políticas públicas, salvo contadas excepciones (en el caso de Colombia las Guías de Atención y en el caso de Perú la norma técnica de Atención Médica Periódica, donde se habla de HSH). El posicionar estos hechos nos servirá para leer, en el capítulo posterior, las condiciones de vida en las cuales se encuentran las personas TLGBI desde una postura más integral que haga dialogar la categoría pobreza con la de heteronormatividad con el fin de imaginar otras rutas para el desarrollo humano.

Es decir, en el discurso normativo, cada Estado ha eludido el contexto de desigualdad e inequidad de las demandas, para constituir una economía libidinal que constituye un otro fantasmático, propiamente, un fetiche: a la estructura que determinaba la vulnerabilidad la convirtió en el/a perverso/a; a la inequidad social la convirtió en el/a marginal. Todo este proceso lógico, ligado a la constitución del *objeto fetiche*, escinde el flujo deseante para convertirlo en una imagen homogénea y lineal. Esta oposición conflictiva entre el carácter ausente de la ley, la cosificación del ser, y la presencia del deseo, la demanda del ser, instituye la irremediable economía libidinal, la cual distribuye,

establece y dispone un *buen orden*. Para el psicoanálisis, la perversión de la economía libidinal humana no deriva de una vida con estricta obediencia a la hegemonía de la ley, sino de lo que deriva de la prohibición (por parte del Otro hegemónico) de alguna actividad placentera, en tanto que el practicar la ley (fuente de la prohibición) provea su propio disfrute. La perversión de la economía libidinal es una vida en la que el cumplimiento del ritual destinado a limitar o desaparecer el deseo se convierta en el origen de la satisfacción libidinal.

Así pues, muchos grupos marginados han sido objeto de esta economía libidinal, lo cual quiere decir que la interdicción del goce excluye al otro, insertándolo en un mundo ficticio o fantasmático. En cambio, el deseo procura el intercambio con el otro. Dentro de esta economía libidinal se revela que “el deseo siempre es deseo del otro”, fundamentado en la empatía de los cuerpos dentro de la comunidad política mediada por el lenguaje.

En este sentido, es importante observar como Fanon, en el primer capítulo de *Piel negra, Máscaras Blancas*, muestra que el proceso de la constitución del objeto fetiche, basado en la razón colonizadora, se estructura mediante la intrusión del lenguaje. La aparición del ¿qué quieres? del colonizador conforma al colonizado como un ser para otro. Pero es más, Fanon describe la economía libidinal del colonizado al plantear como éste se constituye por el deseo del colonizador, y cómo esta operación introduce en su cuerpo un conflicto oculto, que sólo saldrá a flote cuando surja la doble conciencia. Así pues, Fanon afirma: “En el mundo blanco [y heteronormativo], el hombre de color se topa con dificultades en la elaboración de su esquema corporal. El conocimiento del cuerpo es aún actividad únicamente negadora. Es un conocimiento en tercera persona” (Fanon, 2009: 340).

Esta economía libidinal es la que al desplegar el *goce de la prohibición de la ley* construye una imagen especular de la realidad. En contraste, la demanda construye un cosmos deseante mediante la inversión de la linealidad del lenguaje, quiebra el interdicto que sujeta al cuerpo. Cuando la técnica abandona el flujo del deseo se transforma en un meandro, una pulsión –una linealidad del lenguaje. El psicoanálisis, en sus interpretaciones más conservadoras, ha visto en el goce siempre un meandro porque no ha comprendido el proceso del goce dentro de la dinámica del deseo como presencia. La pulsión tiende hacia el *cuerpo continuo*, hacia un acto performativo. Nuestra postura, basada en las críticas post estructuralistas, reafirma la idea de un deseo presente y real, cuyo vínculo con el goce se da en el reconocimiento de la demanda.

Entonces no es casual que en torno a esta constitución del objeto fetiche –en nuestro caso el sujeto TLGBI–, el segundo paso sea consti-

tuir un proyecto de sociedad, donde las personas olviden su fragmentación constitutiva y su capacidad política. Este proyecto de sociedad se basa en la producción de una criatura vacía y alienada, cuya capacidad de acción en el mundo es ocultada y, luego, prohibida, generando un discurso de los derechos humanos a partir de la ausencia.

Así pues, la economía libidinal es el campo donde el deseo y el *goce de la prohibición de la ley* convergen y, a la vez, es la dinámica por la cual el deseo se elude mediante la imagen especular de un fetiche –en términos psicoanalíticos, un objeto de deseo. Cuando el deseo, la demanda, la reivindicación, se libera del *goce de la prohibición de la ley* se conforma un espacio y un tiempo fragmentado lleno de posibilidades, el *inter-dicto*. En este sentido, toda reivindicación, en tanto presencia del deseo conjuga en sí misma dinámicas dialécticas en donde el aumento de cosificación, genera mayor diferencia, conformando así una zona gris, *un inter-dicto*, un espacio donde las dos fuerzas sociales confluyen, lo lineal y lo discontinuo. Frente a la reivindicación, el interdicto es una linealidad impuesta, una prohibición; en cambio el *inter-dicto* reproduce su sentido etimológico, en tanto que es un espacio constituido en medio de lo normado y permitido por la hegemonía, constituyéndose en una posibilidad.

Por ello, podemos trazar una relación íntima entre el deseo, el *inter-dicto*, la demanda y la reivindicación, cuya base es el vínculo entre el cuerpo y la política. El *inter-dicto* fragmenta la economía libidinal del modelo hegemónico, instaurando un nuevo horizonte dentro de la comunidad. Este espacio es el lugar donde el sentido de humanidad se reconstruye dentro de la dinámica del deseo, aceptando una búsqueda sin trascendencia de ningún tipo: ley perfecta, divina o natural. Por ello, la importancia de concebir los derechos humanos como el reconocimiento del deseo, debido a que las reivindicaciones que han acompañado su aparición en la historia han transformado el sentido de humanidad, ampliándola siempre en contra de la ley hegemónica, la cual restringe y limita el propio sentido de la demanda.

Las luchas por los derechos humanos siempre aparecen y transitan en el *inter-dicto*, en los márgenes de la sociedad, con el objetivo de reconfigurar esa economía libidinal de lo hegemónico. En este sentido, la ley, sujeta al *inter-dicto*, se concibe sólo como un depósito transitorio del sentido social del deseo, conformada en el debate entre los seres humanos y sus realidades. Ya que como sostenía Foucault, “donde hay poder, hay resistencia, y no obstante (precisamente por lo mismo), ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder” (Foucault, 2012: 91).

En este contexto, es interesante recordar aquello que decía Michel de Certeau sobre los procesos subjetivos a partir de los cuales

se opera la inversión de las relaciones de dominación. Es decir, desde el enfrentamiento entre la dominación y la demanda surge la posibilidad de desarrollar cierta agencia, mediante la imaginación y la creatividad, la cual reinaugura una manera distinta de hacer política, la cual presenta posibilidades pero también nuevos límites. Desde una perspectiva fanoniana, se permite comprender como el/a sujeto/a colonizado/a y heteronormativizado/a emerge desde la misma imposición del lenguaje colonial mediante el desplazamiento de su propio cuerpo como interrogación. Detrás del ocultamiento, hay una energía cuya fuente es la violencia y el don. Más allá del discurso colonial, el/a sujeto/a posee una capacidad de agencia que transforma la misma relación, de tal manera que “nos permite identificar como el agente de esta transición, los grupos anteriormente asimilados a la categoría de los *damnes* [...] buscan desconstruir el código de la aptitud inclusiva que se expresa en la actividad de vida del grupo dominante hegemónico...” (Wynter, 1991: 64).

De esta manera, podemos afirmar que en las últimas tres décadas, la resistencia del movimiento TLGBI contra los efectos de la *metáfora de la ausencia* estuvo basada en tres aportes político-teóricos: la concepción de un cuerpo fracturado, la transformación de la relación entre lo privado y lo público, y el reconocimiento del deseo como agente de la reproducción de la ley. Estos tres elementos conforman una tríada que constituye la agencia del movimiento e intenta desplazar la política del ámbito de la necesidad al de la demanda. En primer lugar, la fragmentación ubica al cuerpo como sujeto de la política y como estrategia para escindir el destino político del “destino biológico”, producido desde los discursos conservadores, con la finalidad de romper la linealidad hegemónica establecida entre los cuerpos y las identidades. En segundo lugar, el desplazamiento de algunas actividades privadas hacia el ámbito público, y también, la prohibición de otras en la esfera pública, permite transformar ciertas prácticas cotidianas en puentes discursivos entre los dos espacios y genera un ámbito íntimo donde “todo (casi todo) es puesto en revuelta”. En tercer lugar, la exclusión de la ley en contra de las personas TLGBI incentiva ver más allá del enunciado normativo y da énfasis en aspectos invisibilizados, rompiendo con un sistema legal lineal y hegemónico basado en una visión naturalista y moralista de la propia ley⁹ (Jaime, 2007).

9 Hay que considerar una cuarta, la transformación de la práctica religiosa dada en comunidades cristianas TLGBI en distintas ciudades de la región andina como una manera de descolonizar categorías y mandatos religiosos que han promovido la exclusión por largo tiempo. Aunque es un aporte teórico político, por cuestiones metodológicas, no lo consideramos en esta investigación.

Estos aportes político-teóricos son consecuencias históricas de las estrategias de dominación, y a la vez, son espacios de posibles resistencias. Ellos son resultado –en sentido propio, son resistencias contra– de las políticas salubristas de control relacionadas con el VIH/sida, los crímenes y los actos discriminatorios contra las personas TLGBI, la imposibilidad de legitimar las relaciones afectivas, la prohibición o estigma social sobre el ejercicio de una sexualidad distinta de la heterosexual, y las limitaciones del propio discurso legal para aceptar múltiples reivindicaciones derivadas de las propias experiencias de las personas.

GESTIÓN Y REALIDAD EN SALUD

UN ACERCAMIENTO A LOS ESCENARIOS DE LA POBREZA EN LA POBLACIÓN TLGBI

DENTRO DE LA REGIÓN ANDINA, los diversos discursos sociales han colocado a las personas TLGBI dentro de un espacio caracterizado por dinámicas de discriminación y exclusión, desarrolladas a través de mecanismos específicos, es decir, las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas han sido insertadas dentro de una *estructura económica y libidinal*, la cual constituye *formas concretas de subjetividad*, en cuya existencia se relacionan las condiciones socioeconómicas con una cartografía de la libido.

En este contexto, donde analizamos las condiciones de vida, la pobreza resulta ser un síntoma de esta misma estructura. Así, la problematización de la pobreza, desde la estructura económica libidinal, busca leer las condiciones de vida desde una perspectiva más amplia, ya no sólo limitada a un discurso economicista del desarrollo, sino desde una donde el desarrollo pueda ser visto *“as a process of expanding real freedom that people enjoy”* (Sen, 2001: 10). Sin embargo, incluso el concepto de libertad debe ser interpretado, toda vez que ha sido utilizado dentro de discursos cuyo sentido apunta a un tipo de libertad basada en un modelo de vida eurocéntrico, desde ideales construidos desde un lugar de enunciación hegemónico, es decir, un sujeto abstracto.

Esta investigación no concibe de manera lineal la existencia del sujeto hegemónico y en consecuencia la del sujeto contra hegemóni-

co. Entendemos que tanto el *interdicto* (prohibición) como el *interdicto* (posibilidad) aparecen en cuerpos reales ubicados dentro de situaciones reales y usualmente se conjugan en los mismo cuerpos. Esta circunstancia problematiza el abordaje del análisis de la pobreza cuando hablamos de personas TLGBI, ya que la discriminación y la exclusión responden a una lógica difusa donde ciertos eventos ocurren en diversos niveles de interacción social. Esta comprensión se dificulta si tenemos en cuenta un aspecto de carácter metodológico, el estado de la información sobre nuestro tema. No existe información oficial confiable, la cual está construida (aquella poca que existe) con base en un subregistro producto del mismo no reconocimiento por parte de la instancias estatales. En la región, los y las activistas TLGBI han visibilizado esta situación innumerables veces, exigiendo de sus Estados reportes que incorporen la orientación sexual y la identidad de género. Esta advertencia hay que tenerla en consideración para entender las comparaciones realizadas en este capítulo.

En este orden de ideas, ¿cuáles son los límites para pensar la relación entre el desarrollo y la libertad? ¿Cómo puede ser analizado el desarrollo considerando las demandas de las personas con deseos y prácticas homoeróticas o transgeneristas? ¿Cuál es el desplazamiento epistemológico que se necesita para que en la teoría y la terminología del desarrollo se incluya la perspectiva TLGBI? ¿Cuál de las perspectivas TLGBI?

Para dar respuestas a estas interrogantes, primero debemos analizar los límites impuestos a las condiciones de vida de las personas TLGBI, en particular, en la región andina. Una mirada panorámica, a partir de la lectura de los diversos trabajos que abordan la situación TLGBI, nos muestra que viven una situación de vulnerabilidad, donde la discriminación, la violencia y el prejuicio socavan su capacidad para obtener recursos con los cuales puedan construir sus proyectos de vida. Esta realidad es muy compleja ya que no podemos hablar, a su vez, de un “sujeto” TLGBI; existen diversas inserciones de los cuerpos en múltiples niveles. Esta problemática está inserta dentro del debate sobre las lógicas identitarias. En relación con la pobreza, podríamos por ejemplo hablar sobre dónde quedan hombres o mujeres, cuya identidad es heterosexual pero tienen prácticas homoeróticas, y están casados con personas de distinto sexo; cómo plantearíamos su problemática en salud, cuando por diversos motivos no abordan su condición en los servicios de salud, o son discriminados mediante mensajes de reprobación expresados por los/as profesionales de la salud en los servicios de salud cuando lo explicitan. Si bien este trabajo no problematiza de manera explícita esta temática,

ya que ha optado por asumir preferentemente la lógica identitaria consciente de sus límites, al asumir la categoría diversidad sexual también considera esto. Nuestro uso de dicha categoría asume que la estructura económica y libidinal heteronormativa también afecta a las personas heterosexuales.

De esta manera, para emprender nuestro análisis, en un primer nivel, nos podemos acercar a las condiciones de violencia e inseguridad en las que la vida de las personas TLGBI están sometidas. Los reportes de derechos humanos sobre población TLGBI muestran, en primer lugar, un conjunto de estadísticas que intentan construir evidencia sobre este problema. Sin embargo, cabe aclarar, otra vez, que dichas investigaciones señalan el amplio subregistro de estos datos, debido a que las instancias públicas no han desarrollado un sistema de información que permita conocer con profundidad dicha realidad. Así que, ante la ausencia de datos oficiales, el movimiento se ve obligado a recabar información sobre los índices de asesinatos a partir del recojo sistemático de notas periodísticas o casos documentados de otro tipo. Al respecto, en sus informes periódicos de derechos humanos, se señala que para Perú la media es de veinte casos anuales, y en Colombia, la media es de treinta y cinco personas por año (Jaime, 2010: 76-70; Colombia Diversa, 2010: 5-10). En estos datos aparecen en primera instancia casos de hombres gays, luego de mujeres trans, y finalmente, de mujeres lesbianas. Esta información debe ser leída con precaución debido a los diversos grados de invisibilización presentes en cada grupo, lo cual tergiversa u oculta la realidad de la muestra. En Ecuador y Bolivia, no se han realizado este tipo de ejercicios, por lo cual no podemos afirmar datos al respecto; no obstante, los activistas de estos países son conscientes de la existencia de diversos tipos de violencia.

Una manera de analizar estos asesinatos es a través de la categoría crímenes de odio, indicando algunas de sus características:

1. El perpetrador establece una relación con la víctima basada en la objetualización, la cual puede expresarse en la seducción con fines utilitarios o el rechazo radical e inmediato. Es decir, la víctima pierde su condición de ser humano para transformarse en un objeto al que se puede eliminar debido a la manifestación de su orientación sexual o identidad de género.
2. El crimen, sea premeditado o no, se comete dentro de un espacio controlado por el/los agresor(es) donde este(os) calcula(n) la agresión con el fin de infligir una agresión superlativa, donde él/ellos maneja(n) las circunstancias sea por razones de cantidad (andar en grupo) u otro medio.

3. El uso de la violencia es excesiva procurando un sufrimiento y una tortura que conduce a la muerte (Herrera, 2009: 61).
4. La objetualización de la víctima tiene como consecuencia la posibilidad de profanar el cuerpo mediante el robo, la destrucción de los restos o el abandono de éstos.

Todos estos elementos establecen un patrón que constituye a estos asesinatos en crímenes de odio, en tanto estos son delitos cometidos contra una persona en razón de su pertenencia a un grupo socialmente despreciado o minusvalorado en donde el rechazo es llevado con particular encono y alevosía. Cabe aclarar que los crímenes de odio no se configuran en tales debido a razones cuantitativas, es decir por el mayor o menor número total de víctimas durante un periodo específico, en una ciudad determinada, sino a ciertas características presentes en cada delito específico. Esta consideración acompaña las reflexiones planteadas por el movimiento internacional de los derechos humanos durante las últimas décadas.

Por un lado, no se puede dejar de mencionar el papel que cumplen los diferentes funcionarios del Estado (policías, fiscales, jueces), quienes no actúan en correspondencia con la gravedad de estos actos, sino más bien los desvalorizan dilatando el respectivo proceso legal. Y por otro lado, tampoco son menos importantes los discursos elaborados por los medios de comunicación y las iglesias cristianas, en la reproducción del prejuicio y el estigma contra las personas TLGBI.

Estos datos constituyen los primeros elementos para poder concebir los escenarios de peligro donde son socializados los/as sujetos/as TLGBI, construidos a partir de la marginalización y la exclusión. El peligro y la violencia son vivencias cotidianas que dibujan la propia subjetividad de las personas TLGBI, y constituyen los límites del acceso a otras medidas para enfrentar la marginalidad y la pobreza. Un ejemplo de ello, en el espacio público, es que aún persisten redadas o acoso policial contra las personas TLGBI. Santivañez refiere lo siguiente en un estudio sobre Bolivia: “Las entrevistas efectuadas a representantes de organizaciones gays en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz evidencian una situación de permanente acoso y represión policial. Las redadas a sus centros de reunión (plazas, whiskerías, discotecas) son parte de una rutina. Para la policía, dice el representante del Movimiento Gay “Dignidad” de Cochabamba, ‘el afán número uno, siempre ha sido corretear a los gays, perseguirlos, acosarlos, como sea, donde estén y con quien estén... La política que ellos manejan es que los gays son los que corrompen a los menores de edad...’ [...]. Estas detenciones van acompañadas de tratos degradantes y violen-

tos: ‘... lo suben a palazos a las movilidades... lo empujan... yo puedo decir que he sido testigo y a la vez francamente golpeado... por nada más que querer defender a un amigo... por el simple hecho de que ellos se hormonizaban o tenían los pechos más largos les decían que se quiten las blusas y les ponían agarradores de ropa en los pezones... y después les daban en la espalda, en lo que es el nudo de la columna...’ (Santivañez, 1998: 77).

Por otro lado, estos escenarios no sólo corresponden a lugares públicos, sino muchas veces al propio espacio doméstico y su entorno más cercano. Por ejemplo, la violación al derecho de la seguridad personal, en el caso de las mujeres lesbianas, está profundamente relacionada con la violencia doméstica, ejercida por los padres, los hermanos, las parejas y las ex parejas, sean hombres o mujeres. Dicha violencia puede ser psicológica, física, sexual, o también mediante el acoso o la extorsión, la cual se complejiza si ellas tienen hijos(as), puesto que existe el riesgo de que los padres de los mismos los/as utilicen como medio para ejercer chantaje o acoso, entre otros. Sin duda, esto no significa que las mujeres no sean sometidas a violencia también en el espacio público o los hombres en el espacio doméstico. En el Perú, durante el 2009, fue posible recopilar veintitrés casos en los cuales se atentaba contra la seguridad de las personas debido a su orientación sexual e identidad de género, en donde se decía que “la mayor cantidad de agresiones es sufrida por las trans (15), seguida por las mujeres lesbianas (6) y por los gays (2). También se muestra cómo la PNP/serenazgo es el principal agresor (10), seguido por personas naturales (6), familiares (6) y las juntas vecinales (1)” (Jaime, 2010: 76).

En el caso de las personas trans (en este trabajo, sólo hemos podido conocer de casos referidos a mujeres trans), esta realidad se lleva a cabo en todos los niveles. Primero, en el espacio público, son objeto no sólo de ataques por parte de agresores, sino también de abusos provenientes de la policía y otros grupos armados (principalmente en el caso de Colombia). Por ejemplo, en Colombia, en el Informe de Colombia Diversa de 2006- 2007, se reportó el asesinato de al menos diecisiete travestis, evidenciándose que las principales agredidas por la violencia son mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, de igual manera “[...] se pudo establecer que las principales víctimas de abuso policial fueron las travestis junto con los integrantes de la comunidad que hacen visible su orientación sexual o su identidad de género en el espacio público” (Colombia Diversa, 2010: 5). El estudio elaborado por la activista trans Diana Navarro presenta la misma tendencia de violencia e inseguridad (Navarro, s/f: 5).

Para las personas trans la simple “incursión” en el espacio público es ya motivo de ataques, por lo cual la propia libertad de tránsito

es puesta en interdicto. En Ecuador, podemos ver que “en Quito, el 77% de las personas que participaron en el diagnóstico comunitario manifestaron que los lugares públicos como hospitales o la policía son los menos accesibles. Situación preocupante pues son precisamente estas instituciones las encargadas de velar por su salud y seguridad.” (Corporación Kimirina, 2009: 28). Esta tendencia contra la población trans es confirmada por diversos estudios como el *Informe de derechos humanos sobre la población trans (transexuales, travestis, transgéneros) de la ciudad de Lima 2009 del Instituto Runa*, en el cual se señala que de las 157 trans con quienes Runa realiza trabajo comunitario, el 82%, es decir 128 personas, dijeron haber sido agredidas al menos una vez durante el año 2009. Las agresiones comprenden un amplio espectro desde agresiones verbales hasta abuso de autoridad y lesiones graves, pasando por violencia sexual, extorsión y robo. También se detalla como el principal agresor sigue siendo la policía nacional y el serenazgo (un tipo de seguridad municipal) (Runa, 2010: 8-9).

Esta situación de violencia también se expresa cuando las personas trans emprenden viajes internacionales. Con respecto a esto, Mauro Cabral, en un estudio regional sobre la situación de dicha población, afirma: “ser trans implica, además, una reducción brutal de la libertad de movimiento entre Estados. Esta reducción no se vincula solamente con el gran número de dificultades –incluyendo las económicas– que encuentran muchas trans a la hora de obtener su pasaporte y, de ser necesario, su visado (el cual es negado, con altísima frecuencia, por antecedentes penales vinculados con el ejercicio de la prostitución, por la falta de recursos económicos y vínculos familiares “comprobables” y por el estatus serológico). También juega un rol central en esa reducción el trato discriminatorio que reciben muchas trans al cruzar las fronteras nacionales, allí donde la asociación entre disrupción de género y peligrosidad se potencia fuertemente” (Cabral, 2007: 10).

En segundo lugar, las mujeres trans encuentran en el hogar las primeras muestras de discriminación a través de la burla, el castigo físico o la expulsión a temprana edad, con lo cual se ven obligadas(os) a vivir en condiciones precarias, sin acceso a la educación formal, a la profesionalización, a la salud, al trabajo, entre otros. Esta problemática es crucial para entender los procesos de pauperización a los cuales son sometidas las personas trans. “Aquellas trans que provienen de familias que gozan de una situación económica más desahogada suelen contar con recursos iniciales apropiados –en particular, a nivel de acceso a la educación y a la salud. Sin embargo, y sin importar el origen económico-social, el alto número de trans tempranamente expulsadas de su núcleo familiar termina por traducirse en un número

también alto de trans severamente empobrecidas a lo largo de su vida” (Cabral, 2007: 6).

Esta experiencia de discriminación, que no sólo se limita a las personas trans, muestra con crudeza la misma condición que somete la propia vida, base del quehacer político, y mira cómo la compulsión de imponer un ideal de familia puede abrir un proceso de pauperización que entreteteje lo afectivo con lo económico. “La transfobia familiar, social e institucional viola de manera continua los derechos de las niñas y adolescentes trans, sometiéndolas a fuertes presiones “normalizadoras” que pueden incluir distintos tipos de violencia física y psíquica, llegando en algunos casos a la institucionalización y, en muchos casos, a la expulsión temprana del hogar, de la vida comunitaria y del sistema educativo. Esta dinámica expulsiva, que produce condiciones iniciales realmente disminuidas para las trans latinoamericanas, tiene consecuencias gravísimas que se extienden a lo largo de la vida” (Cabral, 2007: 7). Esta realidad nos interroga sobre los límites de la condición política, es decir, al presentar el hecho que el espacio doméstico, lugar donde articulamos nuestros primeros deseos y afectos, se caracteriza por una agresión y violencia “inimaginables”, debemos reflexionar sobre la propia humanidad. La negación de afecto y empatía aquí mostrada supera el ámbito del gusto como esa dimensión *a priori* que subyacía al juicio estético y moral, según Kant (Kristeva, 2001: 126-127), ¿quién podría obligar a alguien a tener afecto por otra persona? Así, esta transfobia familiar supera la dimensión del gusto, revelando la (i)lógica de las relaciones de poder. El rechazo y la violencia desmitifican la insistencia moderna de ver la familia como un ámbito de acogida y bienestar, y nos permite ver cómo se construye una política de los afectos y los sentimientos, en este caso una necropolítica. De esta manera, los afectos y sentimientos se muestran como producto de un entramado de relaciones que también dinamizan la marginalidad y la pobreza. Ante ello, ¿podrá decir algo el principio de libertad liberal frente a esta realidad? ¿Cómo hablar de libertad si la trama de la subjetividad se construye desde la negación? ¿Cómo hablar de desarrollo o mejor dicho qué tipo de desarrollo podemos imaginar de tal manera que aborde esta necropolítica de los afectos y sentimientos? Esto nos muestra que la última frontera para enfrentar el quehacer político es reconceptualizar el *gusto* como instancia natural, el cual demuestra, *a priori*, contener aquellos significantes heteronormativos, racistas, clasistas y misóginos.

Todo esto se constituye en un marco que nos permite observar que, en las sociedades andinas, la vida de la personas TLGBI tiene serias limitaciones. Así, se hacen pertinentes otras preguntas: ¿cómo llevar la vida a cabo dentro de estos contextos de vulnerabilidad?, ¿cómo

construir proyectos de vida en estas condiciones, donde el reducido acceso a múltiples bienes es restringido?, y ¿cómo es posible articular una respuesta por parte de las personas TLGBI, frente a una realidad que las pauperiza? ¿Cómo desear lo que tienes cuando sólo aparece la muerte? Preliminarmente, el marco de una respuesta se debería dar siendo conscientes de que “los derechos fundamentales y las libertades civiles; los principios en los que se basan los ordenamientos de las sociedades democráticas, los conceptos de ciudadanía e incluso de salud pública, camuflan bajo una apariencia honrosamente respetable y difícil de cuestionar en términos morales, un sistema tanatocrático, en el que el poder se expresa a través de la regulación, la gestión, la administración, la dosificación y la asignación de la muerte” (Llamas, 1995: 3).

Un acercamiento muy importante para analizar esta cuestión puede ser a través de un estudio sobre las condiciones de vida de mujeres en los centros penitenciarios, ya que estos son, según Margarita Camacho, un microcosmos donde las relaciones de poder ubicadas en la sociedad se reproducen a través de una jerarquización y sexualización contra las personas trans. Camacho, en su libro *Cuerpos cerrados. Cuerpos emancipados*, describe las condiciones de las poblaciones trans en un centro penitenciario de la ciudad de Quito, a partir de lo cual muestra las diversas condiciones sociales en donde las personas transgeneristas han sido socializadas. Su acercamiento a la realidad trans, sin duda, resulta interesante debido a la visibilización de las relaciones entre los procesos de construcción de la subjetividad y los procesos de marginalización y vulnerabilidad, presentes en los cuerpos trans. Camacho, a través de técnicas cualitativas, analiza las historias de estas mujeres, las cuales develan los mecanismos de exclusión a las cuales fueron sometidas por ser como son. Muchas de estas historias están enmarcadas dentro del trabajo sexual, mecanismo de sobrevivencia mediante el cual las personas trans pueden acceder a algunos bienes con los cuales llevan a cabo sus proyectos de vida. De esta manera, podemos entender que “el escándalo travesti es una estrategia de *resemantización*: los travestis transgreden las buenas costumbres y la sociedad civil no por su rechazo a la vergüenza, sino habitando la vergüenza como un espacio para interpelar a los demás y así incriminarlos” (Camacho, 2007: 59).

Incluso en estos contextos, existe una respuesta de afirmación que reconfigura las propias relaciones de dominación, un *inter-dicto*, ya que “[...] aunque las travestis viven en un estado de vulnerabilidad dentro de la cárcel, ellas han construido una serie de estrategias y agencias ligadas a la dinámica deseante de su identidad y a sus prácticas de género. Se generan así ciertas ventajas, por lo tanto, una relativa mejor condición para el ‘aprovechamiento de oportunidades’”

(Camacho, 2007: 129). Con seguridad, el desarrollo debe mirar esos espacios intersticiales donde la demanda se empieza a articular, dentro de contextos de extrema pobreza y vulnerabilidad.

Una segunda instancia para reflexionar sobre las condiciones de vida está referida a analizar las condiciones materiales con las que una persona tiene acceso a diferentes bienes y servicios, posibilitando analizar la capacidad de construir un proyecto de vida a la población TLGBI. Para algunos autores estas condiciones podrían ser incorporadas en la categoría de nueva pobreza, la cual consiste en una situación social caracterizada por el aumento de la pobreza urbana y el cambio de la composición en lo que se refiere a la complejidad y heterogeneidad de dicho fenómeno. “En Latinoamérica, décadas atrás, la pobreza se circunscribía con fuerza a las áreas rurales en declinación. Hoy en día, las grandes ciudades y sus periferias registran un rápido aumento de población pobre, y algunas de sus zonas van convirtiéndose en enclaves ampliados de pobreza” (Meccia *et al.*, 2004: 8).

En el imaginario social y académico, estas identidades aparecen como un fenómeno relativamente nuevo, insertas usualmente en contextos urbanos. Esto tiene cierta verosimilitud si tomamos en cuenta los trabajos que han definido esta problemática, lo cual no implica, al menos, reconocer la importancia de investigar más sobre la situación de personas con prácticas homoeróticas y transgeneristas en el ámbito rural.

En este sentido, la pobreza vivida entre las personas TLGBI de la región presenta múltiples niveles. La representación de estas condiciones de vida entrelaza un puente desde las problemáticas de orden social y económico hasta las de orden íntimo. De esta manera, ¿cómo se configura la pobreza en el orden social y económico para las personas TLGBI? En términos generales, a través de la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género.

Un acercamiento a esta realidad, lo tomamos del único trabajo cuantitativo realizado en la región andina que ha trabajado la discriminación en Bolivia no desde las variables del VIH/sida, sino interrogando directamente, sobre todo el abanico de la discriminación a lesbianas, gay, trans y bisexuales¹. En este trabajo podemos observar que veinticuatro de cada cien personas TLGBI, han percibido en su

1 Existen muchos trabajos cuantitativos dirigidos a población gay y mujeres trans que sondean sobre algunos aspectos de la discriminación pero sólo referido a la epidemia del VIH, usualmente usando la metodología CAP (conocimiento, actitud y práctica). Otros realizan acercamientos cualitativos sobre las mismas relaciones. También, existen encuestas realizadas en el contexto de las Marchas del Orgullo, cuyo muestra está reducida a los/as asistentes de dicho evento, sin embargo sólo se ha realizado en la ciudad de Bogotá.

vida alguna forma de discriminación, donde la población con mayor discriminación es la población trans con un índice de 49,1 (Creative Consulting Group, 2011: XIII). Por otro lado, con respecto a la violencia, refleja que siete de cada diez personas han sufrido algún tipo de agresión, donde el índice de violencia psicológica, en todos los casos y todos los ámbitos, es el más frecuente (Creative Consulting Group, 2011: XIII).

En un análisis desagregado según ámbitos de convivencia, el trabajo señala que “un tercio de las poblaciones TLGB ha sufrido algún tipo de discriminación en una institución educativa, de donde la población trans es la más discriminada en los centros educativos (47,4%)” (Creative Consulting Group, 2011: XIII), a pesar que “las instituciones que más contacto tienen con las poblaciones TLGB, son los centros educativos desde la primaria hasta la universitaria, los centros de salud, desde los hospitales públicos hasta las clínicas privadas, y finalmente los juzgados y otras de justicia” (Creative Consulting Group, 2011: 9).

Frente a esta situación, lo más preocupante es la decisión de no denunciar, lo cual permite observar cómo las dificultades se insertan en relaciones de exclusión mucho más profundas, donde “sólo una de cada siete personas, denuncia los actos de violencia de las que son víctimas. Unos afirman que no hay respuesta positiva y que las autoridades no hacen nada. Otros no denuncian por temor a que su condición de persona TLGB quede al descubierto en los medios de comunicación” (Creative Consulting Group, 2011: XIII). En ese contexto, según Díaz, “la marginación, la pobreza, la falta de acceso a la educación, salud, protección y la falta de reconocimiento [son] situaciones que conllevan una dimensión estructural, de tal manera, que además es un imperativo el cambio de la sociedad boliviana, con mira de crear condiciones de igualdad, proceso que demanda varios años” (Creative Consulting Group, 2011: 7).

Paralelamente, en Ecuador, Margarita Camacho, en su libro *Diversidades sexuales y de género: exclusión social e inserción laboral en Quito*, plantea un estudio pionero a partir del cual plantea relaciones entre el ámbito laboral y la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Para ello, utiliza datos elaborados mediante una encuesta dirigida a recabar las percepciones sobre las condiciones de vida, en donde compara las percepciones de personas heterosexuales, homosexuales y transexuales. Los datos presentados muestran cómo las personas gays, lesbianas y trans presentan menor inserción en el mercado laboral que las personas heterosexuales; sin embargo, hay que resaltar que en su estudio se hace mayor énfasis en el hecho de que las personas trans son las que menos acceden al mercado formal

del trabajo, y cuyas principales actividades económicas están referidas al trabajo sexual y las peluquerías, “espacios donde las trans y los homosexuales asumidos públicamente no tienen los beneficios de ley ni acceden a servicios básicos como la atención médica, estabilidad laboral, seguridad social, etcétera” (Camacho, 2009: 116).

También señala que, en algunos casos, la intolerancia normativa en el ámbito laboral llega a excluir, aislar e inclusive subordinar a la mayoría de personas TLBGI, insertas “en ambientes heterocentros de trabajo”, donde tienen que desempeñarse y negociar en condiciones inequitativas, ya que el sistema político entiende al “principio de igualdad en su escueta y originaria versión liberal como simple producto de la condición de ‘generalidad’ que debe predicarse de la relación que liga a la ley con el ciudadano”, en palabras de Ángel Garrorena (Camacho, 2009: 118).

Camacho se interroga si “¿la práctica sexual “chueca” y la condición de género, pueden excluir laboralmente a algunas personas?” (Camacho, 2007: 43). Ella responde que “la desigual distribución de los recursos, es sin duda la base de la desigualdad global y local. Pero en el caso de las trans y de algunos homosexuales varones de Quito, estas personas se encuentran en condiciones aún más precarias que otros actores sociales en condición de riesgo; como consecuencia de haberse feminizado abierta y frontalmente en la esfera social. Lo que ha implicado que la mayoría de los casos no hayan podido mantenerse dentro de la red del sistema educativo formal; de donde fueron rechazados, avergonzados y violentados” (Camacho, 2007: 50). También señala, citando a Chamberland, que “las lesbianas son más reticentes que los hombres gays para revelar su orientación sexual en el centro de trabajo, ya que ellas temen ser discriminadas también como mujeres” (Camacho, 2007: 76).

Es importante resaltar cómo su análisis yuxtapone diversas dimensiones de análisis, intentando mostrar las relaciones dadas entre la discriminación laboral por orientación sexual e identidad de género y otros ámbitos como la educación y la vivienda. “De hecho, es muy difícil para lesbianas, bisexuales, trans, gays, homosexuales e intersexuales acceder a una vivienda o a una plaza de trabajo bien remunerada en condiciones de respeto y dignidad si se llega a conocer su orientación sexual y de género” (Camacho, 2007: 117).

Entre sus conclusiones anota que los grupos de personas trans, gays y lesbianas, en comparación con el grupo de personas heterosexuales, dentro de la muestra analizada, “están en condiciones precarias: dedicadas/os a las labores informales e independientes” (Camacho, 2007: 110), sin acceso a la seguridad social, ni a otros derechos laborales. “En la muestra investigada se observa que un poco más de

la mitad de los individuos pertenecientes al grupo hetero tienen seguridad social y están afiliados al IESS; a diferencia del grupo trans, donde apenas dos de cada diez individuos tienen afiliación al IESS” (Camacho, 2007: 137).

En particular señala que “en el caso del grupo trans, la actividad laboral en la que se insertan, la suelen conseguir prioritariamente por vínculos relacionales con personas conocidas previamente, en su lugar de procedencia o en el vecindario. Es en estos espacios urbanos donde ellas, construyen nuevos sistemas de vida, estructurados a base de nuevos modelos familiares, cimentados en necesidades y circunstancias similares que las identifica, con lazos de amistad y compañerismo de un claro matiz comunitario” (Camacho, 2007: 111).

En el primer orden, una consecuencia de la vulnerabilidad es la negación del derecho a la identidad en particular para la población trans. Algunos estudios en la región muestran cómo este problema es determinante al momento de comprender la vida de las personas trans. El estudio realizado en Perú por Salazar y Villayzán “[...] apunta la importancia que tiene la identidad y el reconocimiento de ésta para las personas trans; y cuya falta de reconocimiento impide que se sientan cómodas de acceder, por ejemplo, al servicio de salud” (Salazar *et al.*, 2010: 15). Esta problemática ha sido parcialmente abordada en la región mediante fallos judiciales, sin embargo, siempre se requiere una cirugía de reasignación de sexo para acceder al cambio de sexo, lo cual limita gravemente dicho derecho (Navarro, s/f: 15).

Esta demanda por la identidad trans se inserta en un proceso mucho mayor, el cual se desplaza en la propia corporalidad. Un conjunto de factores constituyen este puente ya que “la identidad de género femenina de la población trans se visibiliza físicamente a través de la adquisición paulatina de características femeninas, que se van logrando a través de un largo proceso, físico y psicológico que en muchos casos se realiza de manera empírica, poniendo en riesgo la vida de ellas. Este proceso no corresponde únicamente a una cuestión estética, sino que implica la realización personal sobre cómo ellas se ven a sí mismas y cómo quieren ser vistas por los demás” (Salazar *et al.*, 2010: 16). Así pues, la búsqueda del reconocimiento de la identidad interpela directamente al sistema a transformar la naturalización del cuerpo biológico como un destino inalterable, y sin duda, a quebrar el imaginario dimórfico de la sexualidad. “La identidad no sólo se refleja en el cuerpo, sino en la necesidad de ser tratada en la vida cotidiana de acuerdo a esta identidad, lo cual expresaría el respeto y legitimación social de la misma” (Salazar *et al.*, 2010: 16).

Esta ruta resulta en la importancia de obtener una nueva epistemología que comprenda la libertad, a pesar de los discursos que la tra-

tan de encasillar constantemente. La política heteronormativa sobre el cuerpo ha intentado normalizarlo siempre mediante una serie de prácticas y normativas, además de sólo ver posibilidades en su cumplimiento. En torno a ello, podemos ver cómo también las miradas desde los discursos del desarrollo dan por supuesto esta naturalización, al leer dichas propuestas lo masculino y lo femenino se establecen como dos extremos estancos a partir de los cuales se proponen estrategias y acciones. Tal como afirman Correa y Jolly, “development interventions have been and in many cases still are based on essentialist understandings of sexuality as a natural drive, which needs to be controlled and channeled in particular ways to limits its damaging effects. Development interventions have always dealt with sexuality, albeit in an unconscious and usually negative way, in relation to population control, disease and violence” (Correa y Jolly, 2006: 6). La demanda trans sobre una reconfiguración del cuerpo se ubica en la posibilidad de pensar en el desarrollo más allá de la lógica de la necesidad. Un primer paso es, sin duda, plantear que el desarrollo no sólo tiene relación con las condiciones económicas sino con la libertad, la sexualidad y otras demandas. Por ejemplo, si el desarrollo es visto, a grandes rasgos, como progreso, en un contexto mundial donde la sexualidad es vista como peligrosa –fuente de epidemias y desbordes poblacionales–, la consecuencia es un discurso desarrollista sexofóbico. En cambio, debemos pensar la sexualidad “as a source of affirmation, pleasure, intimacy and love” (Correa y Jolly, 2006: 18).

Sin embargo, como hemos visto ya, muchas veces, categorías como libertad, bienestar y felicidad están encasilladas en modelos rígidos (heteronormativos), por ello, es importante incidir en articular una desconstrucción de aquellos elementos considerados naturales como el cuerpo, la identidad y la familia, entre otros. No sólo basta con vincular el desarrollo con la sexualidad –algo que ha sido hecho de manera negativa desde los discursos desarrollistas, ejemplos de ello es el VIH/sida o el control de la natalidad–, sino también hay que ligarlo con la transformación de una estructura económica y libidinal que permita fortalecer las demandas de hombres y mujeres.

Esta labor de reconceptualización debería empezar viendo los rasgos de la pobreza desde otro lugar, en el cual si bien se reproducen una serie de elementos convencionalmente comprendidos en ella, deja desplazarla desde la necesidad a la demanda, entendida esta última como una articulación del goce desde el lenguaje. Para crear un puente conceptual entre lo libidinal y lo económico es necesario recurrir al concepto de goce siempre inscripto en lo “real”. Esta perspectiva sólo es posible al ver que las condiciones de vida de las personas TLGBI no sólo se desprenden de relaciones de redistribución simplemente

económicas, sino que están basadas en la propia abyección a la cual han sido sometidas.

Las personas TLGBI –también otros grupos, los/as afrodescendientes, los/as indígenas, varios grupos de mujeres, entre otros– han sido inscritas en el registro del goce y de la abyección por el discurso hegemónico. Ese es el lugar que les ha sido dado para habitar. En este orden de ideas, goce y abyección pertenecen al mismo registro, los cuales desde un discurso hegemónico han sido abandonados por el lenguaje. El iniciar el camino teórico por el goce y la abyección, nos permite no plantear el quehacer político desde la reproducción de un ideal –heteronormativo, sexista, racista y clasista–, sino reconfigurando los propios dispositivos de la dominación. Para ello, la propuesta no debe permanecer en este régimen de abyección, sino politizarlo, articularlo mediante un lenguaje propio y situado.

LA GESTIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS TLGBI EN LA REGIÓN ANDINA

LOS SISTEMAS DE SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Es importante tener en cuenta que las personas TLGBI y sus respectivas problemáticas en salud se incorporan dentro de un sistema de salud específico, el cual posee algunas características dentro de la región andina. López afirma que la primera generación de reformas se basó en dos discursos sanitarios hegemónicos: el del Estado benefactor y el de la atención primaria, aunque señala también que ninguno de los dos se aplicó totalmente en la mayor parte de los países andinos. Por ello, el autor afirma la inexistencia generalizada de sistemas únicos o nacionales de salud en América Latina (López, 2003: 33-34). La satisfacción del cliente es el fin principal de los enfoques más tradicionales sobre la calidad. Así, este enfoque manifiesta una perspectiva mercantilista de las acciones en salud, pues se concentra en la satisfacción del cliente interno/externo, la relación costo-beneficio, la calidad entendida como la venta de un producto y la eficiencia como meta de la calidad de atención (López *et al.*, 2003: 32). En contraste, Juan Arroyo sostiene que existen nuevas tendencias de reforma en la actualidad en Latinoamérica. Estas nuevas concepciones se basan en una reforma sanitaria silenciosa, es decir, existe una reforma cultural y simbólica en el núcleo de estos cambios. De esta manera, ya no sólo deben evaluarse los dispositivos jurídicos o la estructura organizacional o financiera, sino el modelo general, los paradigmas y discursos que se expresan, así como sus ideas y valores fundamentales (Arroyo, 1997).

Estos primeros elementos mencionados, nos permiten mirar cómo estos procesos podrían integrar a las personas TLGBI dentro de

la gestión, analizando los límites y posibilidades de dicha integración. Para ello, es importante describir algunas características de cada uno de los sistemas, con el fin de valorar las condiciones y explicar las lógicas de intervención. En términos generales, los sistemas de salud de la región, inician en la década de los noventa del siglo pasado múltiples procesos de reforma en torno al modelo neoliberal.

En Bolivia, por los años noventa, se llevaron a cabo reformas políticas y sociales, las cuales tendrían como consecuencia la reforma constitucional del Estado. Esto significó un proceso de descentralización a nivel político y administrativo, con lo cual la inversión de recursos se dirigió a ámbitos como la educación, la equidad de género, entre otros. Con respecto a la salud, se implementó el Seguro Nacional de Maternidad e Infancia y el Seguro de Salud para mayores de 60 años, así como políticas que abarquen las ITS (Pimenta *et al.*, 2006: 8).

El sistema de salud boliviano está compuesto por el servicio público, el seguro social, el seguro privado y la medicina tradicional. Según el informe de la Organización Panamericana de Salud (OPS), el sistema de salud boliviano está fragmentado, principalmente en el público y el seguro social. Este es uno de sus mayores y más grandes problemas, con esto se reproducen desigualdades de acceso a los servicios de salud. Sobre la cobertura de la salud en Bolivia, se posee informaciones muy deficientes (OPS, 2004). Hasta 1997, con un estudio no muy riguroso, según Pimienta, se supo que del 66.3% de la población, el 30% utiliza el servicio público de salud, el 25,8% usa el seguro social, y el 10,5% el servicio privado (10% por ONG y 0,5% por seguros privados). Pese a esto, 37,7% no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud, a no ser quizás de la medicina tradicional (Pimenta *et al.*, 2006: 8).

En 1984, ya se había instaurado la Ley de Participación Popular, con la que se dictamina que la responsabilidad de la infraestructura pública de salud se transfiera hacia los Gobiernos municipales. Con ello, se estableció que la gestión de los recursos humanos esté bajo la administración central del Ministerio de la Salud y Deporte. Así, el Ministerio de la Salud se convirtió en el actor principal en la implementación de programas especiales con carácter de promoción y prevención de la salud, de cuño nacional y gratuito. Sin embargo, la atención a la salud pública no llegó a ser totalmente gratuita. Asimismo, estos servicios son de baja calidad, y las usan sólo personas pobres o que habitan en las calles (Pimenta *et al.*, 2006: 9-10).

El sistema de salud pública está subsidiado en parte por el Ministerio de Salud con el fin de abarcar sin costo alguno atención para mujeres embarazadas y niños hasta los cinco años, a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el cual se sostiene con el

presupuesto nacional y el apoyo económico extranjero (Pimenta et al., 2006: 10). Un conjunto de acontecimientos propician el origen del proceso de reforma del sector salud, entre ellos cabe resaltar el impulso a la gestión, administración y descentralización, el desarrollo de distritos, la mejoría de la infraestructura de los servicios de salud entre 1989 y 1993, y la creación posterior de los seguros materno-infantiles y de vejez.

La entonces Confederación Médica Sindical de Bolivia formula como una reivindicación social, en los años sesenta, que el acceso universal de la población sea gratuito en los establecimientos de salud. Este sistema fue retomado por el Colegio Médico de Bolivia bajo el nombre de Sistema Único de Salud.

Por otro lado, por primera vez se implementa, a fines de los años setenta, un Sistema Nacional de Salud que no es monopolístico ni hegemónico, el cual se basó en un modelo de atención con el que se incluyen los subsectores. A fines de la década del ochenta, es desarrollada una propuesta de transformación en salud por el EMSO/Banco Mundial. Uno de sus objetivos era la formación de Gobiernos departamentales en salud.

La Ley de Participación Popular inició la discusión de la Reforma en Salud con el argumento de que “Bolivia requiere de una profunda reforma de su sistema nacional de salud porque con el actual no puede saldar la deuda social acumulada, no puede reparar los daños ni crear mecanismos permanentes y eficaces de atención a las necesidades de su población conforme a los cambios iniciados en el país y como un factor dinamizador del desarrollo”. Con esta propuesta, se buscó implementar seguro universal de salud que garantizara a los bolivianos un paquete básico de atención.

Desde 1994, se han establecido reformas como las leyes de Participación Popular y de Descentralización, las cuales señalan una redefinición, en cuanto al sector salud, de las competencias de las instancias del Poder Ejecutivo y las de los Gobiernos municipales. La estructura de descentralización basada en el ámbito municipal, sin embargo, no ha sido seguida por el sector salud, con lo cual se mantienen los distritos de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2001: 17-18).

En Perú, a mediados de los años noventa, se dio inicio a la reforma de salud. No obstante, con una orientación poco definida, pues existían iniciativas simplemente superpuestas y desarticuladas entre sí. En este contexto, en lo concerniente a la gestión de los servicios del primer y segundo nivel a través de los CLAS, cabe destacar la participación ciudadana, además también determinadas medidas para la mejora de la calidad y la eficiencia de los sistemas de gestión.

Asimismo, se instauró el Seguro Escolar Gratuito, pero de modo apresurado. Luego, se creó el Seguro de Maternidad y Niñez. Desde enero del 2002, el Seguro Integral de Salud (SIS), incluye ambos seguros antes mencionados.

En 1997, el sector salud fue renovado en el ámbito jurídico con la Ley General de Salud (LGS) y la Ley de Modernización de Seguridad Social (LMSS). Basado en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), el Seguro Social de Salud (EsSALUD) fue creado en 1999. Con la LGS, el Estado se limitó a la provisión de servicios de salud pública, es decir, la promoción de la cobertura de atención de salud, mas no la garantiza. Por otro lado, la LMSS permitió que el sector privado acceda a la prestación de seguros de salud para atenciones de baja complejidad, a través de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) (Ministerio de Salud, 2005: 77).

La creación del Seguro Integral de Salud (SIS) fue de gran importancia, pues con éste se buscó erradicar la discriminación y estigmatización de las personas en estado de pobreza a través de la universalidad en el acceso y la priorización de grupos vulnerables: niños menores de cinco años, escolares hasta los diecisiete años y madres gestantes y lactantes. Ya con menos obstáculos económicos, el SIS debe hoy en día mejorar la atención, especialmente, su adecuación en zonas rurales. En la actualidad, el enfoque universalista ya se ha perdido.

La puesta en funcionamiento del SIS como seguro público de nuevo tipo planteaba la potencialidad de no sólo [sic] convertirse en una alternativa real para los sectores más pobres y vulnerables del país, sino que postula un nuevo enfoque para la seguridad social en salud. EsSALUD se basa en un esquema de financiamiento contributivo, de origen bismarckiano, que se sustenta en el crecimiento del pleno empleo formal. Dada la estructura ocupacional de la economía peruana los límites de ampliación de cobertura del régimen contributivo son muy limitados. Por eso, la cobertura real es menor que hace veinticinco años y en la actualidad sólo cubre a una de cinco personas. La perspectiva es la convergencia del SIS con EsSALUD en un único Seguro Universal de Salud, que combine el régimen contributivo con el no contributivo. Al final, serán los recursos fiscales los que financiarán la integridad del seguro universal, a la manera del esquema de Beveridge del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. Esta perspectiva del SIS ha quedado, sin embargo, como tarea pendiente (Ministerio de Salud, 2005: 78).

La equidad ha sido entendida como el fundamento del principio de prioridad hacia los más pobres. Cuando este fundamento es traducido al plano de las orientaciones de política, se implica elevar la categoría operacional de la 'focalización' al rango de principio operador.

“Por eso, en nombre de una manera particular de entender la eficiencia y la equidad, se ha dejado de lado el principio de la universalidad; incluso no falta quien ha llegado a hablar del nuevo concepto de ‘universalidad modificada’, argumentando la supuesta inequidad subyacente a la universalidad entendida de manera indiscriminada. Los principios de acción afirmativa (o discriminación positiva) no se entienden necesariamente como medios transitorios en la búsqueda de la universalidad, sino como fines por sí mismos” (Ministerio de Salud, 2005: 79). Es importante tener en cuenta esta realidad sobre todo cuando nos enfrentamos a la realidad TLGBI. Cuando los Estados estructuran sus políticas de focalización lo hacen en relación con algunos grupos, mujeres gestantes, niños, niñas y personas de la tercera edad, quienes viven en estados de pobreza. En ese sentido, sería vital preguntarnos cómo la población TLGBI, discriminada y excluida debido a sus prácticas y deseos, donde el estereotipo y el prejuicio los define como enfermos y desbordados, podría ser considerada como una población “digna” de ser focalizada. En esta lógica de focalización como forma de implementar la equidad o construir la “universalidad modificada”, las personas TLGBI no encontraría una respuesta a sus demandas.

El Aseguramiento Universal en Salud (ASU) presenta, según el Colegio Médico del Perú, algunas desventajas, como las siguientes: este Aseguramiento sólo apunta a una cobertura mínima, y no hacia la cobertura total; “el financiamiento del SIS no es sostenible, al establecerle como base un porcentaje del producto bruto interno sujeto a la disponibilidad presupuestal, que disminuye en épocas de crisis”, y finalmente, debilita al Gobierno y al sector salud, pues acentúa su fragmentación y los privilegios de administradoras públicas que funcionan como privadas al no rendir cuentas a la población (Petrera, 2012: 48).

El paradigma empleado con mayor difusión en la región andina es el implementado desde 1994 en Colombia. Este consiste en que la provisión de servicios no es exclusivamente de carácter público, pues los contratos pueden resultar ser atractivos o rentables para el sector privado. “Aquí se introduce la mediación de empresas contratadoras que se encargan del control de la provisión de servicios, no sólo para el sector público, sino también para el seguro financiero con la contribución obligatoria por parte de los usuarios, eximiéndose a los empresarios del pago de aportes. De esta manera, se termina financiando con fondos públicos y de la propia población, de manera individual, la provisión privada de servicios de salud. La reforma colombiana es el paradigma por excelencia de esta opción estratégica” (Ministerio de Salud, 2005: 80-81). Colombia manifiesta en su modelo la idea del pluralismo estructurado, con el cual pretende garantizar la universalidad en el acceso a la salud, gracias a un fondo público unificado y un pluralismo en la atención (Ministerio de Salud, 2005: 81).

Colombia, desde mediados de los años ochenta y ya con intensidad en los noventa, vivió un proceso de reconfiguración de su sistema de salud. Esto se debió a diversos factores, a saber: la crisis del estado de bienestar y el mayor interés hacia las concepciones políticas neoliberales; la minimización del rol conductor del Estado sobre los procesos de desarrollo, el aumento de las expectativas de la población con los sistemas y servicios de salud; la emergencia del capitalismo, que acentuó la necesidad de acomodar los sistemas de salud a los circuitos económicos, políticos, tecnológicos y culturales hegemónicos y sectoriales; la creciente intención de lograr mayores cuotas de participación en el mercado de salud de parte de grupos de presión sectoriales y extrasectoriales –ambos nacionales o extranjeros.

El servicio de salud fue analizado desde ámbitos como la eficacia, la eficiencia y la equidad, en especial, por influencia de la globalización y el liderazgo de nuevos agentes internacionales en materia de salud. Así, la salud se vio altamente afectada por el concepto de mercado, cambio marcado por una política y un desarrollo económico-social neoliberales. En 1975, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se crea el Sistema Nacional de Salud Colombiano (SNS), anterior a la Ley 100. Su objetivo fue garantizar la salud como un derecho humano fundamental e integral a través de la promoción de un proceso nacional y local.

Con el fin de cubrir las necesidades de salud de la población, entre las estrategias del sistema se incluían el saneamiento básico, los programas en salud pública, la atención primaria en salud incluyendo medidas de prevención y promoción. Casi a fines de los ochenta, sin embargo, acontecieron diversos esfuerzos por privatizar la salud. No obstante, el modelo de salud aún presentaba fallas. El sistema no era, pues, ni universal ni equitativo, ya que no toda la población tenía acceso y la calidad de la atención era diferenciada. Asimismo, existían problemas de corrupción en cuanto al manejo de recursos públicos (González, 2011).

No obstante, la Ley 100 de 1993 estableció un nuevo marco jurídico que reorganizó la seguridad social en las áreas de salud, pensiones y riesgos profesionales. Propuestas legislativas de este tipo, pese a su especificidad colombiana, estuvieron dictándose en diversos países de América Latina y el resto del mundo. Así, se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, reglamentado por la Ley 100. Este nuevo sistema se puede pensar como un modelo neoconstitucional o neoclásico del neoliberalismo, pues con él se prioriza el libre mercado, uniéndolo con el derecho individual a la propiedad. En otras palabras, “por un lado propone un libre mercado de seguros pero, por otro, necesita dividir lo que corresponde al interés público (de consumo general y a cargo del Estado, por ejemplo, las vacunas para evitar epidemias) del interés privado (de consumo individual, por ejemplo,

curarse de las enfermedades), siguiendo el modelo conocido como manejo social del riesgo” (González, 2011: 14).

Esta nueva concepción de la salud dentro del sistema colombiano es la expresión más clara sobre la privatización de lo público, en este caso en el ámbito de la salud. Una de las estrategias es fusionarlo con un lenguaje que incentive una gerencia social tecnocrática, de tal manera que “lo público se considerará costo-efectivo y financiado por el Estado, lo privado de consumo individual. De esta forma, con el nuevo sistema se marcará la transición más fuerte en las concepciones sobre salud en el país. Sus proponentes, basados en parámetros econométricos empresariales aplicados a la salud, lo llamaron “pluralismo estructurado”, es decir, una estructura con múltiples opciones de servicios. Para sus opositores, el sistema no deja de ser una “regulación de mercados” en el que priman los intereses lucrativos de empresas privadas sobre la salud pública y las necesidades en salud de las poblaciones” (González, 2011).

Se arguyó a favor de la reforma colombiana que ésta, a diferencia de Chile, no representaba una privatización agresiva, con lo cual se podría decir que había sido mejorada. Esto fue posible gracias a que se introdujeron en ella los principios de equidad financiera y protección a los clientes, los cuales generalmente ocupan un lugar marginal en los sistemas altamente privatizados. Asimismo, el mecanismo de recuperación de costos de la reforma permitió eliminar la atención gratuita, uno de los objetivos de esta reforma, lográndolo al pasar del subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda. La estratificación de los usuarios según su capacidad de pago fue relevante para determinar cuánto se subsidiaría y a quiénes se les exigiría cierta cantidad económica. De esta manera, el mercado se regularía por la interacción de compradores y vendedores, pues estarían separadas la financiación y la provisión de los servicios, lo cual traería como consecuencia una “equidad financiera”: “los ricos pagan más por el servicio y ayudan a subsidiar el servicio de los pobres” (González, 2011).

La OMS calificó al nuevo sistema de salud colombiano como el mejor del continente y uno de los mejores del mundo. No obstante, esta calificación fue duramente criticada, porque con ello, la OMS legitimaba un sistema de pensamiento y un sistema organizacional que favorecía los intereses económicos de la medicina basada en los mercados.

Uno de los puntos favorables de la reforma de salud, por encima del modelo antiguo, es el mayor número de personas que acceden a este servicio, pues existe una mayor cobertura en seguros. Sin embargo, se ha demostrado, según algunos estudios, que la cobertura en seguros no es acceso a los servicios en salud, el cual se ha hecho más lento, burocratizado. Además, los costos en salud han aumentado y existen mayores retrocesos en mortalidad materna, disminución en tasas de vacunación, crisis en e incluso cierres de algunos hospitales públicos.

“Todos los cambios enunciados anteriormente definieron una estructura del sistema de salud que afecta directamente la atención que reciben las PVVS, aumentando los procesos burocráticos y subyugando el derecho a la salud ante la prestación de servicios de salud que se compran y venden al interior de un mercado” (González, 2011: 13-17).

Por último, en Ecuador, el sistema de salud se conforma por los sectores público y privado. El ámbito público se compone por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social, es decir, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Asimismo, el MIES y las municipalidades, también enfocadas principalmente en la población no asegurada, ofrecen atención a través de diversos programas y establecimientos de salud. Finalmente, las instituciones de seguridad social son las responsables de atender a la población asalariada afiliada. Por otra parte, en el sector privado, se encuentran aquellas entidades como hospitales, clínicas, dispensarios consultorios, farmacias y empresas de medicina prepaga, las cuales se caracterizan por su finalidad de lucrar. A su vez, dentro de este rubro, existen organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social.

La responsabilidad del Estado de proporcionar servicios de salud que sean inclusivos derivó a que en 1994 se promulgara la Ley de Maternidad Gratuita (LMG), reformada en 1998, la cual se constituyó en un seguro de salud para las mujeres durante su embarazo, parto y posparto. También la Ley contempla la atención a los recién nacidos y los menores de cinco años. En 2007, la LMG fue asumida como un programa regular por el MSP.

Del mismo modo, Ecuador se encarga de gestionar el otorgamiento del Bono de Desarrollo Humano (BDH), que es una transferencia monetaria mensual a las personas en situación de pobreza. Sus beneficiarios son familias que reciben menos de dos quintiles de ingresos, de acuerdo con el índice de bienestar del Sistema de Selección de Beneficiarios. Para fijar los recursos de una familia, se consideran la composición demográfica del hogar, sus activos y otras variables. Si se tienen hijos menores de edad, el bono debe cumplir los requisitos del Programa de Protección Social, donde se incluyen metas de atención de salud y asistencia a la educación. En el ámbito de la salud, se pretende con este Programa disminuir la desnutrición crónica y enfermedades prevenibles en menores de cinco años. Asimismo, para cubrir el tratamiento de enfermedades de alto costo, se creó en el 2007 el Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas, a la que en el 2010 se destinó un presupuesto de 60 millones de dólares.

En la nueva Constitución del 2008 se indica que la salud es un derecho garantizado por el Estado, vinculado de modo integral con otros ámbitos, como la educación, la cultura física, los ambientes sanos, y que se gestionará a través de políticas económicas, sociales, entre otras. Se afirma también que el acceso a la salud será permanente, oportuno y sin exclusión.

Así, la provisión más amplia de servicios es implementada por el MSP. En el MSP, se gestiona el manejo del 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales emblemáticos del país más grandes cubren a alrededor del 51% de la población ecuatoriana. Los empleados formales y el sector campesino tienen el derecho a afiliarse al IESS, instituto que abarca como mínimo el 20% de habitantes ecuatorianos. Por otro lado, el ISSFA y el ISSPOL alcanzan a atender a aproximadamente el 5% de la población con seguros públicos de tipo familiar, los cuales integran a los hijos hasta los veinticinco años. Como se observa en la práctica, la cobertura de la salud, incluso con servicios a veces de baja calidad, es limitada (Lucio, 2011: 180-184).

Aquellas personas inscritas en algún instituto de seguridad social reciben mayores beneficios en salud. De esta manera, en el IESS, sus asegurados pueden acceder a asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral. Estas prestaciones consideran consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de ortesis y prótesis; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio en dinero por enfermedad, y atención en unidades médicas ajenas al IESS. Los beneficiarios también pueden obtener compensación de gastos médicos y atención médica a través de convenios suscritos con diversas clínicas privadas.

Con respecto del ISSFA, sus miembros acceden a servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes aquejados por padecimientos crónicos graves. Sólo el titular tiene una cobertura total; sus dependientes, excluyendo a los padres, para ciertas enfermedades. El ISSPOL brinda servicios de asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, de hospitalización y farmacéutica, prótesis, ortesis y rehabilitación, así como acciones de medicina preventiva.

Antes de formar parte del MSP, la LMG cubría por separado las medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los menores de cinco años de edad. Actualmente, la LMG complementa los servicios regulares del MSP.

Desde agosto de 2009, el subsidio directo más grande que otorga el Gobierno a la población en estado de pobreza dentro del sector social es brindado a través del BDH. Este asciende a 35 dólares mensuales para el jefe de familia. En 2011, el presupuesto para este programa alcanza los

500 millones de dólares. Por otro lado, el Programa de Enfermedades Catastróficas se ocupa de casos con un límite de hasta 100 mil dólares, luego de ser aprobados por un comité técnico. En 2009, el costo promedio por caso fue de 9.600 dólares. De mantenerse el presupuesto del 2010 en el 2011, el Programa bien podría llegar a cubrir alrededor de 6 mil casos.

Cuadro N° 15
Acceso al sistema de salud en Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>El acceso de la población a la atención en salud ocurre de tres maneras:</p> <p>1) Por medio de la afiliación a la seguridad social a corto plazo, para lo cual se debe cotizar el 10% de los ingresos; la atención se da en las Cajas de Salud y por tanto cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional.</p> <p>2) A través de la atención en el subsector público, el cual está abierto a las personas preferentemente no aseguradas en la seguridad social a corto plazo, pagando un precio por la consulta médica, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. El Estado cubre los costos del recurso humano con fondos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN), HIPIC e Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).</p> <p>3) Acudiendo a los servicios de salud privados o aquellos que tengan algún tipo subvención no gubernamental como ocurre con los establecimientos de salud de la iglesia y de las ONGs. En la <i>Ley de Prevención de VIH/sida</i>, se establece que el tratamiento a PWS es gratuito para cualquier persona:</p> <p>Art. 33.- El Ministerio de Salud y Deportes, como política de Estado otorgará las prestaciones médicas, asistencia hospitalaria y suministrará medicamentos antirretrovirales gratuitos a las personas que viven con VIH/sida y que no posean ningún seguro social o médico.</p>	<p>El Ministerio de Salud atiende al 60% de la población; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS asegura al 18% pero sólo cubre al trabajador; las Fuerzas Armadas cubren el 5%; en la provincia de Guayas, la Jurta de Beneficencia atiende al 40% de los habitantes; SOLCA atiende a las personas con cáncer a nivel nacional. La gratuidad es parcial y específica para ciertos servicios; el usuario debe pagar por algunos servicios y tratamientos; el modelo curativo y hospitalario ha primado sobre el preventivo.</p> <p>Por otro lado, en un artículo se afirma: “en resumen, actualmente la salud de tan sólo el 30,8% de los ecuatorianos está asegurada; de estos, el 64% no gozan de un servicio de calidad ni garantizado. Las cifras sanitarias demuestran la urgencia del aseguramiento sanitario de la población, aseguramiento que no ha sido posible alcanzar en gran medida debido a las pocas opciones que se tienen al momento de elegir algún seguro”.</p>	<p>El aseguramiento se hace a través del POS (<i>Plan obligatorio de salud</i>). La atención a la población no asegurada corre por cuenta del Estado y se ampara en la red de servicios pública. Allí no hay un valor de aseguramiento y los servicios son cubiertos en su mayoría por el Estado a través de un rubro denominado “subsidio a la oferta”, en el cual el usuario paga una parte del servicio. También existe el recurso legal “acción de tutela”, por el cual se exige el tratamiento, los PWS pueden acceder a este recurso por ser considerados legalmente como “sujetos de especial protección”.</p>	<p>El <i>Plan de Aseguramiento Universal</i> incluye cobertura diagnóstica para el VIH. El manejo de enfermedades transmisibles priorizadas por el MINSA (como VIH) es de libre acceso, asegurados o no. La condición de pertenencia al Plan es ser pobre, no inclusión de situaciones de discriminación por identidad de género u orientación sexual. Sobre el SIS: “aún no incluye dentro de sus planes a la población de hombres en situación de pobreza y sin cobertura de otro seguro (como el caso de la población de HSH en situación de pobreza)”. (Plan Estratégico VIH 2007-2011: 28).</p>

En balance general, a partir de esta descripción de los múltiples procesos y característica de cada uno de los sistemas de salud, podemos afirmar algunos elementos comunes. El primer punto evidencia la fragmentación de los sistemas, resultado de las diversas reformas inconclusas y la reducida capacidad de gestionar su implementación. Esta realidad constituye en la práctica un acceso restringido a los servicios de salud para las personas, el cual está definido por su adscripción al sistema –seguro contributivo, seguro subsidiado, seguros especiales, entre otros– y su capacidad económica para enfrentar los gastos.

El segundo punto es que los sistemas de salud y de seguridad social en la actualidad funcionan con la intención de compensar una situación específica, y no como un modelo integral. Las poblaciones objeto de estas compensaciones suelen ser mujeres embarazadas, niños/as, personas de la tercera edad con énfasis en aquellas que viven en situación de pobreza o pobreza extrema. Este sistema ha construido ámbitos de excepcionalidad, basado en la aplicación de cierta interpretación del “principio de equidad”, donde lo más importante es satisfacer la necesidad a través de una compensación, sea mediante bonos o seguros dirigidos. El resultado de esta situación, sin duda, es mantener las relaciones de redistribución tal como se encuentran, operando medidas sólo paliativas que no aseguran un acceso realmente justo.

Estas características las podemos encontrar en todos los sistemas estudiados, sin embargo, debemos señalar algunas tendencias. En general todos los sistemas buscan alguna manera de construir un modelo de atención con pretensiones de aseguramiento universal. Los casos de Colombia y Perú hacen énfasis en la focalización de la intervención, sin embargo esto también está presente en Bolivia y Ecuador. La diferencia puede ser hallada en que mientras en los primeros el modelo se dirige a consagrar una “universalidad modificada” mediante una agresiva privatización de los servicios en salud, en los segundos se mantiene una visión más pública.

Desde una perspectiva TLGBI, la pregunta recae en cómo podrían ser integradas dichas poblaciones. La focalización no es una salida efectiva debido al prejuicio que margina y excluye explícitamente a estas personas. En la práctica, si una persona TLGBI quiere contar con un servicio de calidad debe pagarlo con sus propios recursos, lo cual se transforma en una gran barrera de acceso. Por ejemplo, en el Perú se han presentado innumerables casos de personas trans que han intentado ingresar al Sistema Integral de Salud (SIS) y han sido rechazadas, aunque sus condiciones de vida le permitirán acceder a dicho sistema. Por ello, creemos que la solución es profundizar un aseguramiento universal público el cual enfrente la problemática de la desigualdad e injusticia social, entendida desde sus múltiples matices y ángulos.

ACERCAMIENTOS A LA REALIDAD DESDE LA PROBLEMÁTICA TLGBI

La situación en salud y el modo en que se gestiona, en lo que respecta a la población TLGBI, tal como se ha mostrado anteriormente, está concentrada principalmente en la atención del VIH/sida. Esta suerte de metonimia de las personas TLGBI a través del VIH/sida imprime una estructura política que limita el acceso de dichas personas a innumerables otros servicios que requieren, pero que los Estados no les brindan. Las personas TLGBI, como cualquier otra persona, están insertas en la problemática general de todo el sistema; sin embargo, resulta importante decir que existen diversos mecanismos de exclusión y discriminación que los alejan del goce de sus derechos y demandas. Ya que las políticas sobre VIH/sida están insertas dentro de las reformas analizadas, en un modelo poco eficiente, el pertenecer a un grupo discriminado es causa de más exclusión.

De esta manera, no es casual que en la actualidad la misma composición demográfica de la epidemia muestre una estructuración específica, donde, según Miguel Muñoz, “la incidencia del VIH está distribuida con mucha disparidad a través del mundo. Mientras que 920 mil personas han sido infectadas en Norte América, existen 25,3 millones de personas en centro y sur de África, y 1,4 millones en Latinoamérica. Es decir, la concentración de la infección se da en los países pobres donde además se encuentran otros problemas serios de salud pública” (Cáceres *et al.*, 2011: 112). En el caso de región andina, la mayor cantidad de población que vive con VIH/sida corresponde a gays y mujeres trans, sin duda, con una clara tendencia a alojarse en aquellas personas en estado de pobreza, lo cual demuestra el componente geopolítico de los datos epidemiológicos. Sin embargo, no existen estudios comparativos dentro de la región andina que demuestren con certeza esta relación, sin embargo, si existen algunas investigaciones para el caso de las mujeres trans que muestran esta relación en contextos específicos (Salazar *et al.*, 2010; Sandoval, 2011).

Desde la perspectiva TLGBI, el tener en cuenta esta situación, nos advierte de las dificultades para abordar la problemática de manera integral, donde hay que ser conscientes que el campo de la salud es estructurado por variables intervinientes, es decir, pobreza, orientación sexual e identidad de género, que aunque no son causales entre sí necesariamente, conforman un régimen de la pobreza, dentro de un contexto mayor. “En este contexto de pobreza, racismo, inequidad de género y opresión sexual es que el VIH continúa creciendo en las poblaciones más excluidas en todo el mundo. Del mismo modo, contribuyen a esta situación la creciente polarización entre los ricos y los pobres, la diferencia perversa entre el aislamiento de algunos segmen-

tos de la población y la integración de otros a un sistema internacional del crimen que parece ser parte de una política económica neoliberal global. Toda esta situación nos alerta sobre algunas posturas optimistas que consideran que la epidemia del VIH está controlada y que ya no se justifica la emergencia” (Cáceres *et al.*, 2011: 112).

El modelo instaurado a partir de la gestión del VIH/sida ha servido para crear una serie de estrategias y dinámicas elaborada desde el discurso de la salubridad pública, en donde el/la sujeto TLGBI ha quedado reducido(a) a la problemática del VIH/sida. Muestra de ello es que en ningún país de la región se han implementado acciones que vayan más allá de esta epidemia, es decir, acciones que contemplen otros servicios como, por ejemplo, atenciones ginecológicas, urológicas, de salud mental, tratamientos hormonales o cirugías de reasignación de sexo. Propiamente, observamos cómo la gestión en VIH/sida se ha transformado en un *modelo hegemónico de intervención*.

Aunque es cierto que una falta de inclusión integral de la orientación sexual y la identidad de género resulte problemática, el principal obstáculo está presente en una inadecuada gestión de los servicios, cuando una persona TLGBI es atendida en el sistema de salud. Desde nuestra perspectiva, los diversos niveles de dicho sistema deben estar preparados para acoger y tratar adecuadamente las múltiples demandas, que siempre irán más allá del dispositivo de la sexualidad, mediante la construcción de un sistema que responda a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En términos generales, el marco de las intervenciones de salud constreñidas únicamente a la gestión del VIH/sida no responde a los múltiples intereses de las personas TLGBI, e incluso esta implementación no reúne los estándares de salud necesarios. En ese sentido, por ejemplo, desde una mirada lésbica, los sistemas de salud son completamente ineficaces, ya que ellos no las consideran una “población de riesgo”, con lo cual sus intereses en materia de salud no suelen formar parte de las agendas de negociación.

En relación con la implementación de este modelo hegemónico de intervención, sin duda debemos recordar las palabras de Miguel Muñoz, en las cuales nos habla de aquella violencia que conforma las mismas prácticas dentro del referido campo. “Entendemos violencia simbólica como el proceso a través del cual sistemas simbólicos (tales como palabras, imágenes y prácticas) promueven los intereses de grupos dominantes, al mismo tiempo que profundizan diferencias jerárquicas y legitiman el dominio de los grupos de mayor poder ‘convenciendo’ a los dominados a través de procesos de hegemonía. Mientras que las reglas están basadas en coerción directa, políticas sociales y culturales que organizan los significados dominantes y los valores a

través del campo social con la intención de legitimar las estructuras de inequidad social (Gramsci, 1970; Williams, 1977, 1982)” (Cáceres *et al.*, 2011: 114). En el caso de las personas TLGBI, esta violencia simbólica se aplica mediante la discriminación, la invisibilización, la negación del acceso a servicios de salud, entre otros.

Este modelo se expresa en la respuesta de los Gobiernos andinos ante la aparición de los casos de VIH y muestra todo un conjunto de características que nos permiten analizar la actual gestión en salud. Desde los primeros años, entre 1983 y 1984, los Gobiernos no formularon las medidas adecuadas. Posteriormente, con el paso de los años, los primeros avances fueron formulados debido a que algunos activistas, muchos de ellos hombres gay, comenzaron a interpelar al Estado. A pesar de que la epidemia estaba concentrada básicamente en hombres gays y mujeres trans, su existencia no era reconocida en las propuestas planteadas para combatir el VIH/sida. Incluso ahora, su visibilización es limitada. Por ejemplo en el Perú, sólo la noma técnica de atención médica periódica hace referencia mediante la categoría HSH.

En relación con lo anterior, podemos señalar una periodización de las políticas sobre VIH/sida en la región, en la cual se debe tener en cuenta la insistencia generalizada en invisibilizar a gays y trans, pese a ser el principal grupo afectado de esta epidemia. En primer lugar, debemos afirmar que cualquier periodización que intente clasificar las diversas acciones gubernamentales frente a la epidemia para los cuatro países estudiados es un ejercicio que presenta limitaciones debido a la diversidad de las respuestas estatales y sus respectivos procesos. Por lo tanto, nuestra clasificación tendrá un carácter más bien programático que cronológico.

Podemos afirmar que una primera etapa, surgida en 1983 o 1984, comprende una serie de respuestas desestructuradas y cuyo principal objetivo era desarrollar simplemente estrategias de control. Este periodo está contextualizado dentro de un imaginario social en el que los medios de comunicación relacionaban el VIH/sida con la promiscuidad sexual y la “homosexualidad”, y por tanto, el estado centraba sus acciones no en el beneficio de las personas, sino en el desarrollo de medidas de registro y control (Jiménez, 2012: 42-47; Cueto, 2001: 23). Así, las comisiones o instancias creadas se dedicaron especialmente a construir parámetros epidemiológicos a través de pruebas de diagnóstico y medidas de bioseguridad, con lo cual se hace evidente como el discurso médico privilegiaba la noción de “riesgo”. Casos como estos los encontramos las comisiones y los programas establecidos, cuya principal función era realizar la vigilancia epidemiológica. Por ejemplo, en el Programa Nacional SIDA/ITS, creado en 1985 en Ecuador, el tema de la prevención no resultaba priorizado (Carrasco

y Montoya, 2004: 3). En esta época, la atención existente en cada país hacia la población gay y trans se daba a través de servicios promovidos y administrados por algunas organizaciones activistas, sean auto reconocidas como gays o no (aunque con presencia de personas gays).

Una segunda etapa está caracterizada por el surgimiento de una respuesta más orgánica por parte del Estado, la cual se expresa en la incorporación dentro del aparato gubernamental de un grupo de expertos, usualmente adscritos a un programa del Ministerio de Salud, con el fin de tomar acciones contra la epidemia, aunque no se desarrollara una política pública. En este momento, surgen diversos agentes como, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), algunas agencias de cooperación internacional, y organismos no gubernamentales (ONG). La presencia de estos nuevos actores resultó en los primeros procesos de negociación y conflicto entre el estado y la sociedad civil. Recordemos que en este periodo los estados andinos inician reformas estructurales de acuerdo a los principios de la economía y la política liberal, enmarcados en el Consenso de Washington.

En el caso boliviano, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) implementó el Proyecto contra el Sida (PCS) con el fin de apoyar la implementación de políticas para combatir a la epidemia del VIH. La lógica de estas medidas estuvo centrada en intervenir a los llamados “grupos vulnerables”, entre los cuales los hombres “homosexuales” estaban considerados (Vargas, 2008: 7-8). Otra experiencia en la región acontece en el Perú, donde en 1988 se crea el Programa Especial del Control del Sida (PECOS), el cual se desarrolló cuando el estado peruano se encontraba en una fuerte crisis. Esta iniciativa tuvo como principal característica el plantear que la difusión de una información adecuada podía ser suficiente para un cambio de conductas, principalmente, entre los “grupos de riesgo”. En ese sentido, la ley N° 25275 de 1990, mencionada ya en el capítulo anterior, expresa la necesidad del Estado por controlar a quienes se consideraba como potenciales víctimas o causantes de la epidemia (Cueto, 2001: 73-108).

Cabe señalar que a lo largo de la década de los noventa surge la categoría hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), la cual sirvió –y sirve aún– para invisibilizar las demandas políticas en torno a la orientación sexual y, particularmente, a la identidad de género. Al establecerse la categoría HSH desde un criterio epidemiológico, se sustrae el carácter político de la subjetividad de las personas TLGBI, limitando la articulación de otro tipo de demandas.

La tercera etapa surge alrededor del segundo quinquenio de la década de los noventa, y se caracteriza por la creación de una instan-

cia cuyo fin es procurar la integración de las acciones sobre el VIH/sida existentes hasta el momento con las nuevas medidas al respecto, y liderar el cumplimiento de estas políticas públicas. Este proceso fue acompañado por la promulgación de leyes que abordaban el problema con criterios más acordes con los principios del derecho a la salud, en donde quedaron asentadas la importancia de la confidencialidad de la prueba, la necesidad de sensibilizar al personal de salud, y, al menos idealmente, el desarrollo de estrategias de prevención, dirigidas a población de gays y mujeres trans.

Un caso interesante de mencionar es el colombiano. Aunque su sistema nacional de salud y seguridad social está basado en la ley 100 (1993), la cual ya ha sido detallada anteriormente, Colombia creó una normativa específica en relación con el VIH/sida. Así pues, fue creado el CONASIDA en 1997, el cual tenía en sus funciones proponer una política general para el desarrollo en aspectos éticos, jurídicos, laborales, internacionales, financieros y la movilización social, información masiva y educación sexual, establecido dentro del Programa Nacional de Promoción, Prevención y Asistencia de las ETS y el SIDA. Sin embargo, el CONASIDA no ha cumplido sus funciones a lo largo de los años (IDH *et al.*, 2003: 15). En el mismo año se da el decreto 1543, el cual buscaba reglamentar el manejo de la epidemia y otras ITS con “el propósito de evitar la discriminación infectada de este virus, así como de garantizar a estas personas, sus hijos y demás familiares, el acceso a cualquier actividad laboral y su permanencia en ella” (Tello, 2007: 69). Del mismo modo, en el Ecuador se creó el CONASIDA (1995), también con el objetivo de formular políticas, normas y estrategias para la prevención de la transmisión del VIH y prestar atención integral a quienes viven con el virus. Al igual que su par colombiano, esta instancia no tuvo mayor protagonismo (IDH *et al.*, 2003: 15).

En el caso peruano se crea el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). Según Cueto, en este periodo “se produjo una inyección de recursos económicos al Programa, se plasmó en documentos claros las normas y procedimientos que debían seguir los profesionales de salud; existió una relación más fluida con las ONG [...] y se dio una ley moderna que evitaba la discriminación, establecía la obligatoriedad de la consejería antes y después de las pruebas, y protegía la confidencialidad de los enfermos del sida” (Cueto, 2001: 25). Es en este momento donde en el Perú se crea el Programa de Educación de Pares (PEP), y se establece la atención médica periódica (AMP).

Después del 2000, y en diferentes años para cada país, aparece en la región una cuarta etapa. En esta, heredamos las deficiencias en cuanto a la implementación del modelo creado en el tercer pe-

riodo, el cual, a pesar de sus intenciones, no llegó a cumplir sus objetivos. En ese sentido, la cuarta etapa se constituye en una suerte de repetición de una serie de prácticas no del todo eficientes, que terminaron por no ser analizadas ni mejoradas, sino que se naturalizaron dentro del sistema. En esta dinámica, cabe mencionar el importante papel que cobra el “Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria”, pues a través de sus intervenciones se ha posicionado como un actor de suma relevancia en la región. Básicamente, el aporte financiero del Fondo Mundial, sumado a la gestión de la distribución del presupuesto (mediante concurso), ha logrado que los anteriores agentes (Ministerio de salud, Programas o Estrategias, activistas, ONG) privilegien la implementación técnica del modelo. Sin duda se formulan críticas desde la sociedad civil; sin embargo, el énfasis se da en realizar actividades y conseguir resultados. Esta compulsión por implementar los planes y los marcos lógicos de las rondas, exige reproducir aquello existente, así tenemos la realización de acciones y actividades poco estratégicas, muchas veces con un direccionamiento que no responde a la dinámica de la epidemia; también, una participación comunitaria que privilegia lo formal, dejando de lado la calidad de dicha participación, es decir somete a los y las activistas a una rueda de diálogos y reuniones técnicas de las cuales pocas o ninguna de las demandas son colocadas en la planificación, lo cual resulta desgastante para las personas; o una focalización en el reparto del Tratamiento Antirretroviral (TAR) a pesar que en todos los países se presentan varios problemas en sus distribución.

LA GESTIÓN DEL VIH/SIDA EN LA REGIÓN ANDINA

Para reflexionar sobre la situación TLGBI en el ámbito de la salud pública es necesario estudiar la gestión en VIH/sida de cada uno de los Estados de la región, debido a que en dicho ámbito público no existen otros aspectos abordados. Por ello, metodológicamente nos vemos forzados a analizar sólo la problemática del VIH. Debemos volver a repetir que esto es una necesidad metodológica que asume el presente trabajo debido a la inexistencia total, dentro de los sistemas públicos de salud, de otras evidencias en materia de salud sobre la cuestión TLGBI. En el nivel práctico, cuando hablamos de salud TLG-BI, hablamos desde una ausencia a la cual las relaciones de poder han sometido esta problemática. Esto trae una importante consecuencia: la reducción epistémica de los/as sujeto/as TLGBI.

Esta reducción epistémica se evidencia en las prácticas que diseñan e implementan las políticas públicas, las cuales, finalmente, borran la presencia de las personas TLGBI. En particular, “la indi-

ferencia oficial por parte de los Gobiernos de asumir con responsabilidad su rol protagónico frente a la epidemia del VIH/sida, se ha convertido en una política de silencio, de manera particular en relación con la situación que viven y enfrentan la mayoría de hombres gays y otros HSH de la región a pesar de los avances sustanciales en cuanto al reconocimiento de sus derechos ciudadanos, lo que permitiría de cierta manera promover campañas de prevención y apoyo eficaces y oportunas” (Izazola, 2003: 109). Esta aparente contradicción entre aquellos avances, diferenciados por país y por niveles, y la indiferencia política frente a la problemática, construye el campo en el cual la gestión del VIH/sida ocurre. Decimos aparente en el sentido de la dinámica inclusión/exclusión descrita anteriormente, ya que en la realidad una lógica de discriminación subyace en la implementación.

Este campo tiene diversos niveles conformado por un lado por el desencuentro entre el diseño e implementación de las políticas en salud y los avances en el campo de los derechos humanos, lo cual ha resultado en que “ni las políticas sociales ni las prestaciones estatales en salud y educación han estado guiadas, en sus organización y funcionamiento, por la lógica de los derechos. Por lo contrario, las prestaciones se han organizado y brindado mayormente conforme la lógica inversa, la de los beneficios asistenciales, de modo que este campo de acción de las administraciones públicas ha quedado tradicionalmente reservado a la discrecionalidad política” (Angarita, 2007: 326).

Por otro lado, la invisibilización de las personas que presentan la mayor prevalencia de VIH en la región, ya que “no obstante el sinnúmero de experiencias presentadas sobre el sida y la transmisión del VIH entre HSH, la mayoría de las políticas públicas que en la actualidad se implementan en torno a la respuesta a la epidemia, se enfocan de manera prioritaria a la prevención del VIH en mujeres, jóvenes y población infantil consideradas comúnmente como poblaciones vulnerables además de la transmisión vertical del VIH de madre a niño. Estas poblaciones son de relevante importancia que imponen la visión política de que, ‘la epidemia nos afecta a todos’, pero que, en vez de agregarse a las otras poblaciones señaladas de alta vulnerabilidad social, dicha visión excluye y deja a la deriva en el contexto de la epidemia aquellos sectores donde se encuentra concentrada la infección por el VIH” (Izazola, 2003: 109).

Este es el contexto general donde debemos analizar la gestión en VIH/sida en la región andina, a partir del cual leeremos los principales aspectos de dicha gestión, conformado por las instancias de coordinación, la planificación de la gestión y los modelos de prevención, atención y tratamiento.

INSTANCIAS NACIONALES DE GESTIÓN Y COORDINACIÓN MULTISECTORIAL: RESPONSABILIDADES Y FUNCIONAMIENTO

Cuadro N° 16

Instancias estatales encargadas de coordinar las estrategias de acción contra el vih/sida en Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Consejo Nacional de VIH-SIDA (CONASIDA)</i>, que coordina el <i>Programa Nacional de ETS/VIH-SIDA</i> y todas las instancias relacionadas al tema. (Conformado por el ministro de salud que lo preside, representante del Ministerio de Educación, del programa nacional de ETS-VIH-SIDA, del Ministerio de Justicia y DDHH, del Colegio Médico, y de la Comisión Nacional de Bioética), esto de acuerdo a la ley. Sin embargo, en el Informe UNGASS aparece el <i>Programa Nacional</i> como entidad encargada de dar respuesta programática y política (desde el 86), y el CONASIDA como una entidad que aún está ganando legitimidad.</p>	<p>Por un lado está la <i>Comisión Nacional de VIH/sida</i>, como instancia de coordinación, concertación y asesoría, de conformidad a lo dispuesto por la <i>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (de acuerdo a la ley integral de VIH del 2006)</i>. Por otro lado, se ha creado en el 2011 el <i>Comité Ecuatoriano Multisectorial de VIH/sida (CEMSIDA)</i>, donde el <i>Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS (PNS, creada en 1987)</i>, antes única instancia encargada, pasa a cumplir funciones de secretaria técnica. Al 2010, El Ministerio afirmaba: "Si bien el país no dispone de un órgano de gestión y coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente, el PNS ha venido cumpliendo ese papel con las normales limitaciones de la capacidad de injerencia en otros sectores" (UNGASS, 2010: 20).</p>	<p><i>Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA</i> (De acuerdo al decreto 1543 de 1997 que regula el manejo de VIH). <i>Consejo Nacional de Sida, CONASIDA</i> (según el Plan Nacional de VIH 2008-2011).</p>	<p><i>Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA (2004)</i>. Forma parte de la Dirección General de Salud de las Personas: órgano de línea del MINSA que tiene bajo su cargo, desde el 27 de julio de 2004 (RM. 721-2004/MINSA), las denominadas Estrategias Sanitarias Nacionales.</p>

Cuadro N° 17
Instancias de coordinación multisectorial para la prevención y control del vih/sida

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Consejo Departamental de VIH/sida (CODESIDA)</i>, que se encarga de coordinar con los departamentos. Se señala en el UNGASS la existencia de diez programas departamentales de ITS/VIH/sida que funcionan en los Centros Departamentales de referencia y atención (Santa Cruz, Cochabamba, La Paz, Tarija, Beni, Pando, Potosí, Chuquisaca y Oruro) y tres centros regionales en ciudades fronterizas. Por otro lado se menciona al <i>Colectivo Nacional de Trabajo en Respuesta al VIH/SIDA (CONATRE)</i> como instancia de coordinación con la sociedad civil.</p>	<p><i>CEMSIDA</i> se encarga de la tarea de coordinación multisectorial o es el <i>Mecanismo Coordinador País (MCP)</i> (desde el 2002) que viene a ser el responsable de la conducción política del Proyecto del Fondo Mundial. En él, se articulan las relaciones interinstitucionales con los diferentes sectores tanto gubernamentales, no gubernamentales y autónomos involucrados para la formulación y ejecución de las propuestas.</p>	<p><i>Comité Ejecutivo de Promoción, Prevención, Asistencia y Control de las ETS y del SIDA</i> (De acuerdo al decreto 1543 de 1997 que regla el manejo de VIH). <i>Consejo Nacional de Sida (CONASIDA)</i>.</p>	<p><i>Comisión Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA)</i> presidida por el ministro de Salud. Creada por Decreto Supremo 007-2007-SA, órgano nacido como <i>Mecanismo Coordinador de País (MCP)</i> para los proyectos del Fondo Mundial, que monitorea y supervisa el correcto desempeño y uso de los recursos donados por esta entidad para la respuesta nacional.</p>

PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES VIH/SIDA E ITS

Un primer acercamiento nos exige analizar la manera cómo la salud pública construye su intervención en los grupos sociales. Desde el discurso de la gestión social, la manera adecuada de diseñar dicho acercamiento a la realidad es a través de planes sistemáticos que proporcionen medidas cuantificables y acciones verificables. En ese sentido, la política pública sobre VIH/sida ha elaborado un conjunto de herramientas de gestión, entre los cuales los planes estratégicos son de suma relevancia. Sin embargo, desde un punto de vista más concreto, la interrogante es cómo aquellos planes estratégicos se concretan en planes operativos, con el fin de medir el impacto y finalmente si construyen acciones que enfrenten los problemas subyacentes del problema.

En la región andina, los planes estratégicos nacionales producidos difieren en cuanto a los contenidos y son, en algunos casos, marcos generales de trabajo y, la mayor parte, contienen detalles de algunas estrategias. La variedad en sus diseños nos enfrenta a dificultades al momento de generalizar, por ello leeremos estos planes en relación con la integración de las personas TLGBI y las acciones referidas resolver la situación de manera específica.

En Ecuador, en el año 2001, el Programa Nacional SIDA/ITS coordinó la formulación del Plan Estratégico Nacional para el 2001-2004, el mismo que se concibió como una herramienta conceptual para organizar la respuesta nacional coordinada de manera estratégica frente a la epidemia. Este plan definió cuatro líneas de acción: la atención, que incluye el establecimiento de servicios de atención para las PVVS, educación, reforzamiento de laboratorios y bancos de sangre y la vigilancia epidemiológica. La elaboración de este plan estuvo precedida por la elaboración de un análisis de la situación y de la respuesta hasta ese entonces implementada. Este proceso fue participativo, integrando al Ministerio de Salud, diversas ONG con trabajo en VIH/sida, en derechos humanos y derechos TLGBI, además de una agencia copatrocinadora de ONUSIDA. Los principales hallazgos los reseña Izazola de la siguiente manera: “[...] la falta de investigaciones que documenten la situación de VIH/sida entre HSH, una seroprevalencia en aumento, la falta de cambios de comportamientos en estas poblaciones y una débil percepción de riesgo de infección, la reticencia de los trabajadores de salud para abordar el tema, la exclusión social general de HSH –el sistema de trabajo en VIH/sida–, la atención integral para menos del 10% de las HSH, apoyo en los sectores de derechos humanos al trabajo con minorías sexuales, una creciente indisponibilidad de las instituciones de Gobierno y de la cooperación internacional para abordar el tema y un marco constitucional que garantiza la igualdad de las personas con diferentes orientaciones sexuales” (Izazola, 2001: 190).

Posteriormente, se elabora el segundo plan estratégico Multisectorial 2007-2015, de actual vigencia, el cual presenta a grandes rasgos los mismos componentes que el anterior. Las estrategias y las actividades incluyen a la población gay y trans, bajo el acrónimo HSH, pero sin embargo, aunque recogen acciones a desarrollar en dichas poblaciones como grupo meta prioritario, lo implementado hasta la fecha, “ha quedado muy por debajo de las expectativas de dichos planes” (Corporación Kimirina, 2009: 9).

En Colombia, la elaboración del primer plan estuvo precedida por la realización de un estudio a cargo de un equipo coordinador conformado por cuatro representantes de ONG gay de PVVS y tres personas de los servicios nacionales de salud. Este equipo elaboró un documento que fue ampliamente divulgado y consultado. Entre los resultados del análisis de la situación se encontraron “una seroprevalencia de VIH en HSH en aumento, una continua invisibilidad de esta población, discriminación generalizada y deficiencias en los sistemas de información y en el desarrollo de investigaciones especí-

ficas” (Izazola, 2001: 190). Por otro lado, en la respuesta implementada se pudo observar una insuficiencia en las acciones dirigida a la prevención, a la incorporación de un enfoque de derechos humanos, también que “la atención integral y apropiada para HSH no es generalizada y tiene serias carencias en las provincias [y que] los resultados de las estrategias de prevención han sido poco divulgados” (Izazola, 2001: 190).

Paralelamente, la formulación del plan fue patrocinada por ONUSIDA, el Ministerio de Salud y dos laboratorios que producen medicamentos para el VIH. En esta instancia participaron expertos, representantes de diversas ONG, un representante de la empresa privada, un delegado del ONUSIDA y representantes del nivel central y de programas seccionales del Ministerio de Salud. El resultado de dicho trabajo fue la colocar los siguientes objetivos “sensibilizar la comunidad general sobre el problema del VIH/sida en HSH, realizar intervenciones del entorno para disminuir la vulnerabilidad de los HSH ante el VIH/sida, garantizar la atención integral de PVVS y HSH en particular y empoderar a los HSH con el fin de que ejerzan sus derechos ciudadanos” (Izazola, 2001: 194), donde la mayoría de las actividades contemplaban un trabajo de sensibilización dirigido a las autoridades de salud, de justicia y de organizaciones de HSH.

En la actualidad existe el Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011, el cual se articula al Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Además se cuenta con un Plan Intersectorial de respuesta al VIH y Sida 2004-2007, como parte de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.

En el caso colombiano, hay que considerar que este plan se inserta en muchos aspectos dentro del sistema de salud, de tal manera que aspectos como el tratamiento y la atención corresponden a otra lógica de intervención, sobre la cual hay poca capacidad de intervención. Por ello, podemos hablar de cierto estancamiento en la gestión del VIH en Colombia.

Por otro lado, en Bolivia, para el período 2000-2004, se contaba con un Plan Estratégico quinquenal, el cual era parte del Seguro Básico de Salud, del Escudo Epidemiológico, de la Medicina Familiar y Comunitaria y de los Programas Prioritarios de Salud, como el Programa de Atención Integral a la Mujer y la Salud Sexual y Reproductiva. Sus estrategias y líneas de acción están orientadas hacia la concertación social en el desarrollo de un marco legal relacionado con las ITS y el sida; la aplicación del “manejo sindrómico” de ITS-SIDA; la gestión de recursos financieros y técnicos; la revisión, adecuación y aplicación de normas vigentes, sistematización y difu-

sión de proyectos y fomento de la investigación; el fortalecimiento del Comité Nacional y los Comités Regionales interinstitucionales; la coordinación con el Ministerio de Educación en el proceso de elaboración, revisión y aplicación de los contenidos curriculares transversales sobre educación para la sexualidad; la participación y el fortalecimiento de poblaciones vulnerables y coordinación con ONG que trabajan en la temática; y el desarrollo de mecanismos de educación alternativa para la prevención y de un sistema solidario de gestión canalización de recursos para medicamentos antirretrovirales (IDH, 2003: 13).

En la actualidad, Bolivia cuenta con el Plan Estratégico Multi-sectorial 2008-2011, y durante el año 2012 se ha ido construyendo el futuro plan, donde básicamente se mantiene la misma estructura de intervención.

En el Perú, en el 2007, mediante Decreto Supremo 005-2007-SA se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA 2007-2011. Este Plan Estratégico fue desarrollado multisectorialmente y está articulado con los lineamientos de la Política Nacional de Salud, “en el marco de un proceso de reforma sanitaria y teniendo como ejes el derecho a la salud y la equidad” (CARE Perú, 2009: 10). Dicho plan contemplaba la promoción y desarrollo de la educación sexual, para toda la población, para prevenir y proteger de la transmisión del VIH/sida, asegurando el acceso y la disponibilidad de los métodos de protección, priorizando las “poblaciones de riesgo”; la provisión de tratamiento antirretroviral, el fortalecimiento del control de calidad de los bancos de sangre, mediante el uso rutinario de pruebas de tamizaje; el mejor control, racionalización y reubicación de locales de comercio sexual; el control estatal para regular la información de los medios de comunicación en lo referente a comportamientos sexuales; la formación de un voluntariado de líderes adolescentes y jóvenes para difundir las medidas de prevención del VIH; y el manejo sindrómico de ITS y VIH.

En la actualidad se está llevando a cabo la formulación del próximo plan estratégico a través de un proceso participativo.

Cuadro N° 18

Planes estratégicos nacionales o locales sobre vih/sida en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<i>Plan Estratégico Multisectorial 2008 - 2011 (PEM).</i>	<i>Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/sida 2007-2015 (PEM).</i> La implementación del plan ha tenido fallas, no se concretó la conformación del comité multisectorial para su gestión. <i>Priorización para el Acceso Universal a la Prevención, Atención, Cuidado y Apoyo en VIH/SIDA. Ecuador 2009-2013</i> (Documento producto del proceso de consultas a organizaciones de la sociedad civil).	<i>Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011</i> , que se articula al <i>Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de salud Pública 2007 – 2010</i> (adoptado mediante el <i>Decreto 3039 de 2007</i>). <i>Plan Intersectorial de respuesta al VIH y Sida 2004-2007</i> , como parte de la <i>Política de Salud Sexual y Reproductiva para Colombia</i> .	<i>Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú.</i> <i>Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud (PESEM) 2008 – 2011.</i> <i>Plan Nacional Concertado de Salud (2007-2020):</i> Objetivo 6.- Combatir el VIH/ sida, el paludismo y otras enfermedades. Meta 7.- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida. Al respecto indica: 1. Promoción y desarrollo de la educación sexual, para toda la población, para prevenir y proteger de la transmisión del VIH/ sida, asegurando el acceso y la disponibilidad de los métodos de protección, priorizando las poblaciones de riesgo. 2. Provisión de tratamiento antirretroviral. 3. Fortalecimiento del control de calidad de los bancos de sangre, mediante el uso rutinario de pruebas de tamizaje. 4. Mejor control, racionalización y reubicación de locales de comercio sexual. 5. El estado regule el tipo de información de los medios de información masivas en lo referente a comportamiento sexual. 6. Voluntariado de líderes adolescentes y jóvenes para difundir las medidas de prevención del sida. 7. Manejo sindrómico de la Infecciones de transmisión sexual.

En balance general, podemos observar que cada uno de los planes toma en cuenta de manera diferente la presencia de gays y mujeres trans, algunos mediante el acrónimo HSH, además combinándolo con menciones tales como “poblaciones de riesgo”. Uno de los componentes más importantes es la vigilancia epidemiológica y el acceso tratamiento, dejando de lado medidas de prevención, las cuales cuando aparecen siempre son referencias generales, las cuales en la práctica terminan desapareciendo. En algunos se hace mención explícita a la importancia de promover una cultura de respeto hacia las personas que viven con VIH, en donde se hace mención a los HSH. Sin embargo en la realidad esas actividades se dejan a la discrecionalidad política.

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN

Cuadro Nº 19

Estrategias de prevención contra el vih/sida y las its enfocadas en las personas TLGBI y trabajadores/as sexuales

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
De acuerdo a UNGASS, la prevención está enfocada en acciones comunicativas y campañas, donde se trabaja con la comunidad TLGB y se han apoyado actividades propias de la comunidad como el día del orgullo y el festival de cine de la diversidad. No hay mayor detalle sobre estrategias diferenciadas.	La estrategia de prevención en grupos GLBT no se desarrolla adecuadamente. En el informe UNGASS 2010, sólo se toma en cuenta la prevención de contagio vertical entre gestante y feto; mientras que en la página del Ministerio “la oferta de entrega de condones a personas de grupos más expuestos como son: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y personas privadas de la libertad (PPL)” aparece como único servicio del Programa Nacional de VIH/sida con la comunidad GLBT en el tema de prevención. “El país no cuenta con una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes” (UNGASS, 2010: 44).	<i>Publicación de 6 guías de prevención (2011)</i> , HSH, jóvenes en contextos de vulnerabilidad, mujeres trabajadoras sexuales, mujeres en contextos de vulnerabilidad, población privada de libertad, mujeres trans. <i>Campañas de uso de condón.</i>	<i>Sistema de Atención Médica Periódica a grupos vulnerables TS y HSH.</i> “En la actualidad, el sistema de AMP cuenta con setenta establecimientos localizados en veintisiete DISA; de éstos, el 34% (24) tiene la acreditación de CERITS, mientras que el 66% restante (36) la acreditación de UAMP. La mayoría de los CERITS (centros de referencia de ITS) y UAMPS están ubicados en hospitales” (Plan Estratégico VIH 2007-2011: 29). <i>Promotores de Pares:</i> “Las poblaciones vulnerables carecen de estrategias de educación focalizadas; inclusive, las estrategias desarrolladas por los promotores educadores de pares (PEPs), que en la década pasada habían mostrado importantes logros, se han debilitado desde 2001-2003” (Plan Estratégico VIH 2007-2011: 28).

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Cuadro N° 20

Tratamiento y atención de los pacientes tlgbi con respecto a la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y vih/sida

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>De acuerdo a UNGASS, se cuenta con diez centros departamentales de Vigilancia y referencia (CDVIRs) y tres centros regionales de vigilancia y referencia (CRVIRs) que se encargan de prevención y tratamiento. Las actividades de los Programas Departamentales ITS/VIH/sida, a través de los CDVIRs se orientan a la prevención, control y vigilancia epidemiológica pasiva de grupos vulnerables y en menor grado de la población en general mediante la atención ambulatoria a las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) incluyendo el tratamiento anti-retroviral y el seguimiento de laboratorio con CD4-CD8, carga viral y hemograma completo cada seis meses de manera gratuita. Sobre Atención a HSH, según el Plan Multisectorial: "La atención a hombres que tienen sexo con hombres es aún débil en el país. Se tiene una cobertura de 2.2% basado en estimaciones, ya que no se tiene un sistema de vigilancia estructurado en estas poblaciones y no existe un sistema de vigilancia de segunda generación sistemático en esta población vulnerable".</p>	<p>Tratamiento y atención, definidas en la <i>Guía de Atención Integral de Personas que Viven con VIH (PWV)</i>, elaborada inicialmente en 2004 y con varias actualizaciones, la última realizada en el 2009. Estas actividades se realizan en las veintiocho Unidades de Atención Integral a PWV a nivel nacional, con desconcentración en la entrega de ARV y equipos de salud capacitados en el manejo integral a PWV. Cuenta además con 250 centros de consejería y tamizaje. Se dispone de ARV en presentaciones pediátricas, medicación para enfermedades oportunistas, se practican los exámenes de CD4 y carga viral y se entregan preservativos a PWV mensualmente.</p>	<p><i>Guías para el Manejo de VIH/SIDA (2005)</i>, dirigido a personal de salud, es material obligatorio de acuerdo a la ley. Este material no es didáctico y no aborda la problemática diferenciada, no afronta la discriminación ni el estigma. Menciona solamente a HSH.</p>	<p>La población HSH (donde se incluye a las personas trans) son atendidas por el MINSa a través de los <i>Centro Especializados de Referencia de ITS y VIH/sida (CERITS)</i> y el <i>Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PRO CETSS)</i>. La atención médica periódica (AMP) incluye el consentimiento informado, consejería pretest y postest, y orientación sobre prevención de ITS y VIH/sida. "(a) La atención de la población TLG se centra en el servicio de salud sexual; (b) el servicio de salud sexual es enfocado desde la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida; (c) la población de lesbianas y bisexuales son invisibilizadas en los servicios de salud sexual, reproductiva y salud mental; (d) no existen tratamientos especializados que involucren las siguientes necesidades: consejerías de transformación del cuerpo, atención en ITS y VIH/sida a las mujeres lesbianas y bisexuales sobre métodos preventivos, orientación en el comportamiento sexual de las mujeres lesbianas y la salud reproductiva pensada más allá de las mujeres relacionadas con la maternidad". (Red Peruana TLGB: 2010, 2012). Existe el <i>Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva</i> elaborado por el MINSa, aprobado por R.M. 290-2006/MINSa, el 20 de marzo del 2006, pero que no incluye a población TLGB.</p>

Cuadro N° 21

El establecimiento del estado cómo ente que adquiere y otorga a través de sus múltiples instancias los medicamentos contra el vih/sida

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>La Central de Abastecimiento de Medicamentos y Suministros (CEASS) es el ente logístico del Ministerio que se encarga de la adquisición y distribución a nivel nacional de los medicamentos.</p>	<p>“La adquisición de ARVs, preservativos y drogas de sustitución se realiza gracias a los mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales. El Ecuador adquiere medicación ARV en genéricos del Fondo Estratégico de OPS, y forma parte del Organismo Andino de Salud (ORAS) que se encarga de la negociación de medicamentos ARV. Sólo el MSP tiene estos mecanismos de adquisición explícitos y aún se está luchando por una sola compra nacional junto con otras instituciones como IESS, PPNN y FFAA” (UNGASS, 2010: 48). El tratamiento antirretroviral es gratuito. De acuerdo al documento <i>Priorización par el acceso universal a la prevención, atención integral y cuidado en VIH del 2008-2013</i>, los medicamentos son entregados a las PVV en 72 horas máximo luego de recibido el pedido y se practican los exámenes de CD4 y Carga viral en forma gratuita.</p>	<p>Los medicamentos y procedimientos diagnósticos para pacientes con VIH y sida han sido incorporados en el <i>Plan Obligatorio de Salud (POS)</i> incluyendo en el tipo subsidiario: “El 75% de los pacientes TAR requerientes reciben los medicamentos que necesitan, y aproximadamente el 45% de ellos tienen dentro de sus esquemas medicamentos fuera del Plan de Beneficios” (Plan VIH 2008-2011: 25). Los antirretrovirales son parte del POS (se detalla qué medicamentos son cubiertos). En caso que se necesitara otro medicamento de alto costo, la <i>Sentencia T201 del 2005</i> indica que se suministraría: “Ante vulneración de derechos, que no pueda ser sustituido, que el paciente no pueda pagar costo o que no pueda acceder por otro plan de salud”. La <i>Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, artículo 4º, numeral 10</i>, establece la obligación que tienen los servicios farmacéuticos de suministrar los medicamentos con la debida oportunidad, además del suministro de la información que se requiera.</p>	<p>“La implementación del programa de TARGA ha sido especialmente relevado por los actores como uno de los logros alcanzados por el Estado y el país. En tal sentido, 7.659 PWS ya reciben TARGA al mes de junio del 2006. Este tratamiento se brinda en su mayor parte con el apoyo del proyecto financiado por el Fondo Mundial” (Plan Estratégico VIH 2007-2011: 27).</p>

Cuadro N° 22

Sobre el establecimiento de guías y modelos para el adecuado tratamiento de pacientes con vih/sida

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA, 2008-2012.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fichas epidemiológicas para la notificación de VIH/sida. • Formularios para la notificación de ITS, VIH/sida (trimestral, semestral y anual). • Historia clínica especializada. • Protocolos para las pruebas de laboratorio. • Protocolos para los sitios centinela. • Protocolos para la vigilancia de comportamiento. • Guía de Manejo Síndromico. • Manual de Bioseguridad. • Normas y esquemas de tratamiento para ITS. • Normas para el desarrollo de consejería. • Normas de atención de ITS (etiológico). • Guía para tratamiento anti-retroviral para la atención Integral de PVVS. • Manual de Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/sida. • Manual para la vigilancia de segunda generación. • Manual de atención para la transmisión vertical. • Manual de atención para niños con VIH/sida. • Manual de Orientación para la realización de la prueba voluntaria del VIH. • Guía de capacitación para la realización de la Prueba rápida para el VIH. 	<p><i>Guía de Atención integral en VIH/sida 2010 (PVV).</i></p>	<p><i>Guías para el Manejo de VIH/sida.</i> Ministerio de Protección Social (2005): Dirigido a médicos y personal de salud. No habla de discriminación, no aborda el estigma. Es un manejo clínico.</p> <p><i>Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA (2006);</i> Menciona HSH como parte de población vulnerable. No hay mayor desarrollo. La Resolución 3442 de 2006, otorga obligatoriedad en la referencia de estos documentos para la implementación de servicios.</p>	<p>Plan estratégico nacional de VIH/sida.</p>

MONITOREO Y EVALUACIÓN (GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA)

Cuadro N° 23

Sobre la implantación de sistemas eficaces de monitoreo y evaluación de los programas, estrategias y políticas destinadas a la prevención y tratamiento del vih/sida

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>El programa nacional de VIH, cuenta con un sistema de vigilancia y evaluación, pero de corte epidemiológico, que les permite tener una base de datos actualizada sobre VIH.</p> <p>No se ha encontrado información sobre planes o estrategias de evaluación del programa o las acciones que involucren a la sociedad civil.</p>	<p>Según el Informe UNGASS 2010, no existe ningún plan de evaluación de la estrategia en general.</p> <p>“La estrategia multisectorial no cuenta con planes operativos para todos los sectores a pesar de que se había previsto la realización de planes bianuales para cada sector prioritario. Se reconoce sin embargo que la estrategia contempla objetivos formales del programa, metas, desglose de costos de cada área programática y una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa. Tampoco existe un plan de monitoreo y evaluación de la aplicación de la estrategia” (UNGASS, 2010: 38).</p> <p>Sin embargo, señalan la existencia reciente del <i>Sistema Integrado de monitoreo y evaluación (SIMEC)</i> que: “Es un instrumento de Apoyo Gerencial de Proyectos, que sirve para planificar y monitorear la ejecución tanto programática como financiera tomando como unidad básica de reporte un periodo de acuerdo a las necesidades del POAs” (UNGASS, 2010: 102).</p> <p><i>Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE).</i></p>	<p><i>Observatorio de la Gestión Programática en ITS-VIH/sida:</i> Con publicaciones actualizadas de Perfiles epidemiológicos nacionales, estudios de comportamiento en población de riesgo, indicadores (no toma en cuenta orientación sexual ni identidad de género). En el <i>Consejo Nacional del Sida</i>, se incluye representantes de HSH, mujeres viviendo con VIH, y ONGs.</p>	<p>“La Respuesta Nacional al VIH/sida no cuenta, hasta el momento, con un sistema de M&E integrado. El PEM ha desarrollado lineamientos para el monitoreo y la evaluación y tiene indicadores para cada objetivo, aunque hasta ahora no se han transformado en un sistema de M&E funcional y efectivo” (UNGASS PERU, 2010).</p>

Cuadro N° 24
Las medidas adoptadas para la difusión de información para la sociedad civil
sobre salud sexual, ets y vih/sida

VIH/SIDA e ITS			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Consejo Nacional de VIH/sida (CONASIDA)</i>, que coordina el Programa Nacional de ETS/VIH-SIDA y todas las instancias relacionadas al tema (conformado por el ministro de Salud que lo preside, representante del Ministerio de Educación, del Programa Nacional de ETS/VIH-SIDA, del Ministerio de Justicia y DDHH, del Colegio Médico, y de la Comisión Nacional de Bioética), esto de acuerdo a la ley. Sin embargo, en el Informe UNGASS aparece el Programa Nacional como entidad encargada de dar respuesta programática y política (desde el 86), y el CONASIDA como una entidad que aún está ganando legitimidad.</p>	<p><i>Sistema Integrado de información del Sida (SIISIDA)</i>: “con la finalidad de contar con información actualizada y oportuna diseño el <i>SIISIDA</i> como una herramienta integradora de toda la información clínica y de gestión necesaria para el área médica y de investigación, por tanto se convierte en la principal fuente de información para los tomadores de decisiones y para la elaboración de planes. Una de las características de este sistema es el de trabajar on-line” (de acuerdo, al UNGASS 2010, sin embargo no se encuentra la página por ningún lado, averiguar si existe o no).</p>	<p>Mediante el <i>Observatorio de la Gestión Programática en ITS-VIH/sida</i>, portal de internet y forma de contacto.</p>	<p><i>Centro Virtual de Coordinación del Conocimiento en VIH</i>. En <http://www.cvcc-vih.com/>. Creada en el 2011, la integran: Red SIDA Perú, Ministerio de Salud, ONUSIDA, la Coordinadora Multisectorial de Salud (CONAMUSA), el Instituto Nacional de Salud (INS), CARE PERÚ y la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH/IESSDEH), y cuenta con el apoyo financiero de la cooperación alemana. <i>Dirección General de Epidemiología: Banco de datos de reportes nacionales epidemiológicos</i>. En <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/boletines_vih.htm>.</p>

DEMANDAS Y ACCIONES: RESPUESTAS DEL MOVIMIENTO TLGBI SOBRE LA POBREZA Y DISCRIMINACIÓN EN LA REGIÓN ANDINA

Dentro de los países andinos, el discurso político ha sido construido a espaldas de las demandas de las personas TLGBI. Este hecho se constituye a través de la revisión comparativa que ha analizado el ordenamiento normativo y, principalmente, tras mostrar que estas pautas legales y jurídicas no han tenido como efecto la transformación de la problemática que las personas TLGBI viven cotidianamente. Los ámbitos de esta inacción se desplazan en diversos niveles, en el normativo, “un análisis específico de esta normativa boliviana favorable a las poblaciones TLGB, evidencia que estos avances son insuficientes y que aún contemplan contenidos que vulneran sus derechos como en la CPE, el código de familia, el Código Penal, así como normativas municipales” (Igualdad, 2009). Esta deficiencia se problematiza más cuando evidenciamos que no existen mecanismos públicos nacionales que permitan operativizar una estrategia que combata la discriminación y promueva el respeto de los derechos de las personas TLGBI.

Por ejemplo, tal como afirma Colombia Diversa “[...] es necesario precisar que en el plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 ‘Estado Comunitario: Desarrollo para Todos’ en el capítulo de Dimensiones Especiales, no se incluye a la población LGBT o la orientación sexual o identidad de género como elementos necesarios para el desarrollo de políticas públicas incluyentes que promuevan y materialicen los derechos humanos. En este mismo sentido en la ejecución del Plan de Desarrollo del periodo 2002-2006 no se desarrolla ninguna política pública a nivel nacional a favor de la población LGBT” (Colombia Diversa, 2010: 25).

En Colombia, esta desatención también incurre en la dificultad de dar cumplimiento a las sentencias de la Corte. En el caso de las sentencias C-075 de 2007, C-811 de 2007, C-336 de 2008, C-798 de 2008 y C-029 de 2009, dicha instancia había reconocido derechos a las parejas del mismo sexo. Sin embargo, hay una serie de obstáculos que han impedido su cumplimiento efectivo. En efecto, se han encontrado situaciones preocupantes, en las que funcionarios públicos impiden el cumplimiento de dichas sentencias. Entre las dificultades se encuentran: la solicitud de requisitos diferentes a los exigidos a las parejas heterosexuales; el desconocimiento por parte de los funcionarios de la nueva sentencia de la Corte Constitucional (sentencia C-029 de 2009); y también del desconocimiento de los derechos reconocidos por la Corte Constitucional a las parejas del mismo sexo, que se traduce en una inadecuada orientación y asesoría a las personas que buscan información. (Colombia Diversa, 2010: 20-21). Todo esto redundando “[...] en la discriminación a derechos de las parejas del mismo sexo. [...] Esto evidencia que en la práctica no existe un goce efectivo de los derechos reconocidos por altas instancias judiciales, sino que por el contrario estos deben hacerse exigibles a través de permanentes y desgastantes litigios que deben asumir las personas afectadas” (Colombia Diversa, 2010: 21).

Sin duda, esta inoperancia normativa y administrativa se expresa en una implementación de servicios que no toma en consideración las demandas de las personas, especialmente en el ámbito de la salud, ya que “incluso cuando se trabaja dimensiones asistenciales, éstas son manejadas desde un punto de vista casi exclusivamente médico, sin considerar cuestiones de calidad de vida, derechos humanos y participación ciudadana, o la referencia a éstas queda en un nivel declarativo. En el Perú, se produjo una ley sobre SIDA bastante moderna y atenta a las vulnerabilidades, así como un documento de doctrina y estrategias que utiliza un lenguaje de avanzada y un enfoque integral, pero la ejecución del programa devino, con el tiempo, en una concentración en vigilancia epidemiológica, laboratorio y control de ITS,

pero la dimensión de reducción del impacto social nunca fue desarrollada de forma adecuada)” (Cáceres, 2003: 20).

La capacidad de ver estas ausencias en la actualidad, se debe a la aparición del movimiento TLGBI en la región, el cual articuló y sigue articulando una serie de demandas que visibilizan las relaciones heteronormativas de poder y denuncia la discriminación y exclusión. Por ello, es importante analizar aquellos procesos que abrieron el camino para comprender esta dimensión, y principalmente los derroteros hacia el futuro. Sin embargo, abordar el proceso histórico del movimiento TLGBI en la región es un proyecto complicado, debido a la escasa información y análisis que de él se ha producido, a diferencia del desarrollo de otros movimientos sociales. Esta falta de atención “[...] produce, entre otros efectos, un desconocimiento de la diversidad de recorridos, intereses y agendas que estos movimientos han tenido y de las complejas articulaciones existentes entre las demandas políticas y el desarrollo de subjetividades en torno a las sexualidades y los géneros no normativos” (Serrano, 2006: 350).

No obstante, es posible rastrear una mayor politización de la presencia TLGBI en la región andina alrededor de la organización social y política a partir de los años setenta del siglo XX, acorde con el clima mundial de transformaciones culturales y políticas. Los movimientos europeos y norteamericanos por la liberación homosexual influían en el cambio que iba a tener la arena política en la región; sin embargo, estas tendencias internacionales se adaptaron a las culturas políticas locales y a las situaciones particulares de la región, enfrentando así la represión de las dictaduras y los Gobiernos autoritarios. Es posible afirmar entonces que los procesos de organización política alrededor de la sexualidad y la identidad de género en los países latinoamericanos guardan semejanzas entre sí, propias de un proceso político mundial y de una historia como continente, pero también diferencias importantes. Para ello, haremos una lectura cruzada entre una periodización y una tipologización temática con el fin de compensar las diferencias y los ciclos. Este ejercicio se construye a partir de los aportes académicos de diversos autores y nuestra propuesta que remarca la importancia de enfocar el carácter de las demandas, las cuales cruzan periodos distintos y se desarrollan desde múltiples estrategias en contextos específicos.

Por un lado, existen esfuerzos, en la línea de Sonia Álvarez (Álvarez, 2001: 352), para periodizar el movimiento TLGBI que da cuenta de su proceso de institucionalización, desde aquellas reuniones “informales”, en bares o casas de amigos/as, hasta la creación de organizaciones que construyeron estrategias y colocaron el tema en el imaginario social. En ese sentido, para Carlos Figari se podría pensar en tres etapas históricas del movimiento TLGB en Latinoamérica, que

marcan asimismo formas de práctica política y de concepción misma de la identidad.

La primera de ellas, entre la década del sesenta y setenta del siglo pasado, estuvo marcada por una confluencia en espacios de socialización sin fines políticos para “homosexuales” –como término usado para hablar en realidad de una gran diversidad de experiencias sexuales y de género–, que de por sí planteaban un uso del espacio público y una presencia pública diferente que en años anteriores. Tal como las entrevistas a los activistas recogidas para esta investigación muestran, no es posible hablar de un “movimiento” en esta época, sin embargo es posible leer la historia de esas décadas como una “politización” de la cotidianidad en el hacer público lo privado, autoafirmándose a sí mismos como homosexuales, lo cual a su vez “ [...] suponía una reversión identitaria en la categoría de interpelación definida como homosexual, que, de ser el término médico para clasificar una enfermedad, pasó a ser una categoría política afirmativa de la diferencia” (Figari: 2010: 227).

Una segunda etapa, según el mismo autor, de acuerdo a esta periodización general, sucede desde mediados de la década del ochenta, con el registro de los primeros casos de VIH/sida en la región. La asociación que se hizo del virus con la homosexualidad, planteó una serie de retos y estilos de organización a los grupos LTGB de la época. “Nunca la cuestión homosexual estuvo tan visible ni se habló tanto, a favor o en contra. Era un problema insoslayable, ya sea para los que alzaban la voz para condenar y estigmatizar con los viejos designios inquisitoriales a los ahora denominados “grupos de riesgo”, como para aquellos que entendían que el reconocimiento de la diversidad era una cuestión vital de salud pública. Los nuevos tipos de grupos que surgirán son la ONG/Gay y la ONG/Aids, estimulados y prohijados por las políticas de financiamiento para el combate y prevención del virus, desplegadas por las organizaciones de cooperación internacional o del propio Estado” (Figari: 2010: 229). Sin embargo, debemos advertir que si bien la aparición del VIH concitó los esfuerzos de los grupos, estos ya existían antes de dicha aparición. Colombia y Perú son ejemplos claro de ello, por ejemplo en el primero, en los años ochenta, el tema de los derechos humanos apareció como parte de las agendas políticas de algunas organizaciones de personas homosexuales y transgeneristas, asociado a las discusiones contemporáneas sobre democratización y ciudadanía (Zuleta, 1964; Brown, 2002), y se expandió a lo largo de los años noventa en una variedad de temas” (Serrano, 2006: 350). En el Perú, ya en 1982 se crea la primera organización, un año antes de registrarse el primer caso de VIH.

Los años noventa se caracterizaron por la pluralidad y la diversidad de agrupaciones que surgieron en las principales ciudades latinoamericanas. Ello trae también una conceptualización más amplia de la identidad y formas de denominar las experiencias de la sexualidad y el género fuera del término o categoría “homosexual”. Los términos “gay” y “lesbiana” empiezan a ser usados y reivindicados, posteriormente “travestis”, “transexuales”, “bisexuales” e “intersexuales”. “Surgen además, poderosas y articuladas asociaciones nacionales e internacionales de organizaciones LGBTI (gay, lesbico, travesti, transexual, bisexual e intersexual), como la ILGA (*Internacional Lesbian and Gay Asociation*) a nivel mundial, la ILGALAC, en Latinoamérica. Por otro lado, aparecen nuevos espacios de articulación entre los que se cuentan las multitudinarias Marchas del Orgullo que persiguen especialmente una política de visibilidad, la internet como espacio privilegiado de encuentro y organización virtual y un mercado específicamente dirigido al público LGBT” (Figari: 2010: 230). Las formas de vida TLGBI, se agrupan a partir de la definición de “estilos de vida” y formas de consumo, más que alrededor de demandas políticas. En la región andina, específicamente, esta pluralidad aparece entre finales de los noventa y con mayor énfasis durante la primera década de este siglo en torno a participar en procesos nacionales concretos.

Por otro lado, debemos mencionar la importancia de leer los diversos periodos y acontecimientos a la luz de los aportes político-teóricos planteados durante las últimas tres décadas, los cuales se constituyen más allá de los procesos de institucionalización, muchas veces en contra de ellos, pero siempre en relación con ellos. Los tres aportes relevantes para analizar estos procesos son tres: la concepción de un cuerpo fracturado, la transformación de la relación entre lo privado y lo público, y el reconocimiento del deseo como agente de la reproducción de la ley. Estos tres elementos conforman una triada que constituye la agencia del movimiento e intenta desplazar la política del ámbito de la necesidad al de la demanda. En primer lugar, la fragmentación ubica al cuerpo como sujeto de la política y como estrategia para escindir el destino político del “destino biológico”, producido desde los discursos conservadores, con la finalidad de romper la linealidad hegemónica establecida entre los cuerpos y las identidades. En segundo lugar, el desplazamiento de algunas actividades privadas hacia el ámbito público, y también, la prohibición de otras en la esfera pública, permite transformar ciertas prácticas cotidianas en puentes discursivos entre los dos espacios. En tercer lugar, la exclusión de la ley en contra de las personas TLGBI incentiva ver más allá del enunciado normativo y da énfasis en aspectos invisibilizados,

rompiendo con un sistema legal lineal y hegemónico basado en una visión naturalista y moralista de la propia ley² (Jaime, 2007).

De esta manera, el primer momento, desde el cruce de ambas miradas, resulta relevando la creación de una respuesta que construye puentes entre lo “privado” y lo “público” a partir de la asunción y en menor medida de la visibilización de una identidad “homosexual”. Este momento es un proceso lento, donde las personas iban articulando discursos afirmativos desde la misma cotidianidad. Ya en Colombia, se tiene conocimiento de vulneración de derechos de personas homosexuales, travestis y trabajadoras/es del sexo desde la década del ochenta del siglo XX, como parte de agresivos ataques de “limpieza social”. Serrano indica: “en diversas ocasiones, tanto grupos de las guerrillas como de los paramilitares los han considerado blancos de su accionar al verlos como contrarios a cierta “moral” y cierta noción de “orden social” (Proyecto Agenda, 2001). A esto se suma los frecuentes hostigamientos por parte de agentes de la policía en sitios de encuentro homosexual, legitimando un entorno social de estigmatización y discriminación” (Serrano, 2006: 344). Por otro lado, “en Bolivia, se tiene referencia de reuniones de personas homosexuales en los años sesenta; pocos testimonios existen, en general, sobre grupos de Lesbianas, Gays, Bisexuales o Trans (LGBT) en la época de la dictadura. En los años setenta, organizarse en grupos de amistad no era seguramente un trabajo fácil. De acuerdo a “La Abuela” no se podía “ni siquiera nombrar que uno era homosexual”. Esta delicada situación fue gradualmente diferente con el advenimiento de la democracia en 1982. El régimen democrático cerraba paso a la violencia de la época militar y era posible respirar un aire de relativa libertad [...]. A principios de los años ochenta “había grupos solamente en reuniones de amigos pero a casa cerrada”. En la segunda mitad de los ochenta, al parecer ya existían varios grupos gays organizados, sobre todo en Cochabamba [...]. No obstante, es innegable que se conoce muy poco acerca de la vida social de las personas LGBT bolivianas en la etapa previa a los noventa” (Fundación Igualdad LGBT: 2008, 7). En el Perú, las reuniones entre quienes luego fundarían la primera organización homosexual se realizaban en las casas de sus miembros.

En un segundo momento, los primeros pasos hacia la institucionalización surgen en la década de los ochenta solo en dos países.

2 Hay que considerar una cuarta, la transformación de la práctica religiosa dada en comunidades cristianas TLGBI en distintas ciudades de la región andina como una manera de decolonizar categorías y mandatos religiosos que han promovido la exclusión por largo tiempo. Aunque es un aporte teórico político, por cuestiones metodológicas, no lo consideramos en esta investigación.

En Colombia, desde mediados de la década, y según Serrano, con la aparición de los primeros casos de VIH en varios países andinos, se da una reconfiguración de comunidades y organizaciones en torno al tratamiento de la epidemia. Esto coincide con la incorporación de la sexualidad, la orientación sexual y el género en la discusión de los derechos humanos a nivel internacional, haciéndose más explícita luego de 1993 con la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, ligado en especial a los debates sobre los derechos de las mujeres y configurándose en torno a la noción de “derechos sexuales y reproductivos”. “En este contexto, el trabajo de activistas, académicos y educadores creó una serie de conexiones entre el tema del SIDA y las discusiones internacionales sobre derechos sexuales y reproductivos, que permitió a su vez otras conexiones entre los temas de derechos sexuales y derechos humanos (Londoño, 1996; Velandia, 1985). Ideas como ‘La libertad de expresar la propia sexualidad es también un derecho humano’, desarrollada en Argentina (Brown, 2002), o ‘Los derechos humanos también son sexuales, los derechos sexuales también son humanos’, en Colombia (Velandia, 1998), entraron en las agendas políticas de los movimientos homosexuales en desarrollo, extendiéndose posteriormente a cuestiones de identidades subjetivas y políticas, de derechos de las minorías y otras formas más de nombrar la condición de sujeto de derechos” (Serrano, 2007: 353-354).

En Perú, durante los primeros años de la década del ochenta, aparecen las primeras organizaciones de gays y lesbianas, principalmente en Lima. “El primer grupo organizado fue la Acción por la Liberación Homosexual (APLHO), constituida en 1982, una organización de homosexuales y lesbianas que tuvo poco tiempo de actividad. Poco después, en el año 1983, se fundó el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), organización de gays y lesbianas que hoy en día es la de mayor trayectoria en el contexto peruano”. Según Forno y Merino, “comenzó a partir de pequeños grupos de personas de clase media vinculados con las elites intelectuales y artísticas locales”. Años más tarde, en 1984, se fundó el Grupo de Autoconciencia de Lesbianas Feministas (GALF), organización integrada por mujeres lesbianas que hicieron pública su identidad al interior del movimiento feminista (Motta, 2010: 96).

Tal como relata Oscar Ugarteche, el MHOL surge por influencia del movimiento homosexual que se gestaba en Brasil y México, así como con los contactos de luchas que ya tenían años en Estado Unidos. Por su parte, según Norma Mogrovejo, el GALF surge al interior del movimiento feminista peruano, pero también como una respuesta que buscaba autonomía de propuestas políticas que terminaban por homogenizar a las mujeres bajo la orientación sexual heterosexual,

la cual no se cuestionaba (Bracamonte, 2001: 293-295). Es así que en un principio, los movimientos de liberación homosexual se vieron articulándose con los feministas y en contacto con intelectuales de izquierda, durante aquella primera década.

Aunque no es una historia lineal, el eje que articuló las primeras acciones fue la lucha contra la homofobia social, que a pesar de no estar penalizada en el país como sucedía con otros de la región, sí estaba fuertemente criminalizada. “Por tanto, el trabajo consistía en dar talleres de autoconciencia, vivenciales, de miedo y angustia, así como ciclos de conferencias sobre feminismo, masculinidad y realidad nacional contando con la participación y apoyo de los más destacados intelectuales peruanos. La idea era que si se podía modificar la cultura intentando liberar a una masa crítica de personas para que pudiesen llevar vidas sin cargas internas negativas, se lograría levantar las restricciones sociales [...]. Esto fue de 1984 a 1989” (Bracamonte, 2001: 304).

Durante esa década dos situaciones influenciaron fuertemente a la organización política del naciente movimiento gay y lésbico en el Perú. Por un lado, la guerra interna que enfrentó a grupos terroristas como Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA) y el Estado, y el impacto del VIH/sida en la comunidad. La guerra interna entre SL-MRTA y el Estado debilitó las bases de la organización social e instaló una cultura del miedo y la criminalización de la protesta; por otro lado, el VIH/sida viró la agenda de un movimiento que se estaba formando, hacia el “derecho a la vida”, con una agenda orientada a la prevención de la transmisión, influyendo en la propia práctica política (Van Den Berge *et al.*, 2011). La visibilidad política se inició hacia fines de la década de los ochenta cuando dirigentes del MHOL hicieron declaraciones públicas reivindicando derechos por orientación sexual en los medios de comunicación. Posteriormente, la participación de dirigentes lesbianas y gays en espacios públicos se hizo cada vez más común. En el discurso de visibilización de este momento se reivindicaban derechos de los y las homosexuales, todavía no estaba presente el lenguaje de la diversidad sexual asociado con lo TLGBI. Cabe señalar que durante más de una década la participación de personas transgénero en este movimiento fue escasa, debido al estigma que esas identidades aún portaban para la comunidad gay de clase media (Motta, 2010: 96). Hacia finales de la década, volcados a la lucha contra el sida, se realizaron acciones de prevención para la comunidad, tanto de difusión de información (línea telefónica SIDAYUDA por el MHOL), como la capacitación de promotores de salud.

En esta época se comienzan a articular los grandes tópicos de la lucha a favor de las personas TLGBI. Cabe resaltar que las primeras ac-

ciones estaban desligadas del VIH, tanto Zuleta y Velandia en Colombia como el grupo de activistas en Perú, son una prueba de ella. Luego, estos mismos grupos dirigieron su atención hacia ese tema debido a la urgencia que representaba la mortalidad de sus compañeros, ante la inacción y persecución de los Estados. En este momento se problematiza ya tenuemente, la visibilidad homosexual frente a la invisibilidad de muchas personas de la propia comunidad. El centro del debate era la discriminación. Tal como señala Pecheny para el caso argentino, “el movimiento GLTTTBI o movimiento de la diversidad sexual se opone a las injusticias causadas por la heteronormatividad. El concepto de opresión es central en el discurso de las y los participantes, tal como ocurre con otros movimientos sociales emancipatorios contemporáneos” (Pecheny, 2008: 222). Este núcleo duro contra el cual se enfrentan, sumado a la estrategia de la visibilidad, comenzó a esbozar la idea de mostrar la legitimidad de la homosexualidad mediante un discurso que articulada la consigna feminista de lo privado es público, con la precarización del propio cuerpo, sometido a la persecución de las fuerzas del orden y otros agentes armados, y sin duda a la muerte ocurrida por la epidemia del VIH/sida. Esto configura la base de la demanda de los nacientes grupos TLGBI en la región andina.

Frente al quiebre de la relación público-privado en el discurso TLGBI, hay que recordar que el análisis de Pecheny, en diálogo con algunas y algunos autores (Bell y Binnie, 2000; Pecheny, 2001; Meccia, 2006), que señala el carácter heterosexista de la división público-privado, la cual “establece la tolerancia social a las sexualidades no heteronormativas en tanto éstas no transgredan los límites de lo privado y no se manifiesten públicamente” (Pecheny, 2008: 228).

Un tercer momento, a inicios de la década de los noventa significa la articulación de otros grupos en los países que no habían institucionalizado su demanda. Aparentemente en Bolivia no se observa el proceso político TLGB que se ve en otros países, donde inicialmente existió el debate de la asimilación de las demandas por “la liberación homosexual” a partidos de izquierda o la actuación autónoma de la misma en grupos separados y sin embargo en intercambio. Por el contrario, tal como expresa el ex presidente del Colectivo TLGB (actual grupo que reúne a distintas organizaciones y activistas en todo el país), Willmer Galarza en entrevista con el CLAM (2010), hablar del movimiento TLGBI en Bolivia, remite a hablar de la historia de la intervención en VIH en el país, ya que fue éste el propósito que aglutinó y organizó a personas gays y trans en demandas políticas, alrededor del programa promovido por la USAID en la sociedad boliviana para trabajar con los recientemente nombrados “grupos vulnerables” a la epidemia, entre ellos los hombres gays o con prácticas homoeróticas.

De acuerdo al Informe de los derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y trans en Bolivia, por la Fundación Igualdad LGBT (2008), es precisamente en Cochabamba donde se forma la primera organización gay de Bolivia, llamada “Dignidad”, en 1990 con el propósito de *“estar unidos no políticamente sino por ser gays y para poder hacer actividades entre nosotros mismos; solamente nos reunía el compartir, el estar juntos”* [con cursiva en el original] (Fundación Igualdad LGBT, 2008: 8). Paralelamente, la organización feminista y anarquista “Mujeres Creando” abordaría la problemática lésbica en parte de sus acciones y manifiestos políticos. Un segundo momento dentro de la década de los noventa, en la organización TLGBI en Bolivia, llega con la intervención en salud, primordialmente en cuanto al VIH/sida.

El “Proyecto contra el Sida (PCS)” empieza a ser implementado por la Cooperación de Desarrollo de los Estado Unidos (USAID), como apoyo al Estado Boliviano en respuesta a la epidemia del VIH. “Desde entonces, una misión del PCS era atenuar el impacto de la epidemia del sida en Bolivia mediante intervenciones en los denominados ‘grupos vulnerables’, hombres homosexuales. El PCS logró organizar a los grupos gays, en las tres principales ciudades del país (Santa Cruz, La Paz y Cochabamba), con el objetivo de capacitar a sus líderes, brindarles información específica sobre la temática, consejería y asistencia médica y legal” (Fundación Igualdad LGBT, 2008: 8- 9). En aquel contexto de intervención en VIH, surge la primera organización gay de Santa Cruz “UNELDYS: Unidos en la Lucha por la Dignidad y la Salud” en 1993, siendo su fundador e “impulsor determinante” el investigador norteamericano Tim Wright. “UNELDYS trabajó en la prevención del VIH, en capacitación sobre sexualidad y Derechos Humanos; realizó talleres de sexo seguro y salud integral, brindó servicios de asesoría legal y consejería; organizó actividades recreativas como proyecciones de películas, paseos y prácticas deportivas [...]. La organización cruceña organizó mesas redondas y exposiciones artísticas sobre homosexualidad. En el año 2000 en Santa Cruz, UNELDYS organizó la *Primera Marcha LGBT de Bolivia* (“Primer Desfile por el Orgullo Gay-lésbico”): un hito en la historia del colectivo. Puede afirmarse que hay un antes y un después de la primera marcha [...]. UNELDYS dejó de funcionar en el año 2004 y el activismo en Santa Cruz se vino abajo drásticamente” (Fundación Igualdad LGBT, 2008: 10).

Desde mediados de los años noventa, empiezan a conformarse distintas organizaciones y redes TLGBI, por ejemplo el Movimiento Gay-Lésbico La Paz-Libertad en 1996, al año siguiente Las Galán, Movimiento Gay Lésbico Bisexual Nueva Generación, Amigos sin Fronteras, la Comunidad Equidad de La Paz, Unión de Travestis Santa Cruz.

Posteriormente, se crean Simbiosis, Cofradía, Juplas, Fundación Igualdad LGBT de Santa Cruz, entre otras.

En Ecuador, el surgimiento institucional surge también por esta década. Según Brabomalo, el movimiento TLGBI empieza a hacerse visible como tal en los años ochenta, con la irrupción del VIH/sida y la conmoción que ello causó en los imaginarios sociales. Durante esa época se crean las primeras organizaciones, llamadas SOGA y FEDAPES, cuya principal actividad era la lucha contra el VIH/sida, también Triangulo andino de Quito y Amigos por la vida de Guayaquil. En torno a la despenalización de la homosexualidad en 1997, surgirán instituciones con un perfil de visibilidad mucho más claro, como Coccinelli, asociación conformada por personas trans, la cual tuvo un papel protagónico en la presentación de la demanda (Páez, 2010: 95). Es importante mencionar que el movimiento TLGBI ecuatoriano tiene la particularidad de articular en relación con la reforma constitucional de 1998, donde se incorporó la no discriminación por orientación sexual en la constitución.

En Colombia, el uso que se empezó a hacer de los derechos humanos durante la década de los noventa, da cuenta de un momento diferente en el reconocimiento y la visibilización de la problemática de la comunidad TLGBI. Como señala Serrano, antes de 1995 “[...] no hay una referencia particular a los crímenes contra personas homosexuales y transgeneristas en los principales informes de derechos humanos en Colombia, ni una particular consideración de esta situación en las principales organizaciones no gubernamentales, relacionadas con la protección de tales derechos” (Serrano, 2006: 354). El autor señala que la vinculación que se hace gradualmente de la problemática de exclusión y violencia sufrida por la población TLGBI y los derechos humanos, conlleva a un mayor fortalecimiento de las identidades a través de la consideración de “sujetos de derecho” que implica, y a la ampliación de redes de apoyo en alianzas con otras organizaciones y movimientos sociales. “[L]os temas de derechos humanos aparecieron en los recientes debates sobre los proyectos de ley de parejas del mismo sexo que se vienen tramitando desde 2000, particularmente asociados a cuestiones de lucha contra la discriminación y la ampliación de la noción de ciudadanía. La diferencia entre este reciente uso de los derechos humanos, respecto al descrito antes, está en su intento de mover la discusión política de la arena médica que rodea las cuestiones de derechos sexuales y reproductivos e introducir el debate en la esfera de la sociedad civil y en las discusiones acerca de las identidades políticas” (Serrano 2006: 355).

En el Perú, durante esta década se formó PROSA, la primera organización de personas con VIH del Perú. Al terminar los noventa,

el MHOL toma la defensa y promoción de los derechos humanos, en especial la defensa del principio de no discriminación como uno de sus elementos centrales de acción.

En balance, en esta época, vemos algunas características importantes, por un lado, se acentúa la institucionalización de los colectivos TLGBI, sea en torno al VIH/sida o mediante el discurso de los derechos humanos. Sin duda, ni uno, ni el otro, tienen carácter excluyente, sólo reflejan tendencias dentro de las diversas expresiones del movimiento en la región andina, y en cada uno de los países. Hay tres aspectos cruciales dentro de toda esta dinámica la dicotomía visibilidad/invisibilidad, la institucionalización del movimiento (usualmente mediante el modelo de la ONG) y la interlocución con los Gobiernos de turno.

La dicotomía visibilidad/invisibilidad nos ayuda a comprender los inicios de la articulación de la demanda. Políticamente, los distintos grupos van colocando en la agenda pública distintos temas relacionados con la problemática homosexual, al parecer sólo en Ecuador las personas trans llegaron a conformar una asociación. Para entender esta dinámica, es adecuado recordar, a través de Pecheny, que “[...] la visibilidad no es una categoría dicotómica. Es decir, la invisibilidad social no es su única alternativa. Pensamos la visibilidad y la invisibilidad como procesos que admiten una serie de grados que no poseen valores absolutos. En segundo lugar, las consecuencias de la visibilidad y de la invisibilidad no pueden ser conocidas de antemano, ya que dependen de las y los sujetos involucrados y del contexto socio-histórico. Los paisajes sociales varían y los mismos atributos pueden ser motivo de privilegio o desventaja en distintos entornos socio-espaciales. En tercer lugar, la visibilidad y la invisibilidad se construyen históricamente. Diferentes propiedades se vuelven más o menos significativas, no siempre progresivamente” (Pecheny, 2008: 227). En este sentido, intentamos mostrar cómo la visibilidad es construida a través de intereses y estrategias concretas llevadas a cabo por los cada uno de los grupos, por ejemplo es claro que las demandas trans no estaban presentes en el régimen de la representación/visibilidad de los “colectivos homosexuales”. También, hay que hacer notar que la visibilidad toma espacios privilegiados, puede ser el VIH/sida u otro tema como la discriminación, cada opción conforma un campo de acción, consolidando una agenda de prioridades, un número de alianzas y tipos de estrategias.

En relación con la institucionalización del movimiento, usualmente ligada al modelo de la ONG, ante todo, afirmamos que es un camino básicamente de interlocución con el Estado y con grupos de personas, mediante el cual se intenta llevar a cabo un conjunto de acciones de diferentes estilos. Sin duda, representa una lógica de in-

tervención que consolida estilos de trabajo e intereses de agenda específicos. De esta manera, recogemos aquellos elementos que Pecheny señala sobre esto. “El modelo de organización de las ONG, híbrido de ente paraestatal, organización filantrópica, club, grupo de presión y empresa de servicios, tuvo su auge a partir de las reformas neoliberales de las décadas de 1980 y 1990. Como sustituto parcial y degradado del estado de bienestar, las ONG guardan un peculiar tipo de relación con el Estado, con la “cooperación internacional” y con entes supraestatales y multilaterales (cf. Kornblit, Petracci y Szulik). La organización actúa como mediadora entre esas instancias y un público específico del cual ella se erige como representante. Por un lado traduce demandas de ese público al lenguaje político y administrativo más apropiado –sea el de la ayuda social, de los proyectos de desarrollo, o bien el de la protesta–. Por otro, actúa como prestadora de servicios, en parte mediante una compleja complementación entre el trabajo voluntario y rentado de sus miembros y en parte sostenida por recursos de la esfera estatal que se destinan específicamente a la “sociedad civil”. En ese contexto, la cantidad y diversidad de agentes movilizados en respuesta al sida, así como el aumento de los recursos y del prestigio asociado a la actividad provocaron una expansión geográfica y numérica del movimiento. Entre sus efectos cabe mencionar la consolidación de los componentes trans (travesti, transexual, transgénero) y lésbicos” (Pecheny, 2008: 249).

En este componente, un aspecto crucial es la gestión de la interlocución con los dos niveles mencionados: el Estado y la “sociedad civil”. Durante el 2000, en la región andina, en el caso de los grupos TLGBI este modelo de institucionalización se ha fortalecido, asumiendo un protagonismo importante. Primero, se debe afirmar que el modelo ha servido para agrupar distintos colectivos, organizándolos y dotándolos de recursos para realizar una serie de acciones de sensibilización, capacitación, investigación e intervención social. Por un lado, ha servido con claridad para construir un mecanismo de diálogo con el Estado, a pesar de los éxitos o fracasos obtenidos, lo cual ha colocado en algunas instancias gubernamentales ciertos temas que de otra manera no se habría problematizado. En contraste, frente a estos elementos que siempre resultan positivos, se puede observar la presencia de un estilo de gestión, (valgan verdades independientemente de ser o no una ONG) que privilegia cierto modelo de intervención, cuya principal característica es privilegiar una eficiencia y eficacia siempre construida en detrimento de la relación con las personas en pos de soluciones “técnicas” (muchas veces de una renuencia a politizar temas cruciales) y buscar un protagonismo mediático incluso aunque sus logros sean bastante reducidos o inexistentes. En suma,

un modelo complaciente que olvida la demanda de las personas, privilegiando otras cosas, sean recursos financieros, u otros aspectos. Por tanto, asumimos el hecho de que este modelo de institucionalización no es *per se* una dificultad, sino más bien el estilo tecnocrático aplicado a la gestión social.

Por otro lado, la interlocución con el Estado es un factor de primer orden durante esta década, en la cual se iniciaron los primeros contactos con diversos niveles de los Gobiernos. Esta práctica se ha fortalecido a partir del año 2000. Implica tener en cuenta el éxito de esta relación en los niveles locales (usualmente con mucho éxito en ciudades importantes) y nacionales, y los ámbitos de intervención (usualmente las políticas de VIH, aunque existen muchas experiencias en otros, especialmente después del 2000).

En Colombia a partir del 2000, este pensarse a partir de los derechos humanos por parte del movimiento TLGB, propició un importante trabajo colectivo con otras organizaciones sociales en torno a “Planeta Paz”, un proyecto enfocado a la participación de la sociedad civil en procesos de paz. El tema de la diversidad sexual y de género, se abordó junto con otras problemáticas de comunidades indígenas, afrocolombianos y de mujeres, como parte de las propuestas de la sociedad civil por la paz. El lema “Cuerpo, primer territorio de paz”, permitió la confluencia y la problematización de distintas situaciones de vulneración a los derechos, así como del reconocimiento de la diversidad de género y sexual en las políticas de desarrollo. Serrano implica esta incorporación de la sexualidad y el género desde “[...] el sentido de integrar y apropiar como el de afirmar el cuerpo como territorio para los saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia, como realización de la subjetividad y como lugar desde el cual parte una aproximación positiva a la paz” (Serrano, 2006: 356-357).

El énfasis que el autor señala en torno a la clasificación de las demandas del movimiento TLGBI, de acuerdo a la naturaleza de los derechos, puede ser leída y entendida a partir del peso importante que tiene en el país el lenguaje de los derechos y las leyes cuando se habla de igualdad y justicia social. Colombia, a diferencia de otros países de la región, ha desarrollado una jurisprudencia amplia, y a distintos niveles que permiten a la sociedad buscar protección a partir de ellos.

La década del dos mil, también trae cambios importantes en el colectivo por la diversidad sexual, al cobrar mayor visibilidad política la comunidad trans, ampliando el espectro de luchas a la diversidad de género. Tal como señalan las activistas Charlotte Shneider y Diana Navarro en nuestra entrevista, Planeta Paz marca un inicio de reconocimiento a la lucha de las personas trans, y su posterior desarrollo como nuevo movimiento político y social:

En el 2000 nos empezamos a nombrar como trans, o movimiento vinculado a los derechos de la comunidad LGBT, a partir de que se propicia un proyecto en Colombia por la paz, proyecto “Planeta Paz”, y empieza a confluir el sector de mujeres, el sector de los afrocolombianos, el sector de los ambientalistas, el sector de los académicos... y empiezan todo el proceso de acercarse a la “comunidad homosexual” –porque nos decían a todos igual–, entonces se abre la discusión. Algunos activistas ven que en otros países se habla de “movimiento LGBT”, entonces empiezan a nombrarse como movimiento LGBT. Inicialmente yo diría que sí hubo activistas trans, independientemente de que se hayan llamado gays, o se hayan llamado travestis. Como movimiento hemos empezado a agruparnos y hemos tenido diferentes periodos y procesos. Yo diría que ha habido un primer momento, de las trans que estaban en la calle, que han tenido que enfrentarse a la policía, al servidor público, a la propia familia, eso también es activismo desde el cuerpo. Una segunda ola ya viene con gente no de 60 años, pero igual madura, como Diana. Y un tercer momento a partir del 2004 y 2005, y un cuarto momento a partir del 2006, ya cuando empieza a generarse lo que es la política [pública] de la ciudad, o empieza a debatirse para que se cree la política pública acá. A ser reconocidas como movimiento a las trans desde el 2000 (Entrevista a Charlotte Shneider y Diana Navarro).

En Ecuador, a partir del 2001 se da un quiebre en el movimiento TLG-BI ecuatoriano, donde hacen su aparición tanto mujeres lesbianas como mujeres trans. Varios discursos heterogéneos se empiezan a visibilizar, abordando necesidades propias de cada identidad y de cada realidad. En el ámbito estatal, la Subcomisión de Diversidad Sexual del Plan Nacional de DDHH se abre a nuevas organizaciones TLG-BI. También cabe recordar que en 2008 se realizó una reforma constitucional que integró además la identidad de género.

En Bolivia, a partir de 1998, el movimiento TLGB empieza a reunirse en congresos nacionales (1998, 1999, 2002, 2005, 2007, 2008). De igual forma se llevó a cabo el Primer Congreso de personas travestis y transexuales en Santa Cruz (2008) y cuatro encuentros lésbicos (2006, 2007, 2008 I, 2008 II). Se puede mencionar como hito histórico del movimiento TLGB su participación en “La Cumbre Social por la Integración de los Pueblos” durante el 2006, que buscó ser un espacio de confluencia entre movimientos para elaborar propuestas de integración en temas de salud, migración, desarrollo, TLC, seguridad, entre otros, con el objetivo de incidir en la reunión de presidentes de la Comunidad Sudamericana de Naciones, la cual sucedía paralelamente. El ex presidente del Colectivo TLGB anteriormente citado, explica la importancia de esta participación: “Este fue un hito importante en la historia del Colectivo, ya que fue la primera vez que las organizaciones TLGB trabajaron coordinadamente bajo una estrategia de inci-

dencia política claramente comprendida por todos los asistentes. Esto permitió incluir la temática de orientaciones sexuales e identidades de género en cinco de las diez mesas de trabajo de la Cumbre, incluso en la Mesa de Militarización y Defensa” (CLAM, 2006). Actualmente, existe el Colectivo TLGB de Bolivia, que es una organización que articula varias agrupaciones y activistas del país, el cual se formó en el marco del V Congreso Nacional de las Diversidades Sexuales y Genéricas de Bolivia.

Esta dinámica intensa, sin duda, ha obtenido avances significativos en materia legal, lograda por el trabajo de incidencia de las organizaciones TLGBI en el país, se pueden mencionar la Promulgación de la Nueva Constitución Política del Estado (2008), el Plan de Acción de Derechos Humanos 2008-2013 del Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos y la Ley N° 045, Ley contra el racismo y toda forma de discriminación (2010), como su consiguiente Reglamento de la Ley contra el racismo y toda forma de discriminación (2011). Sin embargo, como señala el movimiento TLGBI boliviano: “Ningún Gobierno ha aportado significativamente para detener la homofobia de la sociedad. Si bien, la Ley N° 045 y su reglamento son los avances iniciales, falta aún lograr los objetivos del Plan de Derechos Humanos y, lo más importante, lograr a través del tiempo un cambio sustancial de la actitud homofóbica de la sociedad boliviana, sobre todo en los ambientes de educación, salud, empleo y justicia” (Fundación Igualdad LGBT, 2008: 3).

En el Perú, para el año 2000, con la instauración de la democracia luego del Gobierno de Alberto Fujimori, existían más organizaciones y se formarían nuevas. Así nació en el año 2003, la Red Peruana GLBT, luego TLGB, en la que actualmente participan casi una veintena de colectivos de Lima y provincias, con miras a incidir legislativamente. Según Forno y Merino, “los colectivos de la Red plantean propuestas en temas (lo trans, reivindicación del cuerpo, reconocimiento social y legal de las uniones diversas, entre otros) y estrategias de acción política (lucha en lo simbólico, intervenciones urbanas, activismo cultural, etc.) muy variadas” (Motta, 2010: 98).

El activismo político trans organizado es también una vertiente de los nuevos grupos surgidos. En el año 2002 se conformaron la Asociación Ángel Azul y el colectivo Claveles Rojos, este último vinculado al Instituto RUNA, ONG que en la actualidad trabaja la temática de derechos humanos y derechos sexuales con personas y colectivos de trans de Lima Metropolitana. Sin embargo, cabe mencionar que antes de la aparición de estos grupos, esporádicamente hubo presentaciones públicas de personas trans reivindicando sus derechos.

Un balance general de la región nos muestra un movimiento con diversos componentes y niveles de interacción que ha ido construyen-

do agendas múltiples, cuya unidad está basada en la lucha contra la discriminación. A partir de ello, cada grupo asume reivindicaciones específicas, las cuales pueden entrar en diálogo o no. El discurso ha asumido tópicos comunes, aunque cada colectivo tenga estrategias y acciones distintas. La importancia de problematizar la naturalización de la heteronormatividad es expresada continuamente, sea desde una postura jurídica o social, principalmente frente a la constatación de que ésta excluye a las personas TLGBI del cumplimiento efectivo de sus derechos. Ante este panorama, hay que problematizar las posibilidades de articular las demandas de manera que puedan impactar dentro de los imaginarios sociales, jurídicos y políticos de cada país.

LA POBREZA ENTENDIDA DESDE EL MOVIMIENTO TLGBI, A PARTIR DE LA SALUD

El movimiento TLGBI en la región andina, durante la construcción de sus discursos acerca de la exclusión y discriminación presentes en cada uno de los países, ha ido privilegiando estrategias y temáticas que construyen los derroteros para una interpelación frente al estado. El punto crucial ha sido denunciar los medios por los cuales las sociedades y los Gobiernos han marginalizado a las personas TLGBI. En las percepciones de los y las activistas entrevistados vemos la importancia que le conceden a visibilizar cómo los mecanismos de la heteronormatividad afectan la propia vida de las personas, logrando identificar un continuum desde las condiciones socioeconómicas hasta el ámbito de la intimidad. Sin embargo, este trabajo interpretativo es una tarea en construcción. Al leer las entrevistas realizadas a activistas lesbianas, trans y gays de los cuatro países estudiados, en un primer momento podríamos afirmar que el tema de la pobreza no se encuentra en las reflexiones ni acciones concretas de las organizaciones sociales TLGBI.

Este primer acercamiento es problematizado cuando a través de los testimonios podemos ver cómo cada una y uno plantea con mucha claridad condiciones de opresión y exclusión vividas por las personas TLGBI. En estas narrativas, la precariedad de vida y la pobreza se encuentran asociadas a la discriminación y la exclusión social contra la que luchan estos colectivos. No es nombrada como tal –lo que plantea una limitación en la conceptualización propia desde el movimiento–, pero es claramente identificada como consecuencia de la marginación y del no acceso a los derechos.

Una explicación verosímil, sobre esta aparente separación, toma en cuenta dos factores. El primero está referido a la misma dinámica descrita anteriormente en la constitución del movimiento TLGBI andino, el cual estuvo y está compuesto, en su mayoría, por personas

que tuvieron acceso a condiciones socioeconómicas determinada por su posición de clase. Debido a este posicionamiento social, muchas veces la discriminación estuvo referida estrictamente al ámbito de la sexualidad, sin tomar en cuenta otros niveles de exclusión, como la raza y la clase. Por otro lado, el segundo factor está relacionado con la tradición desarrollista que vio a la pobreza, desde sus orígenes, estrictamente en términos económicos, sin reflexionar sobre otros niveles de exclusión. Ambos factores han creado una *falsa contradicción* al momento de abordar la pobreza en relación con la orientación sexual y la identidad de género, ya que han establecido un hiato entre las condiciones económico-sociales y la sexualidad.

Esta *falsa contradicción* se quiebra al leer la siguiente opinión:

El sida era una enfermedad de homosexuales y de negros, entonces se nos estigmatizó en todo el mundo, y aparte de eso la carga moral que tienen las relaciones sexuales entre personas... Nuestras prácticas sexuales y afectivas quieren ser normatizadas. Entonces se dieron cuenta de por qué el Estado tendría que mandar sobre mi cuerpo, mandar sobre mis sentimientos, mandar sobre mi erotismo, e invisibilizarme. A su vez, como una persona con una orientación sexual diferente me ponía en riesgo social, porque estaba la negación de derechos, estaba la negación de acceso a servicios. Y peor aún que la constitución política de Colombia no considera a la salud como un derecho, la considera un servicio a cargo del Estado. Y como servicio se trabaja (Diana Navarro, activista trans colombiana).

Por otro lado, en Ecuador, las activistas Elizabeth Vásquez y Ana Almeida del Proyecto Transgénero, problematizan y conceptualizan la pobreza en distintos niveles, a partir de la experiencia de mujeres y hombres trans, y sus demandas de salud diferenciadas. Como comentan en la entrevista, la “callejización” de las mujeres trans que se dedican al trabajo sexual, es diferente a la pobreza de personas trans cuyo estilo de vida no está marcado por la precariedad que impone la calle, aún a pesar de la exclusión social que existe. Distintas demandas en salud, que se verán posteriormente, plantean formas y contextos diferenciados de pobreza, lo cual exige su abordaje no homogéneo, siendo posible así analizar a partir de los síntomas y cuadros de salud de los cuerpos, los contextos de pobreza en los que se habita. Esta sin duda es una observación que no sería posible sin el trabajo comunitario que realizan las activistas entrevistadas.

En ambas declaraciones se evidencia cómo la pauperización es vivida a través de las experiencias del cuerpo, las cuales son limitadas por una heteronormatividad con pretensiones clasistas y racistas, donde, según Butler, “la amenaza de la homosexualidad adquiere una

complejidad distintiva, especialmente en aquellas coyunturas donde la heterosexualidad obligatoria funciona al servicio de mantener las formas hegemónicas de la pureza racial” (Camacho, 2007: 81).

Esta primera situación evidenciada como la base de la condición social y subjetiva de las personas, es traducida con mayor facilidad dentro del discurso del movimiento TLGBI en la terminología de derechos humanos. Aunque esta relación resulte problemática, si tomamos en cuenta algunos sentidos reductivos de los derechos humanos, podemos ver cómo los y las activistas efectúan un ejercicio de traducción muy efectivo.

Tomando como ejemplo el caso colombiano, se puede entender la importancia de que la salud sea entendida como derecho y en ese sentido garantizada por el Estado para todos y todas, y no como un servicio al cual pueden acceder los que pueden pagar una atención. Al respecto, la activista trans Charlotte Schneider, para quien el sistema de salud actúa bajo una lógica “perversa”, comenta: “El núcleo tiene que ser el derecho, no puede ser lo prestacional”. Mientras que Diana Navarro, se explaya vinculando la historia del estigma por VIH con el servicio de salud colombiano como una fórmula excluyente:

El énfasis en el derecho estaría en el/a usuario/a al servicio (el o la ciudadano/a), sin embargo bajo la lógica “prestacional”, el énfasis está en los servicios y en las instituciones que lo llevan a cabo. Para intentar sopesar dicha situación, el sistema de salud colombiano tiene distintos regímenes de afiliación, segmentación que termina produciendo la pobreza a nivel institucional, siendo el servicio del régimen “subsidiado” claramente deficiente al que es pagado:

Al que no accede, entra al grupo de subsidiados. Este grupo es más complejo. Los servicios no son completos. Los antirretrovirales se entregan una vez sí, una vez no. A la población pobre siempre le va mal. Toca irte cuatro de la mañana para que te den una ficha para entrar. Organizaciones como nosotras, apoyamos más a estas poblaciones [...]. Cuanto más bajo es el estrato, el trato es peor (Jorge Pacheco, activista gay colombiano).

De esta manera, se establece una relación entre pobreza y negación del acceso a la salud, con cuya formulación se le otorga contenido real y material a la demanda de carácter legal.

Por último, es importante resaltar que dentro del movimiento TLGBI uno de los elementos más importantes, para darle contenido a la pobreza, es el no reconocimiento a la identidad, especialmente a la población trans. La pobreza estaría íntimamente vinculada así a la ausencia del libre ejercicio de la identidad, aspecto que, desde una sociedad con un modelo cultural rígido de correspondencia entre sexo

y género, se niega a otros derechos fundamentales. En este mismo sentido de protección a la identidad se podría vincular a la pobreza, también, con el no reconocimiento de los proyectos afectivos de las personas TLGBI, a partir del cual se reduce significativamente el bienestar y la libertad.

PERCEPCIONES SOBRE DEMANDAS SOCIALES (ESPECIALMENTE EN SALUD): ¿HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA AGENDA?

En la región andina, las demandas sociales y políticas de los colectivos que integran la comunidad TLGBI, han variado durante el tiempo. En este sentido, la enunciación de sus demandas, también, depende de los procesos políticos que atraviesan sus organizaciones, y no sólo del contexto social o económico del país. Tal como hemos visto anteriormente en el análisis sobre los movimientos TLGBI, tanto gays como lesbianas –pero sobre todo los primeros– han tenido un reconocimiento político de mayor trayectoria que las personas trans, cuyas organizaciones recién datan de inicios del 2000 (salvo Ecuador). Esto no significa que no estaban presentes, aunque su participación era subsumida bajo la categoría de “homosexual”, “gay”, o “HSH” en caso de las intervenciones socio-médicas en VIH. Esta diferencia de visibilidad histórica entre los sujetos del amplio espectro de la diversidad sexual y de género, que marca trayectorias de auto-reconocimiento, visibilidad y alianzas, también repercute en la formulación de demandas sociales.

Tanto las mujeres trans como las mujeres lesbianas han opinado en las entrevistas realizadas que sus demandas no son lo suficientemente escuchadas y atendidas, en especial en el tema de salud. Esta situación permite comprender que estos dos colectivos en los cuatro países, sean los que han planteado el tema de salud fuera del marco del VIH/sida.

Todo el tema de acceso a medicamentos sí fue muy importante, como la conjunción entre derechos: derecho a la salud y a la vida. El acceso a medicamentos, el acceso a tratamiento, el derecho a la vida y la acción de tutela para acceder a medicamentos, eso fue muy importante, creo yo. Pero tema de salud se empieza a hablar muy reciente, con trans y luego con mujeres lesbianas (Marcela Sánchez activista lesbiana colombiana).

La historia política de los movimientos TLGBI posicionan a la intervención estatal y de la cooperación internacional en VIH/sida como el marcador de un antes y un después en las formas de organización y de objetivos de lucha. Si bien, a inicios de los años ochenta, las comunidades TLGB tenían como principal motivación la producción de

espacios y estrategias de socialización (bares, tertulias, producción de revistas, realización de charlas, ciclos de cine, etc.) frente a un clima mucho más conservador del que se vive hoy en día, actualmente las organizaciones han desplazado ese interés hacia una forma de trabajar mucho más programática que demandan los proyectos de desarrollo y el trabajo de incidencia política en instituciones o programas públicos. Algunos colectivos han visto ese tránsito, como el de gays y lesbianas, y otros han empezado a organizarse ya en este contexto como el de trans. En este cambio de organización política ha estado presente tanto el VIH como eje de demandas, y los derechos humanos como lenguaje para la argumentación por la inclusión y la formación de alianzas.

[A inicios de los noventa] era más denuncia en medios [...]. Ya el activismo organizado en grupos a partir del 98, que presentaron un proyecto de ley de parejas [...]. Ya se empieza a estructurar en Colombia un movimiento muy asociado al tema de derechos, de acciones de tutela y amparo, totalmente separado del VIH/sida; digamos que aquí esa relación... hay grupos como “Colombia Diversa”, que ha nacido exclusivamente del trabajo por derechos, nada que ver con VIH, desde esa época. Claro que los de VIH tenían su propia dinámica, su propio trabajo (Marcela Sánchez, activista lesbiana colombiana).

En cuanto al tema de salud, este ha sido un gran ausente de la discusión y las demandas de los movimientos. El VIH/sida eclipsó a la salud, siendo éste el principal tema relacionado al campo que se abordaba y el cual gozaba de reconocimiento, no sólo por la urgencia de tratar la enfermedad en sí misma, sino por todo aquello que movilizó y generó su trabajo. Es de recordar, que en países como Bolivia, las primeras organizaciones gays nacen alrededor del trabajo en VIH, y en el Perú la alta participación de la comunidad TLGB en programas y redes de concertación de la sociedad civil sobre el tema. Podemos decir entonces que la salud es aún un campo que no ha sido lo suficientemente explorado por la comunidad TLGB, por lo que sus demandas se muestran fragmentadas.

Yo creo que es diferencial [...]. Entre cuando empieza la política pública en la ciudad de Bogotá. Del 2000 al 2006, la problemática sentida por la población gay y el Estado era única y exclusivamente el VIH, y anteriormente también, todo estaba concentrado en el VIH e ITS... más en el VIH realmente (Charlotte Shneider, activista trans colombiana).

En Colombia, se observa a partir de las opiniones recogidas, que existen demandas diferenciadas por colectivo. Desde el colectivo gay, la

lucha contra el estigmatización y el VIH/sida es una de las prioridades más rescatadas.

Acceso a servicios, donde pueda hablar de mi sexualidad abiertamente [...]. Mucha discriminación, aún más para trans [...]. Creación de protocolos de atención y entrenar [...]. Un protocolo por cada población. Hay mucha diversidad, sobre todo en el primer nivel de atención (Jorge Pacheco, activista gay colombiano).

Para la población lesbiana sería la calidad de atención en salud, la cual juzgan deficiente. Además mencionan cuadros médicos relacionados a la obesidad, el consumo de tabaco y de drogas. La maternidad segura y el cáncer de seno, serían también preocupaciones percibidas.

Los gays no tienen problema de salud. No es como una demanda el tema de salud. Quien pone ese tema en un trabajo en grupo son las trans, por razones obvias, por el tema de la transformación [...], la afiliación, que no están afiliadas, y el tema de sustancias, consumo de sustancias [...]. No hay ninguna consideración a la orientación sexual de la persona. Te tratan como una persona heterosexual (Marcela Sánchez, activista lesbiana colombiana).

Mientras que las activistas trans entrevistadas señalan, de manera general, que las demandas en salud de la comunidad TLGB de su país giran principalmente en torno a la salud integral y a la salud mental.

Uno empezaba a percibir que habían otras demandas, aunque pequeñas, minoritarias, relacionadas a la salud mental: intentos de suicidio en jóvenes gays que no estaban siendo atendidos, también el consumo de sustancias psicoactivas [...] y también todo lo emocional, y toda la carga negativa que genera construirse desde una orientación sexual que rompe muchas cosas. Entonces yo creo que había demandas en salud mental que no estaban siendo satisfechas (Charlotte Shneider, activista trans colombiana).

“Pero yo diría que hay muchas cosas que tienen que ver con el hecho de construirse desde una identidad de género diferente. Genera en mí toda una carga emotiva, que no necesariamente es positiva, sino negativa, porque me siento diferente al resto, y empieza a reñir con el ámbito familia, con el ámbito donde estudio, trabajo, comunitario, todo ello genera angustia; genera una serie de cosas psicosociales. El Estado debería hacer un acompañamiento a esto. Yo haría una reversión; no se trata de una patología [la transgeneridad], no es una enfermedad mental, pero sí genera una serie de estresores, que el Estado debería tratar. El Estado debería poder ofertarme toda una gama, que en la actualidad ya no hay” (Charlotte Shneider y Diana Navarro, activistas trans).

Las activistas trans señalan que el sistema de salud considera a la persona trans ligada al VIH *per se*, lo cual demandan debe ser vinculante con otros derechos fundamentales de la persona, así como tenerse una visión de salud más amplia. Por otro lado, perciben la transformación corporal como una demanda en salud mental, y no como un asunto meramente estético como el Estado lo asume, según su opinión. Ellas mencionan:

En cuanto a salud en relación a las personas trans, no solamente se circunscribe a las enfermedades de transmisión sexual y al tema del VIH. Aquí hablamos del derecho al libre desarrollo de la personalidad, pero este derecho no se han combinado todavía con el derecho a una vida digna y con el derecho a la salud. Yo para desarrollarme como mujer trans, debo tener acceso a servicios de salud: tratamiento endocrinológico, a ciertas cirugías que me permitan feminizar mi cuerpo, y no lo tengo, porque el servicio de salud colombiano considera todo esto como servicios estéticos (Diana Navarro, activista trans colombiana).

En el caso de los gays la motivación estaba en el VIH, pero también había otras motivaciones relacionadas a la salud mental. En el caso de las trans es al revés, desde mi opinión trabajando desde el 2000 al 2006 en la Liga, y después en la política, están más vinculadas a la salud mental, a lo que tiene que ver con su transformación corporal. Tenemos desde años en Colombia, denuncias de muertes por aplicación de aceites en el cuerpo, silicón industrial, entre nosotras mismas aplicándonos ¿me entiendes? Entonces yo creo que está en relación a cómo adapto este cuerpo a lo que quiero, y generar una necesidad en salud que el Estado no me da, y que yo tengo que buscar otros canales para suplir esta necesidad. El Estado siempre lo ha asociado con lo estético, pero es algo mental para nosotras (Charlotte Sheneider y Diana Navarro).

En cuanto al VIH, señalan que es necesario normativa que no estigmatice y tenga un criterio amplio:

(Decreto 1547 de 1997, que es el que regula, la norma para la atención en VIH, guías de atención, protocolos para promoción y prevención, planes cuatrianuales, planes anuales). El decreto está llamado a una revisión, porque el contexto en que surge este decreto es totalmente diferente, y la manera de abordar el VIH es diferente. También pienso que tiene muchos visos de estigmas y prejuicios, porque estigmatizaba a las personas con VIH. Yo no creería, y en el decreto aparece, que la responsabilidad del VIH es unidireccional, sino bidireccional, entonces una persona que vive con VIH no necesariamente infecta a profesos, pero en el decreto hay una trampa normativa que permitía la judicialización de las personas con VIH, porque pone una carga en la persona,

tú eres el responsable de infectar al otro, no el otro de infectarse [...]. Aún existe esa norma, y es peligroso. Yo diría que una ley, un decreto, una resolución de VIH que tenga una mirada más amplia, no hay (Charlotte Shneider y Diana Navarro).

Otros asuntos mencionados son las infecciones respiratorias agudas producto del trabajo sexual, la TBC producto de la mala alimentación y las condiciones precarias de vida, infecciones de transmisión sexual más allá del VIH.

Suicidios en personas trans, todo el tema de reducción de consumo de sustancias psicoactivas, que es un problema que no vamos a negar [...] tiene que ver en los contextos que nos movemos, tiene que ver con el alcohol. Y yo diría que también además tendría que verse las infecciones respiratorias agudas, tienen que ver con que nos movemos en contextos no muy salubres. O ejercemos la prostitución y en sitios que no tienen las condiciones higiénicas [...] es un tema que también está ligado al TBC que tampoco le prestamos atención a esto, y hemos tenido casos de esos también. En salud sexual, más allá de ITS, lo que tiene que ver con el maltrato y el abuso (Charlotte Shneider y Diana Navarro).

En Ecuador, de igual forma las demandas son variadas y complejas. Se observa, que el colectivo de lesbianas demanda mayor visibilización a su identidad en el servicio de salud. Se asume que la mujer atendida es heterosexual, lo cual genera mucha molestia. La violencia entre parejas, a causa de roles heterosexistas, también provocarían daños físicos y psicológicos importantes de atender. Por otro lado, es necesario que el sexo lésbico sea mejor conocido, donde el autocuidado sea promovido como el uso de condones femeninos, dedales, etc. Por último, pero no menos importante, se demanda el cese de violaciones usadas como métodos o parte de terapias de corrección de la orientación sexual.

Ha habido desprotección en cuanto a pensar la sexualidad de las mujeres lesbianas, y toda la carga de sanidad que hay en las prácticas sexuales de mujeres (Elizabeth Vásquez, activista lesbiana ecuatoriana).

El colectivo trans en Ecuador demanda su inclusión diferenciada en los protocolos de atención en salud. Se demanda que los médicos y personal de salud se informen y conozcan de diversidad de género y sexual, y que este conocimiento pueda ser puesto en práctica; en ese sentido, se les debe hacer saber que no existen sólo trans femeninas sino también hombres trans, con otros problemas de salud.

En cuanto a las trans, que se ha pensado que sólo había trans femeninas y que el problema era el silicón. A través del programa de salud en cuerpos distintos, con las unidades de salud, con el Ministerio, con centros de salud de Quito, les empezamos a mostrar que había una diversidad más allá de lo que habían pensado. No era hace mucho que el Ministerio de Salud está redactando una guía de atención en salud donde ha incorporado la experiencia que estamos contando para entender la realidad trans y la sexualidad lésbica e intersex. Fue un proceso que era cerrado al principio [...] luego se diversificó la guía, duró como un año ese proceso. Al principio era una guía de gays y HSH, y luego ya se dijo: no, gays y trans, y luego no, gays, mujeres y hombres trans [...]. Ha sido mucho de pelear, mucho el espacio de salud, porque no había la apertura y no había habido la posibilidad de otros colectivos, que no sean los de hombres gays, que hayan hecho incidencias, porque los recursos que vienen para el VIH desde hace poco, vienen a dos organizaciones, una en Quito y otra en Guayaquil [...]. No había habido la apertura a otros colectivos, porque no se tendía la diversidad (Elizabeth Vásquez).

De acuerdo a las entrevistas hechas, las demandas en salud del colectivo trans dependen del grado de pobreza en el cual viven, que está ligado a su vez al trabajo que realizan. La pobreza configuraría estados de salud diferenciados, que se viven en la cotidianidad

Los problemas de salud que hemos visto en diez años son de diversa índole pero tienen que ver con la condición socioeconómica y de callejización de las personas. Mucho de los problemas tienen que ver con la amanecida, el frío, el alcohol, la hormonación autoprescrita, hay muchos cuadros de osteoporosis en la calle, mucho envejecimiento temprano, falta de vitaminas. Cuadros de salud que tienen que ver con la pobreza, en relación al trabajo sexual trans. También secuelas de violencia. Alto el número de personas que son tuertas [...]. El derrame del silicón. Luego, infecciones de transmisión sexual, es también un gran problema de salud. Ahora la gente que viene de la casa trans que no está en situación de callejización, plantea cuestiones de salud más sofisticadas: las hormonas, cirugías de mejor calidad, o la falta de información en el sistema de salud, o la discriminación, o la falta de psicólogos que sean sensibles en el tema de género, todo eso. La gente de la calle tiene necesidades a nivel supervivencia. Gente que come una vez al día. Esos son los cuadros de salud con los que nosotros trabajamos. Y nuestra organización también trabaja con transgéneros masculinos, ¿no? El tema de las hormonas siempre es más caro [...], es usual que se pida más prescripción médica para hormonas masculinas que femeninas, tantas cosas que juegan en contra, entonces hay muchos que terminan recurriendo a los esteroides y ese es un problema enorme [...]. La dieta es un tema en salud que nadie ha tratado y que se debe tratar [...], no son dietas equilibradas [...]. Uno

de los problemas de salud es la obesidad masculina, y eso lo hemos constatado desde el proyecto transgénero (Elizabeth Vásquez activista lesbiana ecuatoriana).

En Bolivia, para la comunidad trans el reconocimiento a la identidad es transversal al derecho a la salud; por otro lado, se exige personal capacitado en tratamiento de transformación corporal, así como un mejor trato e infraestructura.

El tema de identidad es una puerta que cierra a muchos el acceso a la educación, al trabajo, a la salud, porque cuando van las compañeras a atenderse, el tema entra por la identidad (Raiza Torriani, activista trans boliviana).

Todavía no se quiere trabajar una política de salud pública que garantice atención en personas de mujeres trans, que sufren a diario la vulneración de los derechos humanos [...]. Entonces no hay médicos capacitados, no hay infraestructura en ningún centro médico estructurado, no se cuenta con un protocolo de atención en salud, no se cuenta con una política que garantice el derecho a ser atendido desde el Gobierno, que pueda garantizar que una mujer trans se atienda con un endocrinólogo [...]. No se está tomando en cuenta la necesidad de trabajar una política, porque mientras que no tengas una política que garantice la salud a mujeres trans, siempre habrá el problema de las siliconas empíricas, y muchas otras cosas más de construcción precaria (Raiza Torriani).

El médico no guarda confidencialidad, peor cuando tienes VIH (Raisa Torriani).

Por otro lado, los activistas gays entrevistados se centran en el tema de la atención en salud y el tema del estigma en la atención.

Trabajar fuertemente el tema de estigma. Que una persona gay, bisexual, trans, vaya por cualquier cosa a un centro de salud y se lo atiendan como a cualquier persona. Trabajar fuertemente el tema de estigma, que tiene que ver con apropiación de la normativa, y de ser sujeto de derecho (Alberto Moscoso activista gay boliviano).

Finalmente, en el Perú, las necesidades de activistas gays y lesbianas se centrarían en la atención en salud y en el auto-reconocimiento de la orientación sexual para el ejercicio de la salud. Se demanda acceso a servicios de atención por casos de violencia a mujeres, sin discriminación, también se indica el alcoholismo como un problema no reconocido en la misma comunidad, lo cual se hace difícil trabajarlo.

El tema del alcoholismo no es un tema asociado a las mujeres en general [...], pero el alcoholismo sí es un problema en nuestra población (Ruth Ramos activista lesbiana peruana).

¿Cómo trabajas violencia, como trabajas alcoholismo, si ni siquiera asumen que son lesbianas? (Ruth Ramos activista lesbiana peruana).

Otros problemas de la salud de las lesbianas están asociados a un rechazo a ir a los servicios de ginecología, presumiblemente por evitar ser tratadas como mujeres heterosexuales que mantienen relaciones sexuales penetrativas. Hay una percepción del cuerpo femenino visto y auscultado que causaría rechazo, y sería entendido como una invasión.

Pocas van a hacerse una mamografía (Ruth Ramos activista lesbiana peruana).

Algunas consideran que es muy agresivo [...] a una mujer q no se acepta bien, que se cree patita (Ruth Ramos activista lesbiana peruana).

ELEMENTOS PARA UNA AGENDA EN SALUD DE LAS COMUNIDADES TLGBI EN LA REGIÓN ANDINA

A partir de las entrevistas realizadas, la demanda de salud integral podría definir una agenda en salud entre colectivos:

[...] si bien el sistema dice que bueno por ser una enfermedad catastrófica de alto costo el Estado tiene que cubrir, que toda persona que automáticamente es diagnosticada tiene que afiliarse al sistema ya sea por un régimen u otro y dársele atención integral, pasa lo que te explicaba anteriormente, no hay una atención integral real, o sea está el papel, están las guías, pero ni las guías se cumplen, ni se cumple realmente la atención integral deseable que deberían dar a la persona con VIH” (Charlotte Shneider y Diana Navarro).

Por otro lado, las demandas fragmentadas dan cuenta de una demanda transversal que es el reconocimiento de la diferencia, aspecto que los sistemas de salud de los cuatro países no consideran. No hace mucho que las trans empiezan a diferenciarse de los gays o HSH en los estudios y protocolos de atención, por ejemplo. De igual forma pasa entre el sistema de salud y las personas transgénero, que no conocen la existencia de trans masculinos, tal como señalan las activistas del proyecto Transgénero. Todo ello, demanda un cambio en el lenguaje y el tratamiento de la salud, que deje la homogenización por nombrar y darle existencia a la diversidad. Al respecto, las activistas trans colombianas señalan la homogenización del sujeto de los estudios en

VIH, donde la experiencia es reducida a dígito, y aspectos cualitativos propios de la diversidad es ignorado:

Yo diría que de todas formas los observatorios tienen que avanzar también en incluir indicadores que permitan un poco esclarecer el comportamiento de la epidemia, que permitan esclarecer también las características diferenciales de algunas poblaciones que no lo tienen, que permitan también dar una información más certera, no tan cuantitativa sino que también pueda existir la posibilidad de ingreso a esos observatorios de información cualitativa que involucra las políticas de VIH/sida, sobre todo en VIH... (Charlotte Shneider y Diana Navarro).

Los y las activistas de los distintos colectivos han mencionado la necesidad de que el sistema de salud considere la orientación sexual y la identidad de género como vitales en la experiencia de los pacientes, y no asumir la heterosexualidad:

No hay ninguna consideración por la orientación sexual de la persona, ninguna, al contrario, te tratan siempre como una persona heterosexual y no es, no es un lugar común lo que estoy diciendo porque repitan en todas las partes de América Latina, en el mundo, es porque es así (Marcela Sánchez, activista lesbiana colombiana).

Por otro lado, se toma por sentado la invisibilización de las mujeres lesbianas de los programas de VIH e ITS, dejándolas sin información ni protección, y también avalando un desconocimiento sobre las prácticas sexuales lésbicas y sus formas de abordarlas desde a salud por parte del personal médico:

[...] si tu revisas hay un Programa Estratégico Multisectorial en donde hay tres poblaciones que son beneficiarias de estas iniciativas de prevención, de ITS y VIH que son: trabajadoras sexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres. Yo me he acercado varias veces al ex Programa Nacional del SIDA y hoy la Estrategia del VIH a solicitar que, de esos recursos, ingentes recursos que iban a ser asignados al país de alguna manera, se consiguiera un cobro mínimo en relación a las que eran asignadas, se destinaran fondos que me permitieran hacer un informe a nivel país que diera cuenta de que las mujeres lesbianas también somos o debemos ser consideradas como una población de riesgo. La respuesta que tuve fue que las mujeres ya estábamos siendo consideradas como una población de riesgo y que teníamos que considerarnos las mujeres lesbianas dentro de la población en general, que una de las ocho o nueve poblaciones que dentro del programa anterior se consideraba [...]. Eso, lo que da a entender, es la invisibilización de las mujeres lesbianas... (Sandra Álvarez, lesbiana, Ecuador).

PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS COMUNIDADES TLGBI DE LA REGIÓN ANDINA: ACCIONES Y RUTAS DE LUCHA

COLOMBIA

En términos generales, el marco legal de Colombia brinda la posibilidad a cualquier ciudadano para interponer una demanda y ser beneficiario de un derecho. Esta normativa ha sido usada por el colectivo TLGB, y se ha logrado tener jurisprudencia importante en materia de acceso a derechos.

La activista lesbiana Marcela Sánchez, da su opinión sobre la posibilidad de hacer incidencia en salud desde lo legal:

[...] es muy fácil encontrar un marco normativo que pueda ser adaptado prácticamente para cualquier cosa. El acceso también. Porque a diferencia de otros países cualquier ciudadano puede poner una demanda de inconstitucionalidad; en otros países es un partido, la procuraduría, la defensoría. Y realmente además del marco jurídico, las herramientas están a la mano de la gente, entonces hay un letargo en los temas de salud porque no ha habido quien los mueva, pero posibilidades hay (Marcela Sánchez, activista lesbiana colombiana).

Sin embargo hay limitaciones para ejercer los derechos. Hay lo que se llama “sentencias de papel” y las actitudes de los funcionarios públicos también influyen.

Que haya un marco normativo y un desarrollo jurisprudencial importante, no quiere decir que no haya discriminación (Marcela Sánchez, activista lesbiana colombiana).

Un caso de sentencia que prueba que la incidencia demanda no sólo lograr fallos exitosos, sino un tratamiento particular del logro, está en los fallos sobre intersexualidad, que a decir de Sánchez, no se consideran como parte del movimiento y por lo tanto no son usados para fines políticos:

¿Lo de intersexualidad? Eso es invisible, no hay quien lo movilice, quien lo vincule, quien lo operativice. Eso sí que es una sentencia de papel. Hay muchas (sentencias) de intersexualidad, como tres. Pero digamos el movimiento no lo asume como suya. No fue el movimiento, creo (Marcela Sánchez).

Serrano, analizando los derroteros de acciones políticas del movimiento TLGB en Colombia, indica como prioritario el uso del marco de los derechos humanos que se hace en el trabajo de incidencia. Lo

interesante que señala, es que el uso de los derechos humanos en el activismo no partiría necesariamente de una colectividad, sino que aterrizaría en ella, produciendo los sujetos “de derecho”. “De acuerdo con Hunt (1990), el poder emancipatorio de la obtención de derechos sólo puede ser operativo en su articulación con otras prácticas sociales; las prácticas que son movilizadas alrededor de las luchas por derechos aluden a un cierto sentido de identidad colectiva que opera como horizonte de la acción, más que como un punto de partida” (Serrano, 2006: 349).

En la historia del movimiento TLGB colombiano, se puede hacer la diferencia entre el trabajo de incidencia por derechos (a partir de finales de la década del noventa) y el trabajo alrededor del VIH. Dos formas de participación de la comunidad TLGB. Al respecto, el activista Jorge Pacheco señala que ha sido difícil que ambos confluyan:

Hay como un divorcio. Las personas que trabajan directamente en LGBT y en derechos no querían que se vinculara mucho con el tema de VIH, porque consideraban que eso [...], se podía homosexualizar la epidemia. Entonces fue una dificultad. Nos costó [...], al inicio fue difícil (Jorge Pacheco activista colombiano).

Por otro lado, la activista trans Diana Navarro, señala que de acuerdo a su visión, fue el VIH lo que generó un mayor desarrollo activista, o una mayor politización de las demandas TLGB, más allá del VIH:

Colombia empieza a hablar de movimiento TLGB a partir del año 2000. Si bien antes existía el movimiento de Liberación Homosexual [...] no da lugar a que se trabaje el VIH, no. El trabajo de personas viviendo con VIH gays, y de gays interesados en el tema del VIH, porque amigos mueren, moviliza lo emocional, hace que después empiece a aparecer todo lo que es el movimiento de la liberación sexual. Yo tengo la percepción que es al revés. El tema del VIH pone en alerta, y empiezan las organizaciones, a aparecer grupos de autoapoyo, ayuda, y empiezan después a cuestionarse otras cosas, que tiene que ver con la vivencia de la sexualidad, que tiene que ver con los derechos, porque no ha estado ahí siempre, desde un principio, hablando de la década de los ochenta. En la década de los ochenta lo que tiene que ver con el movimiento VIH, da lugar a que se empiece a reflexionar, los gays en otras cosas, porque empiezan a ver toda la discriminación y el estigma asociado al VIH y a sus prácticas y comportamientos sexuales, y entonces después empiezan a aparecer las organizaciones cuyo centro es la orientación sexual (Diana Navarro, Colombia).

Antes de 1991, no había un movimiento como tal, formalizado, trabajando, habían organizaciones que se movían en torno a una persona o

a un sitio, que tocaban temas en privado [...]. Desde el 86, empezaron unos procesos de visibilización muy tímidos [...]. El sida es lo que organiza [...], el sida es lo que nos sacó a la palestra pública, nos mostró, nos visibilizó (Diana Navarro).

Si bien se observa que ha habido una participación a nivel formal de la comunidad TLGB en Colombia, y que además ha sido prioritaria en la forma de movilizar sus demandas, esta incidencia ha estado enfocada en ciertos temas, así como llevada por ciertos colectivos que han ganado mayor representación que otros:

Creo que en Colombia, al menos desde el 2000, siempre hemos tenido en cuenta que somos distintos: que hay gays, que hay bisexuales, que hay lesbianas y que hay personas trans. Al menos en el discurso, en la articulación de las políticas que se han impulsado, no tanto en la corte constitucional, que lo más fuerte ha sido el tema de parejas [...]. En el caso de las lesbianas, nunca estuvieron, siempre estuvieron los gays, y ahora están los gays y las trans y las lesbianas siguen sin estar. Ni antes, ni durante ni ahora (Marcela Sánchez).

Aquí ha sido mucho el trabajo alrededor de las parejas, alrededor de homicidios, alrededor de abuso policial, alrededor de proclamar inconstitucional algunas leyes que impedían el ejercicio de derechos. Y el tema de salud, básicamente ha sido el acceso a medicamentos (Marcela Sánchez).

Ha sido una agenda de parejas, muy general de igualdad y no discriminación (Marcela Sánchez).

ECUADOR

La participación política de la comunidad en los temas de salud es todavía limitada. Hablar de una comunidad TLGBI es apresurado, se opina que no hay eficiencia en término de capacidad organizativa. Existe por otro lado, limitaciones desde lo institucional, es decir a nivel práctico la participación no es efectiva

En términos jurídicos existe un marco que garantiza el tema de la participación de las comunidades, de los grupos prioritarios, y la participación social en el tema de la planificación y presupuesto participativo, pero hay una limitación en el sentido de que recién se comienzan a implementar, la Secretaría de Estado recién está comenzando a interlocutar con la sociedad civil para lograr hacer estas actividades de forma más participativa, entonces el sentimiento es que sí hay la intención, al menos de este Gobierno es evidente la intención pero se está dando los primeros pasos, pasará mucho tiempo yo creo para que se den esas políticas (Efran Soria, Ecuador).

Las activistas trans plantean como un logro su participación en espacios institucionales alrededor de programas del VIH, asociándolo al mismo tiempo con un mayor impulso a un trabajo político de redes:

Nos hemos venido preocupando por intervenir en esos espacios, primero en el MSP donde pudimos tener una permanencia muy fugaz porque a los dos años que pudimos ya crear el espacio propio de representación en el MSP comenzó la reestructuración, ahora no hay un ente firme que resuelva [...]. Hemos ido creando nuestros propios espacios de representación trabajando en los temas que más nos interesan con el Ministerio de Salud, con la Estrategia Nacional del Sida, desde hace tres años las agencias multisectoriales también se han preocupado mucho sobre la temática trans y estamos también estrechando cada vez lazos con espacios más amigables [...]. Entonces vamos progresando a través de redes como es la red trans del Ecuador, que es la que estamos activando a nivel regional, la red LACTRANS (de la cual formo parte, soy la referente para Ecuador), entonces estamos promoviendo, estamos incentivando a nuestras bases, a nuestras compañeras la importancia de estar presentes en todos los espacios políticos y públicos que se den (Rashel, activista trans Ecuador).

Por otro lado, las activistas del proyecto Transgénero, mencionan que si bien puede haber dificultades con los funcionarios para abordar los temas, el trabajo de incidencia a partir de la capacitación directa les ha resultado valioso. Aquí si bien es un trabajo de cara a una institución pública, se hace con metodologías comunitarias.

En parte sí puede haber un prejuicio sobre el tema, pero que se resuelve rápidamente con capacitación a funcionarios, esa es una de las experiencias más reveladoras del proyecto transgénero. No nos ha resultado difícil entrar a la policía, ni a estamentos conservadores [...]. Muy productivos, porque entonces le dan cara, le ponen en concreto en carne y hueso la problemática. Y también aterrizan mucho. En el caso de la policía tuvimos la ventaja de haber trabajado con la patrulla legal, y sabíamos los problemas de la calle, así que pudimos llegar con pastillas muy específicas: mira la problemática de la calle es ésta. Además enfrentar al funcionario con la población, hacer talleres compartidos, ha sido una estrategia que ha acelerado muchísimo [...], es súper positivo acercar la institucionalidad con el sector poblacional, y hacerlo a través de capacitaciones, de sensibilización (Elizabeth Vásquez).

BOLIVIA

En Bolivia, desde el trabajo de incidencia de la comunidad trans con el personal de salud, se considera que se viene avanzando en el reconocimiento. Los resultados son lentos según se observan, ya que parten primero de que los médicos conozcan de qué se trata la diversidad de género.

¿Qué se ha logrado? Que el personal de salud conozca las poblaciones de mujeres trans. Segundo, que los médicos comiencen a tener capacitaciones con las mismas lideresas. Tercero, crear una política pública en salud integral específica en mujeres trans. Que los psicólogos que no conocen, sepan qué es una mujer trans. Eso está logrando algunos cambios en el personal de salud a nivel nacional, ha dado resultado que se respete el tema de identidad, otro que se cuenta ya con médicos algo sensibilizados y capacitados (Raiza Torriani).

Por otro lado, se enfatiza que un trabajo de incidencia en cuanto a leyes y normas, se necesita operativizar, lo que demanda voluntad de las personas. Esto es algo que aún falta, las razones no se entienden aún bien.

Porque nosotras como población no hemos aprendido a terminar una denuncia de esa violación de derechos en los hospitales, porque presentas la denuncia y las dejas hasta ahí y no terminas el proceso. ¿Quiénes operativizan estas leyes y normativas? Nosotras mismas [...], como que hay una barrera que está impidiendo, a pesar que la población trans conoce sus derechos no los ejerce, ¿será porque son muy burocráticos los procesos judiciales? ¿Por el tema de identidad? (Raiza Torriani).

PERÚ

En el Perú, se opina que se ha dado una participación paralela entre el movimiento de personas con VIH y movimiento TLGBI:

[Entre el movimiento de personas con VIH y GLBT] han sido aislados. No hemos encontrado puntos de coincidencia, que los hay. Sólo a partir del Fondo Mundial, donde los representantes de personas que viven con VIH entran a COREMUSA, y la comunidad TLGB no estaba ahí. Ocurre el empoderamiento de la comunidad TLGB. Siento que el movimiento de personas viviendo con VIH ha sido más fuerte, por el tema de la vida. Eso hace que sea mucho más frontal y agresivo [...], seguimos trabajando paralelamente (Julio César Cruz).

LA INTERLOCUCIÓN CON EL ESTADO

De acuerdo a las opiniones de los activistas, la participación formal, de interlocución con instancias locales y nacionales, ha sido la principal estrategia activista. Es el tipo de participación en el que los y las activistas depositan más esperanzas e invierten energía.

El activismo enfocado a asuntos comunitarios y culturales, no es tan desarrollado. De acuerdo a lo que se observa en las historias de los movimientos, éste se fue perdiendo. En términos generales, podríamos decir que en Colombia es donde mayor participación formal existe, es decir hay mayor participación de la comunidad en institu-

ciones o proyectos públicos. Sin embargo no es en todo el país, sino sobre todo en Bogotá, a raíz de la política pública LGBT, es decir más a nivel local que nacional.

La fuerza que ha tenido la población LGBT, el cabildeo que hizo, la participación en espacios de toma de decisiones, ha ayudado mucho en el país al menos a crear conciencia, y llegar a los tomadores altos de decisiones. El vicepresidente se encuentra muy sensibilizado alrededor del tema (Jorge Pacheco).

[Sobre el mecanismo coordinador que rige el proyecto del Fondo Mundial: Mecanismo Coordinador País - MCP] El papel del MCP es bastante fuerte, porque tiene bastante participación, representación de la comunidad. Hay representación de la comunidad TLGB, y hay cupos para representación [...]. Tienen bastante influencia en el proyecto.

Al respecto es interesante anotar lo que Dehesa apunta sobre la participación de la comunidad TLGBI en instancias públicas, como estrategias de inclusión para ganar representación de las poblaciones alrededor de las cuales los Estados elaboran sus proyectos, especialmente en el tema de la salud y el VIH:

Eso tiene que ver con la llamada ‘construcción de capacidades’, manejada desde las agencias internacionales y, particularmente, desde proyectos de salud pública y de VIH/sida. Esa idea refleja una nueva forma de pensar la ciudadanía, que tiene un trasfondo neoliberal y de rearticulación del Estado en base a las agencias internacionales. En 1988 el Banco Mundial publica un artículo de discusión que habla de esta idea de ‘construcción de capacidades’ como una inversión radical de la transferencia de tecnología en los proyectos de desarrollo que antes se hacía de arriba hacia abajo. A través de este nuevo concepto, la transferencia tecnológica se vuelve más local y se crean bases para la sustentabilidad de los proyectos. Existe una vertiente que viene del Banco Mundial, que postula la incorporación de la sociedad civil al Estado por las razones de que, por su compromiso vital, las organizaciones sociales no sólo son mano de obra barata sino de buena calidad. Pero también existe otra vertiente que, en Brasil por ejemplo, responde a todo un movimiento sanitarista, ligado a la oposición de izquierda a la dictadura militar, que plantea algo similar en relación a la participación social, pero desde el papel del control social.

Las activistas trans colombianas, vinculadas a la participación en la política pública, señalan las limitaciones de un trabajo por los derechos desde la institucionalidad, en torno a la atomización de las diferencias, y también de la guetización de las comunidades:

Tenemos un problema, y sobre todo aquí en Distrito Federal, que es el que más ha desarrollado esta estrategia, todo se intenta resolver a través de políticas públicas. Las políticas públicas si bien pueden ser buenas herramientas para grupos poblacionales, causan atomización de las personas y que las personas sean atendidas a partir de una de sus especificidades. Yo siempre digo coloquialmente: yo soy negra, marica y puta, entonces ¿dónde quepo? ¿En la política afro? ¿En la política LGBT? ¿O en los modelos de atención a personas ejerciendo la prostitución? Y con el cuento del doble beneficio, yo no puedo beneficiarme de todas las políticas. Ese es uno de los problemas que tenemos (Diana Navarro y Charlotte Shneider).

A veces las poblaciones demandamos atención diferencial, y en el caso de los LGBT yo voy a hacer una crítica. Es pensar que lo diferencial implica servicios de maricas para maricas, y yo pienso que no. O sea, si bien puede ser amigable para una población trans o LGBT, o quien se pueda atender pueda ser LGBT, no necesariamente es una condición para el sistema. Eso segrega más, porque acá algo que hemos criticado, es que se quiere hacer un centro comunitario donde trabajen personas LGBT y no trabajen heterosexuales [...]. Yo estoy pidiendo igualdad, y en ese sentido tendría que ser pensado cualquier modelo del enfoque diferencial, desde el derecho a la igualdad, el derecho al desarrollo de la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad (Diana Navarro y Charlotte Shneider).

De manera resumida, se puede decir que las activistas trans opinan que la participación es reducida, centralizada y focalizada en el VIH. Con respecto a los procesos de los observatorios, por ejemplo, son procesos institucionales que convierten a la población trans en “objeto de estudio”, entonces se participa dando la información a la institución que luego les puede servir para establecer las necesidades que como grupo se pueda tener, no se participa modificando el observatorio. Por otro lado, opinan que no hay propiamente un movimiento trans, sino movilización de activistas trans, cuyas intervenciones han sido muy focalizadas, y no en el tema de salud.

Por otro lado, las activistas lesbianas señalan que la participación está enfocada en los casos de discriminación. Existe una demanda pasiva de parte de la comunidad por mejoras en cuanto al respeto y calidad del servicio, pero no es activa.

No hay una demanda activa de la gestión de los servicios. Ahora creo que hay alianzas, ya en la negociación, con otros movimientos sociales, en un plan de desarrollo negociar con las mujeres, afros, indígenas. Y cada uno negociar la parte del pastel, y ahí creo que el movimiento ya es más débil [...] porque es más legítimo dar plata a los niños, a las

mujeres, a las víctimas, que a los GLBT, que hay que justificar por qué (Marcela Sánchez).

Por otro lado, las demandas y participación son incipientes por mucha gente sigue sin ser visible, no se sienten sujetos de derecho, por temor, no se denuncia, si se denuncia hay altos niveles de impunidad, sólo se privilegia a una élite cualquiera –política, económica, cultural.

[...] mucha gente sigue en el closet, entonces mucha gente no se siente sujetos de derecho, tienen todavía miedo de reclamarlos [...], han naturalizado esas prácticas de exclusión, se dejan atender de cualquier manera, si denuncian no hacen el debido proceso, si denuncian hay gran nivel de impunidad, no creen en la justicia [...] (Marcela Sánchez).

Las activistas lesbianas colombianas también criticaron la elitización del movimiento GLBT, el cual está desconectado de las personas, incluyendo al nivel real de participación de la comunidad en las acciones políticas y de demandas sociales. Las redes sociales reemplazan el trabajo comunitario en el quehacer activista.

[...] creo que el tema de la marginalidad y la pobreza va mucho por el lado de la comunidad trans, gran parte de su vulnerabilidad está conectada con el tema económico. En Bogotá hay localidades que son más pobres, y en la política pública se ha trabajado con gente muy distinta. Pero en general el movimiento LGBT [...], por ejemplo las mujeres tienen un movimiento que es popular y un movimiento que es feminista, feministas que son populares, y populares feministas, pero en el movimiento LGBT no hay como un movimiento popular LGBT, es como una élite, no rica, sino desde otras consideraciones (Marcela Sánchez).

Como un corte, uno encuentra muy pocas organizaciones comunitarias de base en el tema LGBT [...] y luego pasamos a otro nuevo esquema organizativo o de movilización comunitaria, que sin las redes sociales, a la cual tenemos acceso tres; entonces ¿cómo nos comunicamos con la gente? Por internet y por los medios de comunicación, como más no. En los bares antes lo hacíamos, ahora ni en los bares hacemos activismo. Cuando llegamos, íbamos a repartir cosas a los bares, ya no. En internet, tenemos 15 mil afiliados, 15 mil correos a los cuales mandarles información. Si lo borraron, no nos damos cuenta, pero creo que ese es el salto de nunca ser una comunidad de base y ahora nuestra base es el internet (Marcela Sánchez).

En Bolivia, se opina que ha habido un mayor protagonismo a partir del cambio de sistema de gobierno. Las condiciones nuevas permiten la apertura, sin embargo aún es incipiente. El activista Alberto Mosco-

so, también señala que las necesidades económicas juegan un rol importante en el quehacer activista, impidiendo el trabajo, la dedicación de mayor tiempo al trabajo de incidencia. Por otro lado, menciona que no existe todavía de manera fortalecida la idea de que las personas son sujetos de derecho; considera que esto puede cambiar, pero que aún no se da.

ARTICULACIÓN DE LA DEMANDA: POSIBILIDADES Y LÍMITES DE LA RECUPERACIÓN Y CREACIÓN

El uso de los derechos humanos como lenguaje para la articulación de demandas:

La apropiación y uso de los DDHH por parte de los movimientos LGBT locales ha permitido tanto un replanteamiento de su lugar local, más allá de reivindicaciones básicamente centradas en cuestiones identitarias, como una participación en redes regionales e internacionales de movilización social (Serrano, 2006: 357).

La interacción con el Estado, otros movimientos sociales y las redes internacionales de organizaciones no gubernamentales de derechos humanos han permitido un desplazamiento del tema de la diversidad de género y sexualidad hacia las cuestiones de las necesarias transformaciones sociales en busca de la justicia, la equidad y la inclusión social (Serrano, 2006: 358).

La gran creatividad cultural desplegada para enfrentar las crecientes condiciones de exclusión social hace que lo tradicional conviva con cambios acelerados y avances desiguales entre lo legal y lo sociocultural, a la vez que nuevas formas de alianza, solidaridad y sentidos de lo colectivo son desarrolladas (Serrano, 2006: 344).

A propósito de Planeta Paz en Colombia:

La necesidad de enfrentar las crecientes condiciones de exclusión social ha motivado una serie de alianzas entre sectores sociales que, junto con una noción amplia de los derechos humanos –de primera, segunda y tercera generación–, integra a las cuestiones de la ciudadanía los temas de la autonomía, la subjetividad y la civilidad. Incluso, las discusiones sobre la importancia de los aspectos económicos y sociopolíticos han sido integradas a las discusiones sobre los derechos de gays y lesbianas, ampliando también los rangos de acción de sus demandas (Serrano, 2006: 358).

Las activistas colombianas trans comentan que ante el escaso interés del Estado colombiano en promover políticas de prevención en VIH, ellas asumen el trabajo de forma creativa, implementando procesos

de comunicación y pedagogía desde las propias experiencias y con un lenguaje propio:

Nosotras nos dedicamos a educar a nuestros pares, a partir de la educación que hayamos tenido de alguna forma [...]. Educar a nuestras poblaciones y en nuestros lenguaje para que nos entiendan. Por ejemplo, llegó una compañera de Santa Clara. Se le preguntaba: “¿Usted sabe lo que es el VIH/sida?” “Pues el Sida me mata” eso era lo que sabía. Le digo: Oye, háblame del “embarazo”. “Ah, el embarazo te lo pegan los hombres cuando una culea, ahí le pegan el animalito, entonces la preñan a una, entonces empieza con “Chucky”, que es el niño travieso, que no se le desarrolla mucho, entonces si una no se cuida pasa a “Jason” que es más terrible, que te puede cortar la cabeza, y si no te cuidas para nada “Freddy”, que sí te mata”. Nosotras entendemos en nuestro lenguaje, sólo que por la carga vergonzante que tiene el VIH le hemos dado otro nombre: El embarazo, la gripa, la lleva. Depende del estado en el que estés: Freddy, Chucky, Jason [...]. Manejamos nuestro propio lenguaje, nuestros códigos de comunicación. Y así nosotras compartimos, ni siquiera creo “educar”, sino compartir información (Charlotte Shneider y Diana Navarro).

SOBRE ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

La posibilidad de reflexionar en torno a la articulación de las demandas por parte de las personas TLGBI en la región andina sometidas a una estructura económica y libidinal construida mediante un conjunto de dispositivos psico-sociales, nos permite reflexionar sobre dos aspectos fundamentales, el papel del cuerpo como lugar de interpelección, y el lenguaje como estrategia de interpelección. A lo largo de la presente investigación, hemos mostrado las particulares relaciones entretejidas entre la pobreza y la heteronormatividad, conformadas entre lo económico y lo subjetivo a través de dispositivos como la raza, la clase y la sexualidad. En ese sentido, hemos planteado algunos elementos para poder comprender el desarrollo más allá de la necesidad.

Este conjunto de realidades, nos llama a pensar la problematización del “en lugar” en la producción cultural y subjetiva como un modelo que abre un abanico de reflexiones sobre la representación de los procesos políticos, sociales, culturales y económicos acerca de la relación de las personas dentro de los contextos de la modernidad/colonialidad/heteronormatividad. Es decir, frente a una política del nombramiento desde la razón hegemónica que constituye una estrategia de borramiento de los procesos vitales y comunales, la perspectiva del “en lugar” inaugura una visión compleja y relacional. En este sentido, ubica las posibilidades y esperanzas de enfrentar al capitalismo, el eurocentrismo, la globalización, la modernidad y sin duda

la heteronormatividad. Básicamente, ubica una distancia frente a la noción de espacio, basada en una metáfora de la universalidad. De esta manera, el “en lugar” es una noción de arraigo que se ubica en la misma dinámica del conflicto. El diálogo con las demandas de las personas TLGBI nos han mostrado una vivencia particular del cuerpo como un “en lugar” que lucha contra la naturalización del cuerpo y su dimorfismo.

Escobar nos permite incorporar, a partir del concepto de colonialidad del poder de Aníbal Quijano, en la dimensión cultural y epistemológica del eurocentrismo, la dinámica de la heteronormatividad, la cual efectúa la supresión efectiva de los conocimientos y culturas subalternas, particularmente mundos regionales y locales. Nuestra comprensión permite hacer concordar la dinámica TLGBI con el de procesos culturales amplios. A la vez, nos hace visibles las nuevas superficies y espacios de lucha desde donde podrían vislumbrarse críticas y alternativas no modernistas a los problemas de la modernidad globalizada. Él señala que estos espacios están profundamente vinculados a lo cultural y al lugar, relacionando íntimamente la política de la diferencia y la política del lugar (Escobar, 2005: 14). Este avance entreteje el fenómeno de la identidad cultural –podríamos anotar sexual– con los territorios y las prácticas.

Esta reinterpretación visibiliza el lado oculto de la modernidad, esto es, aquellos conocimientos subalternos y prácticas culturales en el mundo que la modernidad misma ha suprimido, eliminado, invisibilizado y descalificado, y desde el cual los grupos subalternos intentan reconstruir los imaginarios basados en-el-lugar y mundos locales (Escobar, 2005: 24). Uno de estos lados ocultos de la modernidad es sin duda la necropolítica ejercida contra trans, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales en la región. Por ello, la riqueza del lugar permite que se concatenen unos a otros para formar regiones, lo que sugiere que la porosidad de las fronteras es esencial para el lugar, así como lo es para las construcciones locales de intercambio. La localidad, de esta manera, se encuentra marcada por la acción recíproca entre la posición, el lugar, y la región; por la porosidad de las fronteras; y por el papel del cuerpo en el que se vive entre la enculturación y la lugarización (Escobar, 2005: 162).

La categoría de lugar debido a su relación con el cuerpo y la cultura, implica la generación y el uso de modelos de conocimiento local como conciencia basada-en-lugar. Este carácter epistemológico de la perspectiva del lugar permite visibilizar, según Santos, que la epistemología occidental ha monopolizado los criterios de demarcación entre lo verdadero y lo falso (lo heterosexual en contra de lo otro) a través de líneas visibles/invisibles globales, estableciendo cartografías

legales y cartografías epistemológicas de exclusión. En esta delimitación, se constituye lo verdadero en oposición a lo no-occidental y lo no heterosexual. Esta separación constituye la diferencia entre conocimiento y creencias, entre ley y caos. Santos sostiene que las líneas abismales continúan estructurando el mundo mediante el derecho moderno, las relaciones políticas y culturales, entre otros ámbitos. Frente a este panorama, se reafirma en sus propuestas de ecología de los saberes, como pensamiento post-abismal, ecológico, y cosmopolitismo del subalterno, como caminos epistemológicos de resistencia que conducen a establecer una justicia cognitiva global como correlato complementario de la injusticia social, todo ello enunciado como una epistemología del sur (De Sousa, 2009).

En consecuencia, esta posicionalidad del lugar hace que algunos movimientos sociales estén asumiendo este “volver al lugar”. En balance general, la categoría en-lugar, a partir de los múltiples enriquecimientos conceptuales de los distintos autores estudiados, presenta una serie de contribuciones que permiten pensar una política y práctica cultural, más allá de la lógica identitaria hegemónica. El primer aspecto es la posicionalidad y el arraigamiento, los cuales permiten establecer una historia, no deslocalizada de las relaciones de poder, en particular de la colonialidad/heteronormatividad, como una estrategia contra el borramiento. Segundo, la centralidad en la vida como eje axial de las prácticas culturales. En consecuencia, la importancia de la corporalidad y sus procesos subjetivos, enraizados en la cotidianidad, como modelo del reconocimiento de una ecología no trascendental, es decir con límites. Cuarto, el reconocimiento de los vínculos interpersonales e interlocales no como límites cerrados sino como unidades interrelacionadas en redes porosas. Esto permite pensar un sentido de comunidad no pensada en el cumplimiento de un plan abstracto sino, antes bien, en el ejercicio dialógico.

Todos estos elementos, nos permiten, en relación con las personas TLGBI, interrogarnos si puede hablar el/a subalterno/a. Spivak responde que no, debido a las prácticas de transparencia ejercidas sobre él/a. En esta práctica, ella señala un desaprendizaje sistemático: “en busca de aprender a hablar –más que escuchar o hablar por– al sujeto históricamente enmudecido de la mujer subalterna, el intelectual poscolonial sistemáticamente ‘desaprende’ el privilegio femenino” (Spivak, 2003: 304). En este sentido, es importante analizar esta postura desde el hecho que la subalterna no habla –desde la razón colonial– porque ha fijado su interés discursivo en un lugar otro, donde ocurre una multiplicidad de lenguajes inaprensibles desde el lenguaje hegemónico. El comprender así esto, nos permite pensar nuestro propio trabajo teórico desde la densidad corporal.

Esta densidad corporal está ligada a rescatar los conceptos de la geo-política y la corpo-política del conocimiento en tanto “surgen de la des-identificación y des-clasificación de los sujetos imperialmente negados, surge como epistemología y políticas descoloniales que afecta y afectará, el control político y económico y la hegemonía de larga data de la política (neo) liberal y del capitalismo” (Mignolo, 2006: 15). Así pues, esta perspectiva hace hincapié en el sociodiagnóstico, como estrategia tanto para la des-identificación como para la des-clasificación de la producción de subjetividades. En ese sentido, es importante reafirmar el papel de la angustia y de la interrogación para la decolonización de la producción del conocimiento sobre el sujeto, sin olvidar que eso hace romper la imagen especular –aquella que describe Spivak–, aquel ideal que han generado para cada persona los centros hegemónicos, desde la creación de un pensar desde la piel.

Esta actividad debe estar atada a aquella recomendación que hace Fanon al final de *Piel Negra, Mascaras Blancas*: “Oh mi cuerpo, haz de mí un hombre que interroge siempre” (Fanon, 1974: 204). Entonces, la relación entre interrogación y cuerpo nos vuelve conscientes de que “[...] en el fondo nos revolvió el miedo de estar nomás, ése, al cual habría que contestar simplemente con un saber del crecimiento, a nivel de muerte, ése que nos hace responsables de tener uno mismo la obligación de incrementar esa simple cualidad que uno es, de la piel hacia adentro” (Kush, 1976: 22). Esta vuelta a la piel, puede ser leída también desde la recuperación de aquello denominado “cuerpo poroso” por Sylvia Marcos desde su comprensión de la cultura mesoamericana.

Otro elemento importante en el desarrollo de esta perspectiva es la recuperación de la interseccionalidad, categoría propia del feminismo afro, y recuperada por María Lugones a partir de entender que el lugar del género en las sociedades precolombinas permite un giro paradigmático en el entender la naturaleza y el alcance de los cambios en la estructura social que fueron impuestos por los procesos constitutivos del capitalismo eurocentrado colonial/moderno. Recordemos aquí el dispositivo de la sodomía, el primero que colonizó el cuerpo de las personas con deseos y prácticas homoeróticas.

Esos cambios se introdujeron a través de procesos heterogéneos, discontinuos, lentos, totalmente permeados por la colonialidad del poder, que violentamente inferiorizaron a las mujeres, y otras formas de corporalidades no heterosexuales. Esta autora recuerda que el sistema de género moderno/colonial no puede existir sin la colonialidad del poder, ya que la clasificación de la población en términos de raza es una condición necesaria para su posibilidad (Lugones, 2008: 92-93). Dentro de estas líneas de análisis, ¿cómo la densidad corpo-

ral, compuesta entre la corpo-política, el sociodiagnóstico y la interseccionalidad, puede comprender el interdicto contra las personas TLGBI? Claramente, plantea rescatar la potencialidad de los cuerpos como metáfora o concepto que podría exacerbar lo heterogéneo desde los márgenes con una des-identificación que fisura los bloques hegemónicos y permite imaginar otras maneras de pensar la política y la libertad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. 2008 *Directorio LGBT 2008* (Bogotá: IDPAC).
- Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. 2009 *Derechos Humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersex y de las uniones de parejas del mismo sexo* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D. C.).
- Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. 2011 *Balances y perspectivas. Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas -LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D. C.).
- Anderson, Benedict 1993 *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo* (México DF: Fondo de Cultura Económica).
- Angarita, Ana 2007 “Pobreza, enfoque de derechos humanos y derecho a la salud” en EDHUCASALUD/IFHHRO (comp.) *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud* (Lima: EDHUCASALUD/IFHHRO).
- Antigoni, Juana (ed.) 1995 *Protocolo de atención del paciente VIH/sida. Comité permanente de sida del Hospital Nacional*

- Edgardo Rebagliati Martins* (Lima: Instituto Peruano de Seguridad Social).
- Arroyo, Juan *et al.* 2004 *Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos* (Lima: CIES).
- Artieda, Pedro 2012 “La homosexualidad masculina en la narrativa ecuatoriana”, Tesis de maestría, Quito.
- Asociación de Desarrollo Social y Promoción Cultural LIBERTAD GLBT 2010 *Homofobia y VIH/sida* (La Paz: ADESPROC LIBERTAD GLBT).
- Asociación Mano Diversa s/f “Situación jurídica actual de los derechos de la población de diversa orientación sexual e identidad de género en Bolivia”.
- Asociación Vía Libre y Movimiento Homosexual de Lima s/f “Informe final del Estudio: Identificación de necesidades regionales referentes a los Servicios de Atención Médica Periódica que brindan los establecimientos de salud CERITS y/o UAMPS en las 15 regiones que forman parte del ámbito geográfico del Objetivo VIH1 de la Macro Región Centro Sur Fondo Mundial VI Ronda”.
- Baker, Kellan y Krehely, Jeff 2011 *Changing the Game, What Health Care Reform Means for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Americans* (Center for American Progress/National Coalition for LGBT Health). En <<http://www.americanprogress.com>> acceso 11 de julio de 2012.
- Bedford, Kate y Jakobson, Janet R. 2007 *Toward a Vision of Sexual and Economics Justice* (EE.UU: Barnard Center for Research on Women).
- Berkins, Lohana (comp.) 2007 *Cumbia, Copeteo y Lágrimas* (Buenos Aires: A.L.I.T.T.).
- Bracamonte, Jorge (ed.) 2001 *De amores y luchas. Diversidad sexual, derechos humanos y ciudadanía* (Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán).
- Bravomalo, Patricio 2002 *Homosexualidades. Plumas, maricones y tortilleras en el Ecuador del siglo XXI* (Quito: Fundación Causana).
- Briceño-León, Roberto (coord.) 2000 *Salud y Equidad: Una mirada desde las ciencias sociales* (Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ).
- Borrillo, Daniel 2001 *Homofobia* (Barcelona: Bellaterra).
- Briones, Francisco “La Salud en el Ecuador: Aseguramiento, del 24 de febrero del 2011” (Fundación Ecuador Libre).
En <http://www.ecuadorlibre.com/index.php?option=com_

- content&view=article&id=726:ace-no-197-qla-salud-en-el-ecuador-aseguramientoq&catid=2:analisis-de-coyuntura-economica&Itemid=11> acceso 20 de mayo de 2012.
- Bronfman, Mario y Castro Roberto (coord.) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (México: Instituto Nacional de Salud Pública).
- Bronfman, Mario *et al.* 2000 *De la investigación en salud a la política: La difícil traducción* (México: Editorial El Manual Moderno).
- Buitrón, Edgar 2009 “La implementación de las uniones de hecho de parejas del mismo sexo en Ecuador como ejercicio de igualdad del colectivo LGBT”, Tesis para optar el título de Abogado, Quito.
- Bustamante, Walter 2008 “El delito de acceso carnal homosexual en Colombia. Entre la homofobia de la medicina psiquiátrica y el orden patriarcal legal” en *Co-herencia* (Medellín: Universidad EAFIT) N° 9, Vol. 5, julio-diciembre.
- Bustamante, Walter 2009 *Homoerotismo y homofobia en Colombia. Una visión histórica* (Medellín: Universidad de Caldas). En <http://www.ucaldas.edu.co/docs/seminario_familia/HOMOEROTISMO_HOMOFOBIA_Colombia_Walter_Bustamante.pdf> acceso 15 de enero de 2012.
- Cabral, Mauro 2007 *Me preguntaron cómo vivía / sobreviviendo, dije, sobreviviendo... Trans latinoamericanas en situación de pobreza extrema* (IGLHRC) en <www.iglhrc.org/binary-data/ATTACHMENT/file/000/000/262-1.doc> acceso 15 de Mayo de 2012.
- Cáceres, Carlos 2003 *La prevención del VIH-SIDA en América Latina y el Caribe* (Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo).
- Cáceres, Carlos 2009 *Lecciones Aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú: efectos en el sector público, sociedad civil y comunidades afectada* (Lima: IESSDEH-UPCH).
- Cáceres, Carlos 2011 “Transformaciones en el discurso sobre la epidemia al VIH como una epidemia sexuada - Paradojas y enigmas en la respuesta global” en Correa, Sonia y Parker, Richard (eds.) *Sexualidade e Política na América Latina: Histórias, Inteseções e Paradoxos* (Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch/ABIA). En <http://www.upch.edu.pe/faspa/index.php?option=com_content&view=article&id=399&Itemid=407> acceso 10 de julio de 2012.
- Cáceres, Carlos *et al.* 1998 “Evaluación rápida de la situación del SIDA en tres ciudades del Perú” en Izazola, José Antonio (ed.)

- Situación epidemiológica y económica del Sida en América Latina y el Caribe* (México: SIDALAC/ Fundación Mexicana para la Salud).
- Cáceres, Carlos *et al.* 2007 *Nuevas Evidencias para las Políticas y Programas de Salud en VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. Información disponible hasta febrero – 2007* (Lima: UPCH/Organización Panamericana de la Salud).
- Cáceres, Carlos *et al.* 2009 “Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: Revelando falsas paradojas” en Parker, Richard *et al.* (eds.) *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente* (Lima: Sexuality Policy Watch).
- Cáceres, Carlos *et al.* (eds.) 2011 *Sexualidad, Ciudadanía y derechos humanos en América Latina* (Lima: IESSDEH-UPCH).
- Cáceres, Carlos y Cuba, Víctor (eds.) 2007 *Investigación científica y políticas públicas en salud. Memoria de las Primeras Jornadas Científicas en Salud Pública Lima, Perú, 2006* (Lima: Universidad Cayetano Heredia).
- Cáceres, Carlos y Rosaco, Ana 2000 *Secreto a Voces. Homoerotismo masculino en Lima: Culturas, Identidades y Salud Sexual* (Lima: UPCH/REDESS Jóvenes).
- Cáceres, Carlos y Salazar, Ximena (coord.) 2009 *Promoción de la salud sexual: Aportes para la investigación y la acción* (Lima: UPCH/IESSDEH).
- Camacho, Margarita 2007 *Cuerpos encerrados, cuerpos emancipados* (Quito: ABYA-Yala/El Conejo).
- Camacho, Margarita 2009 *Diversidades sexuales y de género: Exclusión social e inserción laboral en Quito* (Quito: Centro de Vida y Crecimiento Personal).
- Campuzano, Giuseppe 2006 “Reclaiming Travesti Histories” en *IDS Bulletin* (Brighton: Institute of Development Studies) Vol. 37, N° 5. En <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00299.x/abstract>> acceso 28 de abril de 2012.
- Campuzano, Giuseppe 2008a *Building identity while managing disadvantage: Peruvian transgender issues* (Brighton: Institute of Development Studies Universidad de Sussex).
- Campuzano, Giuseppe 2008b *Building identity while managing disadvantage: Peruvian transgender issues* (UK: IDS working paper 310, Institute of Development Studies).
- Capacitación y Derechos Ciudadanos (CDC) 2011 “Línea base y Guía de herramientas legales internacionales y nacionales

- de protección de los derechos humanos de la población con diversa orientación sexual e identidad de género” (La Paz: Editora Presencia).
- CARE Perú 2009 “Fortalecimiento de la prevención y control del VIH y SIDA en el Perú” (Lima).
- Carrasco, Edgar y Montoya, Orlando 2004 “La epidemia del VIH/sida y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones” en *Revista Aportes Andinos. Discriminación, exclusión y racismo* (Ecuador: Programa Andino de Derechos Humanos-Universidad Andina Simón Bolívar) N°9, abril.
- Chapman, Kate 2011 *LGBT patients* en <<http://student.bmj.com/student/viewarticle.html?id=sbmj.d3937>> acceso 11 de julio de 2012.
- Chatterjee, Partha 2008 *La nación en tiempo heterogéneo* (Buenos Aires: Siglo XXI/CLACSO).
- Chávez, Susana 2004 *Cuando los fundamentalismos se apoderan de las políticas públicas* (Lima: Flora Tristán).
- Chávez, Susana et al. 2007 *Concepciones y Percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Recomendaciones para la implementación del Plan Regional de Salud en la región de la Libertad en las prioridades sanitarias de embarazo no deseado, aborto y violencia familiar que afectan a los/las adolescentes* (Lima: CIES/CARE Perú/PROMSEX).
- CMP Flora Tristán 2006 *Las Mujeres Positivas. La situación de las Mujeres viviendo con VIH/sida en el Perú* (Lima: Centro de la Mujeres Peruana Flora Tristán).
- Colectivo TLGB de Bolivia 2008 “Memorias del 1er Congreso Extraordinario del Colectivo de travestis, transexuales, transgéneros, transformistas, lesbianas, gays y bisexuales de Bolivia” en <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8J5qKNiisxEJ:colectivotlgbbolivia.org/index.php/main-left-right/otros-documentos-importantes/item/download/9_fcb9aed7cf15fed1fb7e406f447f2339+Memorias+del+1er+Congreso+Extraordinario+del+Colectivo+de+travestis,+transexuales,+transg%C3%A9neros,+transformistas,+lesbianas,+gays+y+bisexuales+de+Bolivia.&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEESioR8haff9ZYyZTrjnElU0IDiKfglDDp9aAj3TgDH-w6zdX4E-O-vo8hZd5pE9kwWB5pz0B77-JLbvHTO-W-LcwnGFTNKr0r88k6jNn6umU-vTRheo-c0K0d29P2mHKiTtoOrARo&sig=AHIEtbSle42FrT_Ry9DtSeDoRSy-MtD6EA> acceso 30 de agosto 2012.
- Colombia Diversa 2010 “Situación de derechos humanos de la población LGBT. Informe Alterno presentado al Comité de

- Derechos Humanos de Naciones Unidas” (Bogotá: Colombia Diversa).
- Comisión Internacional de Juristas 2009 “Orientación Sexual e Identidad de Género y Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Guía para profesionales N°4” (Suiza: CII).
- CONAPRED 2006 *Disidencia sexual e identidades sexuales y genéricas* (México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación).
- Consortio de Universidades 2005 *Apuntes acerca de la Comunicación en Salud en el Perú* (Lima).
- Contreras, Carlos y Cueto, Marcos 2008 “Caminos, Ciencia y Estado en el Perú, 1850-1930” en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Rio de Janeiro) Vol.15, N°3. En <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000300005>> acceso 23 de abril de 2012.
- Corcuera, Ricardo *et al.* 2006 *Derecho a la salud: ejercicio, exigencia, y cumplimiento. Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH/sida* (Lima: CIES).
- Corcuera, Ricardo; Hidalgo, Catalina; Quintana, Alicia 2006 *Exigibilidad del derecho a la Salud. Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA* (Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social).
- Cordero, Tatiana (coord.) 2005 *Análisis y contribución feminista a los derechos económicos, sociales y culturales* (Bolivia: Corporación Promoción de la Mujer/Taller de Comunicación Mujer/ Coordinadora de la Mujer).
- Cornwall, Andrea; Correa, Sonia; Jolly, Susy (eds.) 2008 *Development with a body. Sexuality, human and development* (Nueva York: Zed Books).
- Corporación Opción s/f “Diagnóstico de la situación de las personas transgeneristas en Bogotá” (Bogotá: Corporación Opción).
- Corporación Opción s/f “Propuesta de trabajo con personas transgeneristas” (Bogotá: Corporación Opción).
- Cosme, Carlos; Jaime, Martín *et al.* 2007 *La imagen in/decente* (Lima: IEP).
- Cottet, Pablo *et al.* 1997 *De amores y sombras. Poblaciones y culturas homo bisexuales en hombre de Santiago* (Santiago de Chile: Corporaciones Chilena de Prevención de SIDA).
- Creative Consulting Group 2011 *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, Discriminación y Derechos de las poblaciones TLGB en Bolivia* (La Paz: Conexión Fondo de Emancipación). En <http://www.conexion.org.bo/archivos/ENCVDD_TLGB_Bolivia.pdf> acceso 20 de mayo de 2012.

- Cueto, Marcos 2001 *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/sida en el Perú* (Lima: CIES/UPCH).
- Dean, Laura et al. 2000 *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender health: Findings and concerns* (Nueva York: Gay and Lesbian Medical Association/Columbia University Joseph L. Mailman School of Public Health/Center for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health). En <<http://www.dialog.unimelb.edu.au/project/links/pdf/glma%20white%20paper%20jan%2000.pdf>> acceso 11 de julio de 2012.
- De la Dehesa, Rafael 2012 “El Estado y los movimientos LGBT: encuentros y desencuentros” en *La Jornada* (México), Suplemento Letra S N. 186, 5 de enero. En <http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=5438> acceso 30 de abril de 2012.
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix 1985 *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia* (Buenos Aires: Paidós).
- Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York 2006 “Boletín de Salud” (Nueva York) Vol. 5, N° 5. En <<http://www.nyc.gov/health>> acceso 11 julio de 2012.
- De Sousa Santos, Boaventura 2009 “Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes” en *Pluralismo epistemológico* (La Paz: Muela del Diablo/Comuna/CLACSO).
- Diaz, Rafael 1998 *Latino Gay Men and HIV. Culture, Sexuality and Risk Behavior* (Nueva York: Routledge, Chapman & Hall, Incorporated).
- DGE/MINSA 2006 “Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/sida en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y Control” (Lima: Dirección General de Epidemiología).
- Dussel, Enrique 2000 “Europa, modernidad y eurocentrismo” en Lander, Edgardo (ed.) *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales* (Buenos Aires: CLACSO).
- Egúsqüiza, Miriam (coord.) 2007 *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud* (Lima: EDHUCASALUD/IFHHRO). En <<http://www.care.org.pe/pdfs/cinfo/libro/Conferencia%20IFHHRO%20-%20EDHUCASALUD.pdf>> acceso 12 de julio de 2012.
- El Universo* 2012 “Se creó Comité nacional de VIH, pero sociedad civil lo desconoce” (Guayaquil), 4 de marzo. En <<http://www.eluniverso.com/2012/03/05/1/1445/creo-comite-nacional-vih-sociedad-civil-lo-desconoce.html>> acceso 20 de mayo de 2012.

- Escobar, Arturo 2005 *Más allá del Tercer Mundo. Globalización y diferencia* (Bogotá: Universidad del Cauca, Instituto Colombiano de Antropología e Historia).
- Fanon, Frantz 2009 *Piel negra, máscaras blancas* (Madrid: Akal).
- Feuerstein, Marie-Thérèse 1997 *Poverty and Health. Reaping a Richer Harvest* (Hong Kong: Palgrave MacMillan).
- Figari, Carlos 2007 *Sexualidad, ciencia y religión* (Córdoba: Encuentro Grupo Editor).
- Figari, Carlos 2009 *Eróticas de la disidencia en América Latina. Brasil, siglos XVII al XX* (Buenos Aires: CICCUS/CLACSO).
- Figari, Carlos 2010 “El movimiento LGBT en América Latina: institucionalizaciones oblicuas” en Massetti, Astor *et al.* (comps.) *Movilizaciones, protestas e identidades políticas en la Argentina del bicentenario* (Buenos Aires: Nueva Trilce).
- Fondo Financiero Distrital de Salud *et al.* 2006 “Informe final centinela de conocimientos, comportamientos sexuales y prevalencia de VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres” (Bogotá: Fondo Financiero Distrital de Salud/Secretaría Distrital de Salud/LIGASIDA/PNUD).
- Foro Salud 2005 *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud* (Lima: Consorcio de Investigación Interamericano Económica y Social).
- Francke, Marfil y Reynoso, Raquel 2007 *Salud y Enfermedad en los márgenes. Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión* (Lima: Consorcio CIES/ CARE Perú). En <<http://cies.org.pe/publicaciones/libros/diagnostico/DyP32>> acceso 3 de Mayo de 2012.
- Frasca, Tim 2005 *AIDS in Latin America* (Nueva York: Palgrave MacMillan).
- Fundación Ecuatoriana Equidad 2008 *Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gay, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud. Salud sexual GBTH, ITS y VIH* (Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad).
- Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD) 2005 *Guía para el Manejo de VIH/SIDA, basada en la evidencia* (Bogotá: Ministerio de Protección Social/FEDESALUD).
- Galarreta, María 2005 “Salud de lesbianas en Lima: apuntes desde la experiencia de atención” en *Ciudadanía sexual* (Lima) N° 16. En <<http://www.ciudadaniasesexual.org/boletin/boletin16.htm>> acceso 15 de enero de 2013

- Gemmerli, Tobias 2009 *Queering development, Incorporating sexuality* (Londres) en <http://www.ulandslaere.au.dk/Opgavestof/SampleStudentPapers/PaperCollection/QueeringDevelopment_IncorporatingSexuality_TobiasGemmerli.pdf> acceso 25 de abril de 2012.
- Gómez, Fabiola y Barrientos, Jaime 2012 “Efectos del prejuicio social en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile” en *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* (Brasil: Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos CLAM/Instituto de Medicina Legal) N° 10, abril. En <www.sexualidadsaludysociedad.org> acceso 23 de mayo de 2012.
- González, Manuel 2011 *Evaluación del Acceso a la Terapia Antiretroviral de las personas viviendo con VIH en el distrito capital desde una mirada crítica al sistema de salud colombiano* (Bogotá: Facultad de Medicina/Instituto de Salud Pública/ Universidad Nacional de Colombia).
- Gordon, David 2007 “Pobreza, muerte y enfermedad: una perspectiva europea” en Egúsqüiza, Miriam (comp.) *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud* (Lima: EDHUCASALUD/IFHHRO).
- Grupo de lesbianas feministas (GALF) 2003 *La libre orientación sexual, un derecho de las mujeres* (Lima: GALF).
- Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI) 2010 *Legislación comparada de VIH en Latinoamérica y el Caribe desde una perspectiva de derechos humanos -ECUADOR* (Panamá: GPI).
- Hernández, Toli (coord.) 2011 *Salud de lesbianas y bisexuales en LAC, construyendo nuevas realidades* (Chile: ILGA LAC).
- Horswell, Michael 2010 *La descolonización del ‘sodomita’ en los Andes coloniales* (Quito: Abya-Yala).
- Iglesias, Margarita 2007 “Desarrollo humano y determinantes sociales desde la perspectiva de género en la lucha por la igualdad” en Egúsqüiza, Miriam (comp.) *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud* (Lima: EDHUCASALUD/IFHHRO).
- ILGA LAC 2010 *Entrevista al presidente del colectivo TLGB en Bolivia* en <<http://ilga.org/ilga/es/article/mtzNLdw14O>> acceso 20 de mayo de 2012.
- Institute of Medicine (IOM) 2011 *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation*

- for Better Understanding* (Washington DC: The National Academies Press) en <<http://www.hass.rpi.edu/~godoyc/InstituteofMedicineWhitePaper.pdf>> acceso 10 de Julio de 2012.
- Izazola, José (ed.) 2001 *Políticas Públicas y prevención del VIH/ SIDA en América Latina y el Caribe. Una revisión basada en la Conferencia Latinoamericana y del Caribe Forum 2000* (México: Fundación Mexicana para la Salud, AC).
- Izazola, José (ed.) 2003 *Situación del VIH/sida en América Latina y el Caribe. Una revisión basada en el FORO 2003* (México: Fundación Mexicana para la Salud, AC).
- Jaime, Martín 2007 *La conformación de una política laica a partir del deseo. Los movimientos GLBT de Colombia, Ecuador y Perú frente al discurso de la Iglesia católica sobre los derechos humanos* (México DF: Colegio Mexiquense) (documento sin publicar).
- Jaime, Martín 2008 “Entre la Iglesia católica y el Estado: una mirada a la comunidad política desde el deseo” en *Memorias del Primer Seminario Internacional Fomentando el conocimiento de las libertades laicas* (Lima: Red Iberoamericana por las Libertades Laicas/UNMSM/El Colegio Mexiquense, A.C./ Libertades Laicas-Perú).
- Jaime, Martín (relat.) 2009a *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2008* (Lima: PROMSEX/Red Peruana TLGB).
- Jaime, Martín 2009b “Discurso de la iglesia católica sobre sexualidad y derechos de las personas GLBT en Perú” en Programa Andino de Derechos Humanos (comp.) *Diálogo y debates sobre derechos humanos* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/ Abya-Yala).
- Jaime, Martín (relat.) 2010a *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2009* (Lima: PROMSEX/Red Peruana TLGB).
- Jaime, Martín 2010b “Pobreza, sexualidad y derechos humanos: ¿pluralismo o hegemonía? El discurso de la iglesia católica en Lima frente a la espiritualidad de las personas TLGB de zonas populares”, Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Historia del tiempo presente del cristianismo en el mundo de los pobres en un contexto de globalización”, 4 al 6 de octubre.
- Jaime, Martín 2011 *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2010* (Lima: PROMSEX/Red Peruana TLGB).
- Jaime, Martín 2012 “El dispositivo de la obscenidad: el discurso pastoral católico y las resistencias en torno al ejercicio de la sexualidad de las mujeres en el Perú” en *Religión y mujer*

- (Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos).
- Jameson, Fredric y Žižek, Slavoj 1998 *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* (Buenos Aires: Paidós).
- Jiménez, Muriel 2012 “El homosexual en tiempos del sida: imaginarios, subjetividades y políticas públicas en Cartagena de Indias 1981-1989”, Tesis de maestría, Quito.
- Kahssay, Haile y Oakley, Peter (eds.) 1999 *Community involvement in health development: a review of the concept and practice* (Hong Kong: Organización Mundial de la Salud).
- Kann, Laura *et al.* 2011 “Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9-12 – Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites, United States, 2001-2009” en *Morbidity and Mortality Weekly Report* (U.S. Department of Health and Human Services) Vol. 60, N° 7. En <<http://www.cdc.gov>> acceso 10 de Julio de 2012.
- Kornblit, Ana 2000 *Sida: Entre el cuidado y el riesgo: Estudios en población general y en personas afectadas* (Buenos Aires: Alianza Editorial).
- Kusunoki, Lourdes y Navarro de Acosta, María 2010 *Evaluación de la estrategia de promotores educadores de pares (PEPs) HSH y TS de la ESN PC ITS y VIH/sida.*
- Ledón, Loraine 2004 “Cuerpo, enfermedad y procesos de vida en personas con transformaciones corporales producidas por enfermedades endocrinas”, Tesis de maestría, Lima.
- List, Mauricio 2009 *Hablo por mi diferencia. De la identidad gay al reconocimiento de lo queer* (México: Fundación Arcoíris).
- Llamas, Ricardo s/f La construcción del cuerpo homosexual en tiempos del Sida en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (Madrid) N° 68. En <<http://www.reis.cis.es>> acceso 10 de julio del 2012.
- López, Alejandra *et al.* 2003 *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas* (Uruguay: Universidad de la República).
- López, Roberto y Laporta, Deborah 2003 *VIH/SIDA, democracia y gobernabilidad* (Lima: Cooperación Técnica Alemana/Instituto de Educación y Salud).
- Lugones, María 2008 Colonialidad y género (Binghamton University), 23 de junio. En <http://www.revistatabularasa.org/numero_nueve/05lugones.pdf>.
- Marcos, Sylvia 1989 “Curas, diosas y erotismo: el catolicismo frente a los indios” en Portugal, Ana María *Mujeres e Iglesia.*

- Sexualidad y aborto en América Latina* (México: Católicas por el derecho a decidir).
- Meccia, Ernesto *et al.* 2004 “Trabajos al margen del Trabajo. Trayectorias de vulnerabilidad de travestis y mujeres prostitutas en un Partido del Sur del Gran Buenos Aires” en *Laboratorio 13* (UBA, Facultad de Ciencias Sociales). En <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo/textos/13_4.htm> acceso 5 de mayo de 2012.
- Mental Disability Rights International y APRODEH 2004 “Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú” (Lima).
- Mérida, Rafael 2007 “Sodoma, del Viejo al Nuevo Mundo” en *Treballs de Societat Catalana de Geografia* (Barcelona: Societat Catalana de Geografia) N° 64.
- MHOL 1993 *Guía básica de información sobre el Sida* (Lima: MHOL).
- MHOL 1993 *¿Jugando a la ruleta rusa? Investigación respecto a los hábitos y actitudes en el uso del preservativo* (Lima: Programas de Apoyo y Mercadeo Social).
- MHOL 2011 *Conducta Impropia* (Lima) Boletín N° 4/5.
- Mignolo, Walter 2006 *El desprendimiento: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad* (Buenos Aires: Ediciones del Signo).
- Ministerio de la Protección Social-Colombia 2011 *Informe Nacional UNGASS -2010* (Bogotá: Ministerio de la Protección Social). En <<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia/>> acceso 15 de Mayo de 2012.
- Ministerio de la Protección Social-Colombia 2011 *Protocolo e Instructivo para la recolección de la información del estudio: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia* (Bogotá: Ministerio de la Protección Social/UNFPA).
- Ministerio de Salud 2005 *Derechos Humanos y Derechos a la Salud* (Lima: MINSA/OPS).
- Ministerio de Salud 2008 *Cuentas Nacionales de Salud Perú* (Lima: Dirección General de Epidemiología).
- Ministerio de Salud 2010 *Análisis de la Situación de Salud del Perú* (Lima: Dirección General de Epidemiología).
- Ministerio de Salud 2011 *Análisis de la Situación de Salud de la Provincia de Lima* (Lima: Dirección General de Epidemiología).
- Ministerio de Salud del Perú 2010 *Informe Nacional sobre progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Periodo: Enero 2008-Diciembre 2009* (Lima: MINSA/ ONUSIDA). En <<http://>>

- www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru/> acceso 20 de Mayo de 2012.
- Ministerio de Salud y Deportes-Bolivia 2010 *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Bolivia)*. Periodo: Enero 2008- Diciembre 2009 (La Paz: Programa Nacional ITS, VIH, SIDA/Ministerio de Salud y Deportes/ ONUSIDA).
- Ministerio de Salud Pública-Ecuador 2012 *Ecuador Report NCPI* en <<http://aidsreportingtool.unaids.org/>> acceso 20 de mayo de 2012.
- Ministerio de Salud Pública-Ecuador 2010 *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. Periodo: Enero 2008-Diciembre 2009 (Quito: Programa Nacional de Prevención de VIH/sida - ITS/ Ministerio de Salud Pública).
- Molina, Fernanda 2010 “Pecando entre Dos Mundos. Sodomía y alteridad étnica en la América colonial (siglo XVI)”, Exposición presentada en la sesión plenaria N° 4 del Seminario Internacional de Población y Sociedad en América Latina (SEPOSAL), 8 al 10 de junio.
- Moreira, María 2007 “Evolución histórica del plan de derechos humanos del Ecuador y retos futuros. El papel del Servicio Exterior ecuatoriano” en <http://www.dhnet.org.br/dados/pp/nacionais/pndh_equador_moreira_ev.pdf>.
- Motta, Angélica (ed.) 2010 *Perú: Políticas en sexualidad* (Lima: CLAM/PEG).
- Movimiento Homosexual de Lima/Asociación Vía Libre 2011 “Consultoría para el estudio de seguimiento del desempeño y funcionamiento de las microempresas lideradas por personas con VIH y creadas en el marco de los Programas de V y VI Ronda del Fondo Mundial en la zona centro y sur del Perú”.
- Naciones Unidas 2011 *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género*, Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH. En <www.ohchr.org/documents/issues/discrimination/A.HRC.19.41_Spanish.pdf> acceso el 15 de enero de 2012.
- Navarro, Diana s/f *Transgenerismo, realidades y avances en Colombia* (Bogotá).
- Navarro, María del Carmen 2010 *Diseño metodológico de Taller de evaluación costo-efectividad de la Estrategia de Equipos Itinerantes. Ámbito geográfico del Objetivo VIH1 Macro Región Centro Sur* (Perú: Asociación Vía libre).

- Núñez, Guillermo 2011 *¿Qué es la diversidad sexual? Reflexiones desde la academia y el movimiento ciudadano* (Quito: CIAD/ Abya-Yala).
- Organización Panamericana de la Salud 1995 *La participación social en el desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas* (Washington DC: OPS).
- Organización Panamericana de la Salud 2001 *Perfil del Sistema de Salud Bolivia* (Lima: OPS).
- Organización Panamericana de la Salud 2006 *Perfil de Salud de las Mujeres y los Hombres en el Perú 2005* (Lima: OPS).
- Organización Panamericana de la Salud 2011 *El derecho a la salud de los jóvenes y las identidades de género. Hallazgos, Tendencias y Medidas Estratégicas para la Acción en Salud* (Washington DC: OPS). En <<http://new.paho.org/mirtaroses/index.php?id=148>> acceso 15 de abril de 2012.
- Organización Panamericana de la Salud 2011 *Perfil de género y salud de la Subregión Andina, 2010* (Panamá: OPS).
- Orozco, Yolanda 2007 “Discrimination against lesbian, bisexual, transsexual, transgender and intersex women in Bolivia” (IGLHRC), Informe sombra ante la CEDAW.
- Otero, Efraín 2000 “Acuerdos y normas nacionales e internacionales sobre ética médica y bioética. Persona y Bioética” en *Persona y Bioética* (Bogotá) N° 11-12. En <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/804/1950>> acceso 12 de octubre 2012.
- Páez, Carolina 2010 *Travestismo urbano. Género, sexualidad y política* (Quito: Abya-Yala/FLACSO).
- Palomino, Nancy y Sala Mariella (eds.) 2007 *Claroscuros. Debates pendientes en sexualidad y reproducción* (Lima: UPCH).
- Pantelides, Edith y Lopez Elsa (comps.) 2005 *Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción* (Buenos Aires: Paidós).
- Pecheny, Mario y Jones, Daniel (eds.) 2007 *Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género* (ONUSIDA).
- Pecheny, Mario et al. 2008 *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina* (Buenos Aires: Libros del Zorzal).
- Petrera, Margarita (comp.) 2012 *Promoviendo el derecho a la Salud de los más pobres: Cinco estudios de interés* (Lima: CIES).
- Pimenta, Cristina et al. (org.) 2006 *Acceso al Tratamiento de SIDA en Bolivia y Paraguay. Cooperación internacional y movilización social* (Río de Janeiro: ABIA).

- Quijano, Aníbal 2000 “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina” en Lander, Edgardo (ed.) *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas latinoamericanas* (Caracas: CLACSO).
- Quintana, Alicia 2003 *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú* (Lima: Instituto de Educación y Salud).
- Quintana, Alicia et al. 2003 *Escuchen nuestras voces. Representaciones sociales e itinerarios de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes* (Lima: IES).
- Quintana, Alicia et al. 2007 *Construyendo la ciudadanía sexual. Representaciones sociales sobre los derechos humanos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos en San Juan de Lurigancho* (Lima: Fundación Ford/IES).
- Ramírez, Beatriz (ed.) 2011 *Informe alternativo de organizaciones de la sociedad civil al comité de derechos económicos, sociales y culturales sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en el Perú* (Lima: PROMSEX).
- Ramírez, Beatriz (coord.) 2012 *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2011* (Lima: PROMSEX/Red Peruana LGBT).
- Ramírez, Susana 2011 *Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad en Acta Bioethica* (Santiago) Vol.17, N° 1. En <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v17n1/a08.pdf>> 17 de julio de 2012.
- Red Sida Perú *Plan Estratégico 2011-2015* (Lima).
- Reyes, Esperanza 2007 *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú* (Lima: UPCH/IEP).
- Rossi, Francisco 2009 *Civil Society and the Compulsory License Reques for Lopinavir-Ritonavir. En: Intellectual Property Rights and Acces to ARV Medicines: Civil Society Resistance in the Global South* (Rio de Janeiro: ABIA).
- Salazar, Ximena 2009 *Diagnóstico de la violencia contra los y las trabajadores/as sexuales, mujeres, transgéneros, varones y su vulnerabilidad frente a las ITS y el VIH* (Lima: CARE Perú).
- Salazar, Ximena et al. 2010 *Las personas trans y la epidemia del VIH/sida en el Perú. Aspectos sociales y epidemiológicos* (Lima: IESSDEH/UPCH/ONUSIDA/AMFAR).
- Salazar, Ximena y Villayzán, Jana 2009 *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/sida* (Lima: IESSDEH/REDLACTRANS/UNFPA).

- Salgado, Judith 2008 *La reapropiación del Cuerpo, derechos sexuales en el Ecuador* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/Abya-Yala/Corporación Editora Nacional).
- Salgado, Judith 2004 “Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador” en *Revista Aportes Andinos. Aportes sobre diversidad, diferencia e identidad* (Ecuador: Programa Andino de Derechos Humanos-Universidad Andina Simón Bolívar) N° 11, octubre.
- Salinas, Silvia y Castro, María 2011 *Diagnóstico sobre el estado actual de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Bolivia* (La Paz) en <<http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/321/DIAGN%C3%93STICO%20SDSDR%20PARA%20DIFUSI%C3%93N.pdf?sequence=1>> acceso 13 de julio de 2012.
- Sam Ferrari, Gina (coord.) 2010 *Estudio sobre Estrategias de Aseguramiento Universal y Atención en CERITS y UAMPS para HSH y TS*.
- Sandoval, Clara et al. 2011 *Situación de la atención integral de PVVS en cuatro ciudades del Perú: acceso a los servicios de salud de las personas que viven con VIH/sida (PVVS)* (Lima: IESSDEH/UCPH).
- Santivañez, Rodolfo 1998 *Derechos Humanos y SIDA en Bolivia* (Sucre: Universidad Andina Simón Bolívar).
- Saucedo, Irma 2006 “Cuerpo, identidades de género y salud” en *Disidencia sexual e identidades sexuales y genéricas* (México: CONAPRED).
- Schifter, Jacobo 1997 *Ojos que no ven... psiquiatría y homofobia* (San José: ILPES).
- Schneider, Charlotte 2009 *Análisis desde una mirada trans a la política pública LGBT de la ciudad de Bogotá* en <<http://transcolombia.webs.com/info.htm>> acceso 16 de mayo de 2012.
- Mejía, Alfredo et al. 2007 *Los matices de la vulnerabilidad* (Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá).
- Sen, Gita; George, Asha; Ostlin, Pirooska 2002 *Engendering International Health. The Challenge of Equality* (Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology).
- Serret, Estela 2009 “La conformación reflexiva de las identidades trans” en *Sociológica* (México) Año 24, N° 69.
- Shah, Sonia 2007 “Experimentos clínicos en los pobres del planeta” en <<http://www.lemondediplomatique.cl/Los-experimentos-clinicos.html>>.

- Simbaqueba, Juan *et al.* 2011 *Voces Positivas. Resultado del índice de Estigma en personas que viven con VIH en Colombia* (Bogotá: RECOLVIH/IFARMA).
- Spivak, Gayatri 2003 “¿Puede hablar el subalterno?” en *Revista Colombiana de Antropología* (Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología) Vol. 39, enero-diciembre.
- Tello, Janet (coord.) *Jurisprudencia sobre la protección del derecho a la salud en cuatro países andinos y en el Sistema Interamericano* (Lima: CIES/CLADEM).
- Trans Red Bolivia 2011 *Taller de Capacitación a Médicos en atención a mujeres trans* (Santa Cruz: Trans Red Bolivia/Mesa de Trabajo Nacional Bolivia/ONUSIDA).
- Trostle, James 2005 *Epidemiology and Culture* (Nueva York: Cambridge University Press).
- Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria 2011 “Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio” en *Salud Colectiva* (Buenos Aires) N° 7(2), mayo-agosto.
- UNFPA “VIH y SIDA en Bolivia y el Mundo” en <<http://bolivia.unfpa.org>> acceso 20 de mayo de 2012.
- Van den Berge, Marten y Cornejo, Giancarlo 2011 *Género y Sexualidades en Movimiento, itinerarios activistas LTGB en el Perú* (Lima).
- Vargas, Lita y Elizabeth, María 2009 *Ganando fuerza para el ejercicio de nuestra ciudadanía. Guía dirigida a mujeres y personas trans que realizan trabajo sexual* (Lima: IESSDEH/REDTRANS/Miluska Vida y Dignidad/UNFPA).
- Vargas, Pablo 2008 *Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT) en Bolivia: Diagnóstico y Antecedentes. Informe para la Red LGBT del Mercosur* (Santa Cruz: Fundación Igualdad LGBT).
- Vásquez, Angélica 2012 “Representaciones sociales del VIH de los activistas trabajando en VIH/sida en la ciudad de Bogotá”, Trabajo para optar el título de Psicología, Bogotá.
- Vásquez del Águila, Ernesto 2002 “Placer y Poder en un mundo de hombres: identidades sexuales e identidades de género en internos de una institución penitenciaria de Lima” en Cáceres, Carlos (ed.) *La salud sexual como derecho en el Perú de hoy. Ocho estudios sobre salud, género y derechos sexuales entre los jóvenes y otros grupos vulnerables* (Lima: REDESS Jóvenes).
- Velarde, Chaska 2011 *La igualdad en la lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en*

- población trans, lesbiana y gay* (Lima: PROMSEX).
- Vélazquez, Tesania 2007 *Salud Mental en el Perú: Dolor y Propuesta. La experiencia de Huancavelica* (Lima: CIES/CARE Perú).
- Vergara, Patricia 2011 “Replantear la atención ginecológica a mujeres lesbianas”, Ponencia presentada en el II Encuentro de Estudios Mesoamericanos de Género y Feminismos, Guatemala, 4 al 6 de mayo.
- Vidal, Francisco y Carla Donoso (eds.) 2002 *Cuerpo y Sexualidad* (Santiago de Chile: FLACSO-Chile/VIVO Positivo).
- Villanueva, Rocío 2009 *Derecho a la Salud, perspectiva de género y multiculturalismo* (Lima: Palestra Editores).
- Villayzan, Jana s/f *Personas Trans, Identidad de Género* (Lima).
- Viñuales, Olga 2002 *Lesbofobia* (Barcelona: Bellaterra).
- Wade, Peter et al. 2008 *Raza, Etnicidad y sexualidades: Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia).
- Wynter, Sylvia 1991 “Tras el Hombre, su última palabra: sobre el posmodernismo, *les damnes* y el principio sociogénico” en *Nuevo texto Crítico* (Caracas) Año IV, N° 7, primer semestre.

ANEXOS METODOLÓGICOS

ANEXO 1. LISTADO DE DOCUMENTOS ANALIZADOS

Alcaldía Mayor de Bogotá 2008 “Por una ciudad de derechos.

Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital” (Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación).

Bolivia 1978 “Decreto Supremo 15629, de la aprobación del Código de Salud”, 18 de julio. En <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar_comp/Salud/page:2> acceso 18 de julio 2012.

Bolivia 1996 Ley 1737, de Política Nacional del Medicamento, 17 de diciembre. En <<http://www.sns.gob.bo/documentacion/normativas/Ley%20del%20medicamento.pdf>> acceso 18 de julio de 2012.

Bolivia 2010 “Ley 045 contra el Racismo y toda forma de discriminación” (La Paz), 8 de octubre del 2010. En <<http://bolivia.infoleyes.com/shownorm.php?id=2395>> acceso 17 de julio de 2012.

Bolivia 2011 “Reglamento a la Ley contra el Racismo y toda forma de discriminación” (La Paz), 5 de enero del 2011. En <http://www.gobernabilidad.org.bo/images/documentos/reglamento_ley_045.pdf> acceso 17 de julio de 2012.

- Colombia 2007 “Ley 1127, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” (Bogotá), 9 de enero.
- Concejo de Bogotá, Distrito Capital 2007 “Decreto N° 608, por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones”, 28 de diciembre. En <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28145>> acceso 15 de mayo de 2012.
- Concejo de Bogotá, Distrito Capital 2009 “Acuerdo N° 371, por medio del cual se establecen lineamientos de política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” (Colombia: Registro Distrital 4182), 2 de abril. En <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=35794#0>> acceso 15 de mayo de 2012.
- Consejo Metropolitano de Quito 2007 “Ordenanza Metropolitana N° 0240”, de inclusión de la diversidad sexual GLBTI (Gays, Lesbianas, Bisexuales, Transgéneros e Intersex) en las políticas del distrito metropolitano” (Ecuador), 26 de diciembre.
- Congreso Nacional 2008 Nueva Constitución Política del Estado (Bolivia). En <http://cd1.eju.tv/index_files/nueva_cpe_abi.pdf> acceso 16 de julio de 2012.
- Corporación Kimirina 2009 *No soy gay...* (Quito: Corporación Kimirina).
- Corporación Kimirina 2010 *Vulnerabilidad y riesgo de la población Transgénero en sus relaciones cotidianas* (Quito: Corporación Kimirina).
- Defensoría del Pueblo (Colombia) 2010 “Derechos de las personas que viven con VIH. Serie Derechos de los Usuarios en Salud N° 7” (Bogotá: Defensoría del Pueblo/UNHCR/ ACNUR).
- Defensoría del Pueblo (Perú) 2009 “Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/sida: supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida. Informe Defensorial N° 143” (Lima).
- Defensoría del Pueblo (Perú) 2009 “Informe de Adjuntía N° 005-2009-DP/ADHPD: actuación del Estado frente a la discriminación. Casos conocidos por la Defensoría del Pueblo” (Lima).

- Defensoría del Pueblo (Perú) 2011 “Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/sida: segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida. Serie Informes de Adjuntía –Informe N° 005-2011-DP/AAE (Lima), 26 de diciembre.
- Ecuador 1995 “Ley N° 77, de derechos y amparo al paciente (Quito: Registro Oficial), 10 de enero.
- Ecuador 2000 “Ley Integral Orgánica sobre VIH-SIDA (que reemplaza la Ley 2000-11) (Quito), 14 de abril.
- Ecuador 2005 “Ley N° 2005-019, de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano (Quito: Registro Oficial), 17 de noviembre.
- Ecuador 2006 “Ley Orgánica de Salud N° 67 (Quito: Registro Oficial, Suplemento 423) del 22 de diciembre.
- Ecuador 2008 “Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH/sida 2008-2013 (Quito).
- Ecuador 2008 “Texto constitucional aprobado en la sesión del Pleno N° 35” (Asamblea Constituyente), 10 de abril.
- Gaceta de la Corte Constitucional 1999 “Sentencia SU-337 de la Corte Constitucional sobre fundamentos, significado y alcance del consentimiento informado en los tratamientos médicos; intervenciones a menores y consentimiento informado: en qué casos no procede la autorización de padres y tutores; problemas jurídicos suscitados por los “hermafroditismos” o formas de “ambigüedad sexual; entre otros” (Colombia), 13 de mayo.
- Gaceta de la Corte Constitucional 2007 “Sentencia C-811/07 de la Corte Constitucional sobre demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 163 (parcial) de la Ley 100 de 1993” (Colombia), 3 de octubre.
- Gaceta de la Corte Constitucional 2007 “Sentencia T-856/07 de la Corte Constitucional sobre Acción de tutela instaurada por AAA contra SALUDCOOP E. P. S. (Colombia), 12 de octubre.
- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia 2007 “Ley 3729 para la prevención del VIH/sida, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/sida (Bolivia), 8 de agosto. En <www.libertadglibt.org/.../15-ley-para-la-prevencion-del-vihsida/> acceso 17 de julio de 2012.
- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia 2010 “Ley 070, de la educación Avelino Siñani-Elizardo Pérez” (Bolivia), 20 de diciembre. En <<http://www.gobernabilidad.org.bo/images/stories/documentos/leyes/070.pdf>> acceso 17 julio 2012.

- Gobierno Municipal de la Paz 2012 “Ordenanza Municipal G.M.L.P. N. 084/2010, para la creación del Concejo Ciudadano de las Diversidades Sexuales y/o Genéricas de la población TLGB (transformistas, travestis, transexuales, lesbianas, gays y bisexuales) del Municipio de La Paz” (Bolivia), 19 de marzo. En <<http://www.libertadglbt.org/legislacion-/14-ordenanza-municipal-gmlp-no-0842010/>> acceso 17 de julio de 2012.
- Ministerio de Defensa Nacional (Colombia) 2010 “Directiva Administrativa Permanente N° 006/DIPON-INSGE-23.1, sobre garantías y respeto a los derechos de la comunidad LGBT (Bogotá), 24 de febrero.
- Ministerio de la Protección Social (Colombia) “Bases legales para el manejo del VIH-Colombia”. En <www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=5356> acceso 6 de mayo 2012.
- Ministerio de la Protección Social (Colombia) “Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA 2008-2011” (Bogotá: Ministerio de la Protección Social/ONUSIDA).
- Ministerio de la Protección Social (Colombia) 1997 “Decreto N° 1543, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en *Diario Oficial N° 43.062*, 17 de junio.
- Ministerio de la Protección Social (Colombia) 2006 “Modelo de Gestión Programática en VIH/sida” (Bogotá: Ministerio de la Protección Social/Programa de Apoyo a la Reforma de Salud).
- Ministerio de Justicia (Bolivia) 2008 “Plan de Derechos Humanos 2009-2013 (La Paz: Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos). En <http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/3_doc_nacionales/12_PNADH2009-2013.pdf> acceso 17 de Julio de 2012.
- Ministerio de Salud (Perú) 2003 “Sistema de Atención Médica Periódica para los(as) trabajadores(as) Sexuales” (Dirección General de Salud de las Personas/Dirección Ejecutiva de Atención Integral de las personas).
- Ministerio de Salud (Perú) 2004 “Lineamientos para la acción en Salud Mental” (Lima: Dirección General de Promoción de la Salud).
- Ministerio de Salud (Perú) 2004 “Norma técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA en adultos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Lima: MINSA, Dirección General de Salud de las Personas).
- Ministerio de Salud (Perú) 2005 “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud” (Lima).

- Ministerio de Salud (Perú) 2005 “Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos de Salud, N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02” (Lima: Dirección General de Salud de las Personas).
- Ministerio de Salud (Perú) 2006 “Norma técnica para promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables para la prevención de las ITS, VIH y sida: NT N° 002-2004-MINSA/DGSP-V.01. Revisión y actualización” (Lima).
- Ministerio de Salud (Perú) 2007 “Plan estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y control de las ITS y VIH/sida en el Perú (Lima: MINSA).
- Ministerio de Salud (Perú) 2007 “Plan Nacional Concertado de Salud” (Lima).
- Ministerio de Salud (Perú) 2008 “Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud 2008-2011”.
- Ministerio de Salud (Perú) 2009 “Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios/as en servicios de salud N° 022-MINSA/DGSP-V.01” (Lima).
- Ministerio de Salud (Perú) 2009 “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA. Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA” (Lima).
- Ministerio de Salud (Perú) 2009 “Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de Transmisión Sexual en el Perú N° 077-MINSA/DGSP-V.01” (Lima).
- Ministerio de Salud Pública (Ecuador) 2007 “Guía de Atención Integral a PVVS” (Quito: Programa Nacional de Prevención de VIH/SIDA-ITS).
- Ministerio de Salud Pública (Ecuador) 2007 “Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/sida 2007-2015 (Quito: Ministerio de Salud Pública/ONUSIDA).
- Ministerio de Salud Pública (Ecuador) 2007 “Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Quito: Consejo Nacional de Salud).
- Ministerio de Salud Pública (Ecuador) 2010 “Guía de Atención Integral VIH/sida 2010” (Quito: Programa Nacional de Prevención de VIH/SIDA-ITS).
- Ministerio de Salud Pública (Ecuador) 2011 “Decreto N° 00001083, sobre la aprobación y autorización de la conformación del Comité Ecuatoriano Multisectorial de VIH/SIDA-CEMSIDA (Quito), 17 de noviembre.
- Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia) 2002 “Reglamento para la prevención y vigilancia del VIH/sida en Bolivia. Resolución

- Ministerial 0711”, 27 de noviembre. En <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsi21397.pdf>> acceso 18 de julio de 2012.
- Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia) 2008 “Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012 (La Paz: Programa Nacional de ITS/VIH/sida). En <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsi29937.pdf>> acceso 18 de julio de 2012.
- Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia) 2008 “Programa Nacional ITS/VIH/sida” (La Paz).
- Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia) 2009 “Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia. Políticas en ITS/VIH/SIDA. Planificación estratégica 2008-2012” (La Paz: Programa Nacional ITS/VIH/sida).
- Perú 1996 “Ley N° 26626, sobre la responsabilidad del Ministerio de Salud en la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), al que se denominará CONTRASIDA”, 19 de junio.
- Perú 1997 “Ley N° 26842, Ley General de Salud”, 15 de julio. En <http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley_general_salud_26842.pdf> acceso 20 de abril de 2012.
- Perú 2007 “Decreto Supremo N° 005-2007-SA, de aprobación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú (El Peruano), 3 de mayo.
- Perú 2008 “Ley N° 27657, de ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud, así como la de sus organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados”, 28 de enero de 2008. En <<http://www.digemid.minsa.gob.pe/normatividad/LEY2765702.HTM>> acceso 16 de abril de 2012.

ANEXO 2. LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

BOLIVIA

Albanella Chavez Turello (comunidad lésbica, Santa Cruz).

Alberto Moscoso (comunidad gay, La Paz).

Frank Arteaga (comunidad gay, Santa Cruz).

Raiza Torriani (comunidad trans, Cochabamba).

Martin Vidaurre (especialista no comunitario, La Paz).

Luz Calderón (especialista no comunitario, La Paz).

COLOMBIA

Marcela Sánchez (comunidadlésbica, Bogotá).
Lina Camacho (comunidadlésbica, Cali).
Consuelo Malatesta (comunidadlésbica, Cali).
Ochy Curiel (comunidadlésbica, Bogotá).
Germán Rincón (comunidad gay, Bogotá).
Jorge Pacheco (comunidad gay, Bogotá).
Pedro Julio Pardo (comunidad trans, Cali).
Charlotte Schneider (comunidad trans, Bogotá).
Diana Navarro (comunidad trans, Bogotá).
Daniel Verástegui (comunidad gay, director de los centros comunitarios TLGB del Distrito de Bogotá).
Yaneth Pinilla (especialista no comunitario, Bogotá).
Manuel González (especialista no comunitario, Bogotá).

ECUADOR

Rashell Erazo (comunidad trans, Quito).
Karem Paz (comunidad trans, Machala).
Ana Almeida (comunidadlésbica, Quito).
Elizabeth Vázquez (comunidadlésbica, Quito).
Sandra Álvarez (comunidadlésbica, Quito).
Orlando Montoya (comunidad gay, Guayaquil).
Efraín Soria (comunidad gay, Quito).
Andrés Buitrón (comunidad gay, Quito).
Amira Herdoiza (especialista no comunitaria, directora ejecutiva Fundación Kimirina, Quito).
Margarita Camacho (especialista no comunitaria, Investigadora sobre diversidad sexual, Quito).

PERÚ

Ruth Ramos (comunidadlésbica, Lima).
Charo Villegas (comunidadlésbica, Lima).
Roland Álvarez (comunidad gay, Lima).
Jorge Sánchez (comunidad gay, Lima).
Manolo Forno (comunidad gay, Lima).
Julio Cesar Cruz (comunidad gay, Lima).
Giovanni Romero Infante (comunida gay, Lima).
Belissa Andía (comunidad trans, Lima).
Gaby Mariño (comunidad trans, Lima).

Patricia Bracamonte (especialista no comunitaria, encargada de Monitoreo de Onusida, Perú).

Alfonso Silva-Santisteban (especialista no comunitario, Investigador sobre VIH/sida, Universidad Cayetano Heredia).

OTROS PAÍSES

Alejandro Guajardo (comunidad gay, director de APROFA, Chile).

Toli Hernández (comunidad lésbica, secretaria andina ILGA, Chile).

Jorge Raíces (comunidad gay, experto en salud mental, Argentina).

ANEXO 3. GUÍAS DE ENTREVISTAS

GUÍA PARA ESPECIALISTAS COMUNITARIOS GAYS Y MUJERES TRANS ENTREVISTA PARA ESPECIALISTAS COMUNITARIOS (GAYS Y TRANS FEMENINOS). PROYECTO CLACSO-CROP: DIVERSIDAD SEXUAL, DISCRIMINACIÓN Y POBREZA EN EL ACCESO A LA SALUD PÚBLICA: DEMANDAS DE LAS COMUNIDADES TLGBI EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ (INSTRUMENTO)

Experiencia personal/experiencia histórica

¿Cómo empezaste a vincularte con el tema de la salud de personas TLGB? ¿Desde cuándo? ¿En qué contexto socio político?

¿Cómo eran percibidas las personas TLGB en ese momento (indique cuando era) dentro del sistema de salud pública? ¿Bajo qué denominación? ¿En qué programas? ¿Relacionadas a que necesidades de salud?

¿Cuáles eran las problemáticas y demandas de los colectivos o del movimiento TLGB en ese momento? ¿Cuáles crees eran las demandas y necesidades en ese momento de las personas TLGB con respecto a la salud? ¿Había un énfasis en VIH o en otros ámbitos?

¿Cómo eran las normativas en ese entonces con respecto a las personas TLGB (específicamente alrededor del VIH? ¿Cuáles eran esas normativas, o cuáles eran sus características? ¿Cómo surge esta normativa, a raíz de la influencia de los líderes o mediante la iniciativa de los funcionarios públicos? ¿Qué factores posibilitaron este proceso?

¿Cómo calificarías la implementación de esta normativa en este proceso histórico? ¿Cuáles fueron los principales problemas o límites en la gestión sobre la salud TLGB (o VIH)?

¿Cómo respondían los activistas organizados y no organizados frente a esta situación en salud?

Normatividad y diseños de políticas públicas

En la actualidad:

- ¿Crees que el contexto normativo general permite generar normas en salud contra la discriminación hacia TLGB o a favor de mejorar la situación en salud de la población TLGB en tu país? ¿Cuáles normas son más útiles para mejorar la situación de las personas TLGB en tu país?
- ¿Cómo percibes el cambio con respecto a la salud lésbica en la normativa del Estado? ¿Ha incorporado los suficientes elementos a favor de la promoción del acceso a la salud de las lesbianas? ¿Cuáles?
- ¿La actual normativa nacional excluye o discrimina a las personas TLGB en relación a la salud pública?
- ¿Cuáles son los principales aciertos? ¿Cuáles son los límites normativos?
- ¿Existe normativa local/regional sobre la salud TLGB? ¿Existe alguna sentencia del TC sobre dicho tema?
- ¿Cuáles son los principales aciertos? ¿Cuáles son los límites normativos?
- ¿Cuáles son los factores para que las normativas/políticas públicas no desarrollen legislación a favor de los TLGB en el ámbito de la salud?
- ¿Qué clase de normativa consideras se necesitan en relación con la salud de personas TLGB?

Gestión (salud pública-discriminación-pobreza)

- ¿Cómo definirías salud pública? ¿Qué elementos consideras importantes en la gestión de la salud pública?
 - ¿Cómo han sido integradas las personas TLGB dentro de la gestión pública en salud en Perú?
 - ¿Crees que la gestión pública en salud hace diferencias entre personas TLGB y personas heterosexuales? ¿En cuales aspectos en particular: acceso, programas, servicios? ¿O la situación es crítica para ambas poblaciones?
 - ¿Cuáles son los principales problemas en salud de la comunidad TLGB dentro de la gestión pública? ¿Qué problemas observas en la gestión de salud en relación con los TLGB?
- Acceso a servicios, confidencialidad, trato, discriminación, ¿cómo crees que todo esto afecta a las personas TLGB? ¿Esto afecta las condiciones de vida/calidad de vida de las personas TLGB? ¿Consideras que esto constituye una forma de pobreza para las personas TLGB?

Generalidades de la Gestión del VIH

- ¿Cuál es el papel de la CONAMUSA? ¿Cómo evaluarías el papel de la CONAMUSA en la salud de la personas TLGB?
- ¿Cuál es el papel jugado por las Rondas del Fondo Mundial?
¿Cómo evaluarías el papel del Fondo Mundial en la salud de la personas TLGB?
- ¿Cuál ha sido el papel de la participación de las comunidades TLGB en la gestión de dicho modelo?
- ¿Cómo evaluarías el diseño de PEN, PER en VIH elaborados en tu país? ¿En qué grado participan las comunidades TLGB?
- La implementación de las políticas públicas sobre VIH/sida, PEN, PER: ¿cómo han funcionado hasta ahora? ¿Cuáles han sido sus límites? ¿Cuáles han sido sus aportes? ¿Cuántos han sido?
- ¿Los grupos organizados TLGB trabajan con el Estado/CONAMUSA/ESTRATEGIA sanitaria de VIH en la gestión de la salud pública en este ámbito? ¿Cómo lo hacen?
- ¿En términos generales, este modelo es efectivo? ¿Qué cosa se puede mejorar?

Procesos de gestión específicos en VIH

- ¿Cómo evaluarías la gestión participativa de los servicios públicos desarrollada por el Estado en el ámbito de la salud TLGB y en particular en el VIH?
- ¿Cómo evaluarías los procesos en el presupuesto participativo desde la salud TLGB en las distintas instancias del Estado? ¿A nivel nacional y regional?
- ¿Cómo evaluarías los mecanismos de gestión de la información pública y transparencia desde la salud TLGB en las distintas instancias del Estado? ¿Cómo evaluarías el sistema de información elaborado por el Estado con respecto a la salud TLGB?
- ¿Los programas de desarrollo nacional o local incluyen el tema de salud, especialmente el de salud TLGB?
- ¿El Estado promueve proceso de vigilancia ciudadana en la gestión de salud? Si es así, ¿cómo ésta se ha llevado a cabo en la salud TLGB?

Acciones y demandas comunitarias

- ¿Cuál es la participación política de la comunidad? ¿Hay una articulación de la comunidad frente al tema? ¿Cuáles son los problemas de la participación política de la comunidad, en especial frente al tema de la salud?

- ¿Cuál es la capacidad de negociación y respuesta de la comunidad frente a la gestión pública de salud? (También hablar sobre su capacidad frente al modelo Fondo Mundial).
- ¿Cómo el movimiento TLGB ha implementado procesos de vigilancia ciudadana en la comunidad TLGB?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en la gestión de los servicios públicos desarrollada por el Estado en el ámbito de la salud TLGB y en particular en el VIH?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en los procesos de presupuesto participativo en el ámbito de salud TLGB en los distintos niveles del Estado? ¿A nivel nacional y regional?
- ¿Cómo evaluarías las acciones del movimiento TLGB en relación con los mecanismos de gestión de la información pública y transparencia en el ámbito de la salud TLGB en tu país?
- ¿Cómo evaluaría las acciones (de incidencia) del movimiento TLGB en los programas de desarrollo nacional o local donde se incluyen el tema de salud (especialmente el de salud TLGB)?
- ¿Cómo evaluarías las acciones del movimiento TLGB dentro de los procesos de vigilancia ciudadana en la gestión de salud, especialmente en otros ámbitos de la salud después del VIH?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en la gestión de la inversión pública en el ámbito de la salud?
- ¿Cuáles crees son las demandas y necesidades de las personas TLGB (especifica según población) con respecto al acceso a la salud pública?

**GUÍA PARA ESPECIALISTAS COMUNITARIAS LESBIANAS
ENTREVISTA PARA ESPECIALISTAS COMUNITARIAS (LESBIANAS)
PROYECTO CLACSO-CROP: DIVERSIDAD SEXUAL, DISCRIMINACIÓN
Y POBREZA EN EL ACCESO A LA SALUD PÚBLICA: DEMANDAS DE LAS
COMUNIDADES TLGBI EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ
(INSTRUMENTO)**

Experiencia personal/experiencia histórica

- ¿Cómo empezaste a vincularte con el tema de la salud de personas lésbicas? ¿Desde cuándo? ¿En qué contexto socio político?
- ¿Cómo eran percibidas las lesbianas en ese momento (indique cuándo era) dentro del sistema de salud pública? ¿Bajo qué denominación? ¿En qué programas? ¿Relacionadas a qué necesidades de salud?
- ¿Cuáles eran las problemáticas y demandas de los colectivos o del movimiento TLGBI en ese momento? ¿Cuáles crees eran las

demandas y necesidades en ese momento de las lesbianas con respecto a la salud?

¿Cómo respondían los activistas organizados y no organizados frente a esta situación en salud?

Normatividad y diseños de políticas públicas

En la actualidad:

¿Crees que el contexto normativo general permite generar normas en salud contra la discriminación hacia TLGB o a favor de mejorar la situación en salud de la población TLGB en tu país? ¿Cuáles normas son más útiles para mejorar la situación de las personas TLGB en tu país?

¿Cómo percibes el cambio con respecto a la salud lésbica en la normativa del Estado? ¿Ha incorporado los suficientes elementos a favor de la promoción del acceso a la salud de las lesbianas? ¿Cuáles?

¿La actual normativa nacional excluye o discrimina a las personas TLGB en relación a la salud pública?

¿Cuáles son los principales aciertos? ¿Cuáles son los límites normativos?

¿Existe normativa local/regional sobre la salud TLGB? ¿Existe alguna sentencia del TC sobre dicho tema?

¿Cuáles son los principales aciertos? ¿Cuáles son los límites normativos?

¿Cuáles son los factores para que las normativas/políticas públicas no desarrollen legislación a favor de los TLGB en el ámbito de la salud?

¿Qué clase de normativa consideras se necesitan en relación con la salud de personas TLGB?

Gestión (salud pública-discriminación-pobreza)

¿Cómo definirías salud pública? ¿Qué elementos consideras importantes en la gestión de la salud pública?

¿Cómo han sido integradas las lesbianas dentro de la gestión pública en salud en tu país?

¿Crees que la gestión pública en salud hace diferencias entre personas TLGB y personas heterosexuales? ¿En cuales aspectos en particular: acceso, programas, servicios? ¿O la situación es crítica para ambas poblaciones?

¿Cuáles son los principales problemas en salud de las lesbianas dentro de la gestión pública? ¿Qué problemas observas en la

gestión de salud en relación con los TLGB? Acceso a servicios, confidencialidad, trato, discriminación, ¿cómo crees que todo esto afecta a las personas TLGB? ¿Esto afecta las condiciones de vida/calidad de vida de las personas TLGB? ¿Consideras que esto constituye una forma de pobreza para las personas TLGB?

Generalidades sobre la gestión

- ¿Cómo evaluarías el papel del MSP en la salud de las lesbianas?
- ¿Cómo evaluarías el papel del Fondo Mundial en la salud de las lesbianas?
- ¿Cuál ha sido el papel de la participación de las comunidades TLGB en la gestión de dicho modelo?

Procesos de gestión específicos en VIH

- ¿Cómo evaluarías la gestión participativa de los servicios públicos desarrollada por el Estado en el ámbito de la salud TLGB y en particular en el VIH?
- ¿Cómo evaluarías los procesos en el presupuesto participativo desde la salud TLGB en las distintas instancias del Estado? ¿A nivel nacional y regional?
- ¿Cómo evaluarías los mecanismos de gestión de la información pública y transparencia desde la salud TLGB en las distintas instancias del Estado? ¿Cómo evaluarías el sistema de información elaborado por el Estado con respecto a la salud TLGB?
- ¿Los programas de desarrollo nacional o local incluyen el tema de salud, especialmente el de salud TLGB?
- ¿El Estado promueve proceso de vigilancia ciudadana en la gestión de salud? Si es así, ¿cómo ésta se ha llevado a cabo en la salud TLGB?

Acciones y demandas comunitarias

- ¿Cuál es la participación política de la comunidad? ¿Hay una articulación de la comunidad frente al tema? ¿Cuáles son los problemas de la participación política de la comunidad, en especial frente al tema de la salud?
- ¿Cuál es la capacidad de negociación y respuesta de la comunidad frente a la gestión pública de salud? (También hablar sobre su capacidad frente al modelo Fondo Mundial.
- ¿Cómo el movimiento TLGB ha implementado procesos de vigilancia ciudadana en la comunidad TLGB?

- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en la gestión de los servicios públicos desarrollada por el Estado en el ámbito de la salud TLGB y en particular en el VIH?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en los procesos de presupuesto participativo en el ámbito de salud TLGB en los distintos niveles del Estado? ¿A nivel nacional y regional?
- ¿Cómo evaluarías las acciones del movimiento TLGB en relación con los mecanismos de gestión de la información pública y transparencia en el ámbito de la salud TLGB en tu país?
- ¿Cómo evaluaría las acciones (de incidencia) del movimiento TLGB en los programas de desarrollo nacional o local donde se incluyen el tema de salud (especialmente el de salud TLGB)?
- ¿Cómo evaluarías las acciones del movimiento TLGB dentro de los procesos de vigilancia ciudadana en la gestión de salud, especialmente en otros ámbitos de la salud después del VIH?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en la gestión de la inversión pública en el ámbito de la salud?
- ¿Cuáles crees son las demandas y necesidades de las personas TLGB (especifica según población) con respecto al acceso a la salud pública?

GUÍA PARA ESPECIALISTAS NO COMUNITARIOS Y/O FUNCIONARIOS PÚBLICOS. ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS/AS PÚBLICOS Y/O ESPECIALISTAS NO COMUNITARIOS. PROYECTO CLACSO-CROP: DIVERSIDAD SEXUAL, DISCRIMINACIÓN Y POBREZA EN EL ACCESO A LA SALUD PÚBLICA: DEMANDAS DE LAS COMUNIDADES TLGBI EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ (INSTRUMENTO)

Experiencia histórica

Antes:

- ¿Cómo eran percibidas las personas TLGB en ese momento (indique cuando era) dentro del sistema de salud pública? ¿Bajo qué denominación? ¿En qué programas? ¿Relacionadas a que necesidades de salud?
- ¿Cómo eran las normativas en ese entonces con respecto a las personas TLGB (específicamente alrededor del VIH? ¿Cuáles eran esas normativas, o cuáles eran sus características? ¿Cómo surge esta normativa, a raíz de la influencia de los líderes o mediante la iniciativa de los funcionarios públicos? ¿Qué factores posibilitaron este proceso?

¿Cómo calificarías la implementación de esta normativa en este proceso histórico? ¿Cuáles fueron los principales problemas o límites en la gestión sobre la salud TLGB (o VIH)?

Normatividad y diseños de políticas públicas

En la actualidad:

¿Crees que el contexto normativo general permite generar normas en salud contra la discriminación hacia TLGB o a favor de mejorar la situación en salud de la población TLGB en tu país? ¿Cuáles normas son más útiles para mejorar la situación de las personas TLGB en tu país?

¿Cómo percibes el cambio con respecto a la salud TLGB o VIH en la normativa del Estado? ¿Ha incorporado los suficientes elementos a favor de la promoción del acceso a la salud de las personas TLGB? ¿Cuáles?

¿Cuáles son los principales aciertos? ¿Cuáles son los límites normativos?

¿Existe normativa local/regional sobre la salud TLGB? ¿Existe alguna sentencia del TC sobre dicho tema?

¿Cuáles son los principales aciertos? ¿Cuáles son los límites normativos?

¿Cuáles son los factores para que las normativas/políticas públicas no desarrollen legislación a favor de los TLGB en el ámbito de la salud?

Gestión (salud pública-discriminación-pobreza)

¿Cómo definirías salud pública? ¿Qué elementos consideras importantes en la gestión de la salud pública?

¿Cómo han sido integradas las personas TLGB dentro de la gestión pública en salud en tu país?

¿Crees que la gestión pública en salud hace diferencias entre personas TLGB y personas heterosexuales? ¿En cuáles aspectos en particular: acceso, programas, servicios? ¿O la situación es crítica para ambas poblaciones?

¿Cuáles son los principales problemas en salud de la comunidad TLGB dentro de la gestión pública? ¿Qué problemas observas en la gestión de salud en relación con los TLGB? Acceso a servicios, confidencialidad, trato, discriminación, ¿cómo crees que todo esto afecta a las personas TLGB? ¿Esto afecta las condiciones de vida/calidad de vida de las personas TLGB? ¿Consideras que esto constituye una forma de pobreza para las personas TLGB?

Generalidades de la Gestión del VIH

¿Cuál es el papel del MSP? ¿Cómo evaluarías el papel del MSP en la salud de la personas TLGB?

¿Cuál es el papel jugado por las Rondas del Fondo Mundial?
¿Cómo evaluarías el papel del Fondo Mundial en la salud de la personas TLGB?

¿Cuál ha sido el papel de la participación de las comunidades TLGB en la gestión de dicho modelo?

¿Cómo evaluarías el diseño de PEN, PER en VIH elaborados en tu país? ¿Es participativa, en qué grado participan las comunidades TLGB?

La implementación de las políticas públicas sobre VIH/sida, PEN, PER: ¿cómo han funcionado hasta ahora? ¿Cuáles han sido sus límites? ¿Cuáles han sido sus aportes? ¿Cuántos han sido?

¿Los grupos organizados TLGB trabajan con el Estado/MSP/ ESTRATEGIA sanitaria de VIH en la gestión de la salud pública en este ámbito? ¿Cómo lo hacen?

¿En términos generales, este modelo es efectivo? ¿Qué cosa se puede mejorar?

Procesos de gestión específicos en VIH

¿Cómo evaluarías la gestión participativa de los servicios públicos desarrollada por el Estado en el ámbito de la salud TLGB y en particular en el VIH?

¿Cómo evaluarías los procesos en el presupuesto participativo desde la salud TLGB en las distintas instancias del Estado? ¿A nivel nacional y regional?

¿Cómo evaluarías los mecanismos de gestión de la información pública y transparencia desde la salud TLGB en las distintas instancias del Estado? ¿Cómo evaluarías el sistema de información elaborado por el Estado con respecto a la salud TLGB?

¿Los programas de desarrollo nacional o local incluyen el tema de salud, especialmente el de salud TLGB? ¿El Estado promueve proceso de vigilancia ciudadana en la gestión de salud? Si es así, ¿cómo ésta se ha llevado a cabo en la salud TLGB?

Acciones y demandas comunitarias

¿Cuál es la capacidad de negociación y respuesta de la comunidad frente a la gestión pública de salud? (También hablar sobre su capacidad frente al modelo Fondo Mundial).

- ¿Cómo el movimiento TLGB ha implementado procesos de vigilancia ciudadana en la comunidad TLGB?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en la gestión de los servicios públicos desarrollada por el Estado en el ámbito de la salud TLGB y en particular en el VIH?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en los procesos de presupuesto participativo en el ámbito de salud TLGB en los distintos niveles del Estado? ¿A nivel nacional y regional?
- ¿Cómo evaluarías las acciones del movimiento TLGB en relación con los mecanismos de gestión de la información pública y transparencia en el ámbito de la salud TLGB en tu país?
- ¿Cómo evaluaría las acciones (de incidencia) del movimiento TLGB en los programas de desarrollo nacional o local donde se incluyen el tema de salud (especialmente el de salud TLGB)?
- ¿Cómo evaluarías las acciones del movimiento TLGB dentro de los procesos de vigilancia ciudadana en la gestión de salud, especialmente en otros ámbitos de la salud después del VIH?
- ¿Cómo evaluarías la participación del movimiento TLGB en la gestión de la inversión pública en el ámbito de la salud?

