

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Estudios Sociales y Globales

Doctorado en Estudios Culturales Latinoamericanos

La salud imperfecta. Cuerpos y subjetividades en la medicina peruana: las personas TLGBI frente a la salud pública, la discriminación y la pobreza en el contexto andino (1990-2010)

Martin Jaime

Quito, 2016



CLAUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACION DE TESIS

Yo, Martin Jaime Ballero, autor de la tesis intitulada La salud imperfecta. Cuerpos y subjetividades en la medicina peruana: las personas TLGBI frente a la salud pública, la discriminación y la pobreza en el contexto andino (1990- 2010), mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de doctor en Estudios Culturales Latinoamericanos en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

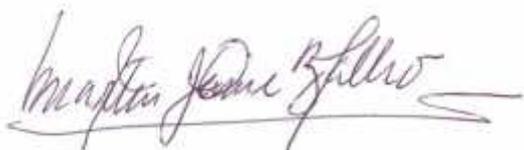
1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.

2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha: 26 de abril de 2016

Firma:

A handwritten signature in black ink, reading "Martin Jaime Ballero", with a horizontal line underneath.

Área de Estudios Sociales y Globales

Doctorado de Estudios Culturales Latinoamericanos

La salud imperfecta.

**Cuerpos y subjetividades en la medicina peruana: las personas TLGBI
frente a la salud pública, la discriminación y la pobreza en el contexto andino
(1990- 2010)**

Autor: Martín Jaime

Directora: Rita Segato

Lima, 2016

Resumen

Esta tesis realiza una investigación que gira en torno al estudio de la construcción de formas concretas de subjetividad dentro de las personas TLGBI (trans, lesbianas, gays y bisexuales, intersexuales) de Perú, en el contexto de la región andina, en relación con el discurso médico sobre el cuerpo/subjetividad, la sexualidad y el proceso enfermedad-salud de dichas personas, a partir del análisis de las políticas públicas de salud y de las percepciones de los y las activistas de dicha comunidad. Por ello, indaga sobre las estrategias discursivas de dominación y resistencia elaboradas desde este discurso mediante la reproducción de la pobreza y la discriminación. Centrado en el cuerpo, y sus distintas formas de enunciación, este trabajo busca identificar cómo el discurso médico ha impreso una cartografía de dominación y resistencia. Esta investigación analiza mediante una metodología cualitativa, basada en revisión documental y entrevistas a profundidad, las características y dinámicas de la exclusión de las personas TLGBI dentro de los sistemas públicos de salud en Perú desde el 1990 hasta el 2010 en el contexto de la región andina. Por tanto, privilegia una mirada comparativa con las realidades vividas en Bolivia Colombia y Ecuador. El primer análisis estudió la normativa general y la referida a salud. El segundo nivel estudió la gestión de la salud pública con respecto a las personas TLGBI, sobre todo el modelo de gestión en las intervenciones sobre VIH/sida, las cuales tienen como característica principal un visión sanitarista y epidemiológica en detrimento de una atención integral. El tercer nivel dialogó con las demandas de las personas TLGBI con respecto al ejercicio de sus derechos, principalmente los referidos a salud.

A partir de un debate entre el postestructuralismo y la perspectiva decolonial, este trabajo se propone una lectura de la posición del sujeto sexual desde una interpretación que une el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad. En esa misma línea, se evidencia que la construcción de las corposubjetividades TLGBI se ha basado en un silenciamiento producto de la heteronormatividad. Esta relación, cuyo horizonte político se estructura entre la privatización de lo público y la politización de la intimidad, ha estado en los países andinos desde su fundación hasta la actualidad, expresada entre la prohibición y la inclusión/exclusión de las prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas. En la normativa se privilegia como sujeto a las personas gay y lesbianas en detrimento de las personas trans. En este sentido, el sujeto gay, desde el imaginario social, concurre con mayores privilegios debido a la posición masculina.

Si tenemos en cuenta la escasa normativa en múltiples aspectos de la salud, no es casual la predilección por las normas sobre VIH (a pesar de la clara invisibilización), ya que estas reproducen dos situaciones. Primero, definen el proceso salud enfermedad como una necesidad social, que permite insistir en el significante de la patologización. Segundo, es el escenario ideal para prescribir una “práctica sexual salubre” donde se puede volver al registro de la sexualización.

De esta manera, se identifican tanto los dispositivos de control y dispositivos de goce. En el primer grupo se ubican tres. El primero está referido a la reproducción de la separación entre lo público y lo íntimo en favor del orden sexual (que constituye un régimen privado de la subjetividad en el orden de lo sexual), estableciendo la imposibilidad de politizar las demandas. El segundo está definido por la mantención de un ideal de cuerpo continuo, instalado en el destino biológico que mira la subjetividad como espejo de una serie de variables cifradas en la dualidad salud/enfermedad que reafirma que el ser humano únicamente es un conjunto de variables biomédicas. El tercero consiste en establecer un sentido de la ley como simple instrumento de repetición. El discurso médico ha constituido un sentido de ley con base en la ley científica, que pretende ser universal e inmodificable, lo cual promueve una visión hegemónica de cómo llevar a cabo la vida, muchas veces incluso en detrimento de la propia orientación sexual e identidad de género. En el segundo grupo, se puede encontrar, 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”. Y finalmente, 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 ley.

TLGBI; Salud pública; Discurso médico, Pobreza, Activismo TLGBI, Perú

Agradezco a la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador, por haberme concedido una beca de estudio para los estudios doctorales. Además, 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. De manera especial a Rita Segato, mi directora de tesis, quien apoyo este proceso de creación. A Edgar vega quien gracias a sus comentarios me permitió profundizar en el vínculo entre los casos estudiados y el trabajo conceptual. Sin duda, esta tesis no hubiera sido posible sin la comunidad de diálogo presente en el programa doctoral de Estudios Culturales Latinoamericanos, construido por el trabajo de Catherine Walsh. Por último, agradezco la colaboración de Arón Nunez-Curto, Katherine de la Cruz, Luis Bejarano, Karina Yakushi y Pilar Vidal, quienes me apoyaron en diversos momentos de este proceso. Por último, a Christian Zea por haber compartido conmigo su afecto, respeto y amor durante la construcción de nuestro proyecto afectivo de vida.

Índice

Introducción	9
1. (Re) creando la situación analítica	19
2. Bosquejos metodológicos en la investigación	24
Capítulo uno	36
Discursos médicos, estrategias políticas y corposubjetividades en las personas TLGBI en la matriz colonial.....	36
1.1. Ley, discursos y corposubjetividad en contextos coloniales.....	42
1.2. El Discurso médico y la construcción del otro cuerpo (sexual).....	53
Capítulo dos.....	78
Normativa en salud sobre personas TLGBI en el Perú en el contexto andino	78
2.1. Los primeros avances en la normativa: aparición de la subjetividad TLGBI	78
2.1.1 Discursos y mecanismos constitucionales en la región andina.....	80
2.1.2. Políticas sobre derechos humanos y leyes antidiscriminación	93
2.1.3. Otros ámbitos normativos de la situación TLGBI	110
2.2. Normatividad, salud y personas TLGBI: un balance del discurso de la salud pública	117
2.3. Normas sobre salud y personas TLGBI	130
2.4 Normas en VIH/sida (referidas las personas TLGBI).....	137
2.5. Normatividad y representaciones de las corposubjetividades de las personas TLGBI	149
Capítulo tres	164
Gestión y realidad en salud: un acercamiento a la pobreza y discriminación en la comunidad TLGBI en el Perú y la región andina.....	164
3.1 Acercamientos a la realidad desde la problemática TLGBI en el Perú y la región andina	170
3.2 Escenarios en salud para las personas TLGBI: reformas y modelos de gestión en la salud pública.....	193
3.3. Salubridad pública y pobreza desde la problemática en salud de las personas TLGBI..	206
3.4. La gestión del VIH/sida en relación con las personas TLGBI en el Perú y la región andina	211
3.4.1. Instancias nacionales de gestión y coordinación multisectorial: responsabilidades y funcionamiento.....	230
3.4.2. Planes estratégicos nacionales VIH/sida e ITS	233
3.4.3 Gestión de la prevención	239
3.4.4. Gestión de la atención y el tratamiento	241

3.5 Pobreza, salud y heteronormatividad: el gusto social heteronormativo y la gestión en salud TLGBI.....	246
Capítulo cuatro	253
Salud, pobreza y discriminación: Demandas y reacciones del movimiento TLGBI en la región andina	253
4.1. Gusto social heteronormativo, salud y estilos de reacciones desde lo TLGBI	256
4.2. Politizando la intimidad en el movimiento TLGBI: entre lo público y lo privado.....	265
4.3. La fragmentación del cuerpo: Salud, pobreza y demandas corporales	279
4.4. Ley, usos del lenguaje y demandas TLGBI.....	290
4.5. Lo erótico en lo político.....	297
Capítulo quinto	304
Algunas consideraciones finales	304
Bibliografía	307
Anexos.....	330
Anexo 1: Listado de documentos analizados.....	330
Anexo 2: Listado de activistas de Perú.....	338
Anexo 3: Listado de activistas de otros países de la comunidad andina	339
Anexo 4. Guías de entrevistas.....	341
Guía para activistas gays y mujeres trans	341
Guía para activistas lesbianas y trans masculinos	344

Introducción

Hasta el año 2013, la situación de los derechos humanos de las personas trans¹, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales (TLGBI)² ha revelado diversos aspectos específicos a partir de los cuales el estigma y la discriminación se han seguido reproduciendo dentro de las sociedades andinas, de manera especial en el Perú. Principalmente, los discursos y las acciones de dichos estados han configurado un espacio propicio para la instalación y reproducción de la vulnerabilidad de 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 TLGBI.

De esta manera, la presente investigación gira en torno al estudio de la construcción de formas concretas de subjetividad dentro de las personas TLGBI (trans, lesbianas, gays y bisexuales, intersexuales) de la ciudad de Lima en relación con el discurso médico sobre el cuerpo/subjetividad, la sexualidad y el proceso enfermedad-salud de dichas personas, a partir del análisis de las políticas públicas de salud y de las percepciones de los y las activistas de dicha comunidad. Por ello, indaga sobre las estrategias discursivas de dominación elaboradas desde este discurso mediante la reproducción de la pobreza y la discriminación. Centrado en el cuerpo, y sus distintas formas de enunciación, este trabajo busca identificar cómo el discurso médico ha impreso una cartografía de dominación y resistencia. Esta investigación analiza las características y dinámicas de la exclusión de las personas TLGBI dentro de los sistemas públicos de salud en Perú desde el 1990 hasta el 2010 en el contexto de la región andina. Se concentra en la incorporación de la orientación sexual y la identidad de género en las políticas públicas de salud, así como su vinculación con políticas antidiscriminación creadas e implementadas para combatir la exclusión de los servicios públicos de salud.

¹ El término trans en esta investigación hace referencia a las personas travestis, transgéneros y transexuales masculinas y femeninas. Cabe mencionar que si bien en el activismo y la academia en el Perú se utiliza el término trans para designar estos tres grupos, es importante resaltar que de ninguna manera lo convierte en un sujeto uniforme. En ese sentido existe una interacción compleja entre las diversas maneras de ser trans.

² De igual manera que en el caso trans, las identidades gays, lesbianas bisexuales e intersex tampoco son categorías rígidas en cuanto a que se construyen desde la cotidianidad, el activismo y/o la academia.

Una primera consideración está referida al uso del acrónimo TLGBI, el cual asumí a partir de mi experiencia como activista gay en la Red Peruana TLGB, espacio conformado por organizaciones y colectivos de la diversidad sexual. Al momento de su creación, en el 2000, este espacio fue pensado para facilitar la toma de acuerdos en consenso que permitieran construir una plataforma mínima alrededor de la cual se articularan esfuerzos comunes. Si bien el primer nombre del espacio fue Red Peruana GLBT, posteriormente se acordó en consenso el orden actual del acrónimo que respondía a la propuesta de que este espacio reivindique a los colectivos que históricamente han sido más discriminados por la sociedad. Por ello, el acrónimo inicia con la letra “T”, continúa con la “L” (debido a que las lesbianas son un grupo invisibilizado), le sigue la “G” y culmina con la “B”. A pesar de que en el Perú no existen grupos que reivindiquen la agenda intersex, incorporo en el acrónimo la letra “I” con el objetivo de visibilizar la problemática de dicha población. El movimiento TLGBI no es un colectivo unificado, sino una plataforma en la cual confluyen diversas prácticas y posturas políticas. Por ejemplo, desde el movimiento trans existen diversas perspectivas, unas que privilegian el acercamiento biomédico en la construcción de su identidad, otras que definen estándares sobre lo que realmente es ser trans, y también existen posturas más cercanas a un transfeminismo. Ocurre lo mismo en el movimiento lésbico y gay³.

Una segunda consideración a tener en cuenta es que la presente investigación se enfoca en el estudio de la relación entre personas TLGBI y sistemas de salud en el Perú desde el contexto andino, con la finalidad de comparar las dinámicas particulares que se presentan en países que comparten procesos históricos y políticos similares, en tanto se asume que el lugar que le ha tocado al cuerpo TLGBI es producto de un conjunto de relaciones geopolíticas, que permiten entenderlo a partir de la conformación de la cartografía andina.

Así pues, se compara la situación del Perú con la que se presenta en Bolivia, Ecuador y Colombia, dado que estos cuatro países forman parte de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y originalmente se quiso explorar la existencia de mecanismos regionales comunes en relación con el tema de investigación. Sin embargo, en el desarrollo de la misma se advirtió que no existían tales mecanismos, y por tanto se decidió analizar el caso peruano desde una comparación con los otros países que

³ Actualmente no existen en el Perú organizaciones que representen agendas específicamente bisexuales e intersex.

conforman la CAN. Por tanto, cuando se hace referencia a lo andino en esta tesis, debe entenderse como referido a la pertenencia al Sistema Andino de Integración (SAI).

A partir de estas consideraciones, la investigación centra su atención, en primer lugar, en los discursos elaborados y las acciones implementadas en el Perú en lo que respecta a la inclusión/exclusión de las comunidades TLGBI en las políticas públicas de salud. Se analizan, para este fin, las normas y acciones (programas, planes y estrategias sanitarias) implementadas por el Ministerio de Salud del Perú entre 1990 y 2010. Específicamente estudiaremos las políticas iniciales referidas al VIH/sida y otras políticas referidas a la salud de las personas TLGBI, implementadas en los últimos años, haciendo énfasis en los campos más significativos. Tomaremos en cuenta la normativa del sistema de seguridad social, en aquello que concierne a la salud.

En segundo lugar, este trabajo identifica las demandas de la población TLGBI en Lima sobre el derecho al acceso a la salud. Por ello, esta investigación sistematiza las demandas de dicha comunidad frente a la problemática de la salud, identificando las siguientes condiciones características: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Estas demandas serán recogidas mediante el diálogo con las y los activistas TLGBI de Lima y la revisión de la bibliografía existente al respecto.

La situación de las personas TLGBI en torno al ejercicio del derecho a la salud y al acceso a servicios de salud de calidad, en Perú, es un ámbito que revela una serie de dinámicas. Si tenemos en cuenta que la principal estrategia de “inclusión social” dirigida a las personas TLGBI fueron las políticas de salud, esto permite reflexionar sobre las limitadas condiciones de la ciudadanía de esta comunidad. Nuestro análisis de la incorporación de la orientación sexual y la identidad de género se desarrolla realizando la genealogía del discurso de la salud pública, principalmente, desde la aparición de la epidemia del VIH/sida hasta la creación de programas relacionados con la población TLGBI y la participación de otros discursos que limitan el acceso a servicios de salud, como el pastoral. Las políticas que combaten la epidemia del VIH/sida tienen suma importancia dentro de nuestro problema de investigación ya que ellas son las principales estrategias para abordar la problemática TLGBI en el Perú. Estas sirven para establecer un modelo de intervención, el cual no es integral. En este sentido, es importante analizar la calidad de los servicios a partir de los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Además, esta estrategia está focalizada solo en salud sexual, lo cual invisibiliza las causas estructurales de la discriminación y exclusión. Por ello, 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 estrategias de enfoque salubrista han reducido las demandas en salud de las personas TLGBI solo al VIH, y concentrándose en población trans, gay o bisexual varones (HSH, en el discurso de salud pública) excluyendo a las mujeres lesbianas, los trans masculinos y las personas intersexuales. En ese sentido, problematiza las condiciones de la “inclusión” y desde luego, el mismo concepto de salud pública desde la perspectiva TLGBI.

La discriminación y la exclusión generadas por el discurso médico, junto al surgimiento de algunas políticas que abordan la problemática, dentro de los sistemas públicos de salud, expresan una dinámica en la que 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 de salud. En este sentido, la discriminación y la exclusión generan pobreza basada en la heteronormatividad. Por ello, 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. Estas preguntas de investigación serán resueltas a partir de testimonios de los y las activistas TLGBI peruanos y la revisión bibliográfica.

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 el Perú existen algunas normas (locales), políticas 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 del Ministerio de Salud. Esta situación se replica en otros países de la región andina.

En términos generales, la poca 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 dicha situación en cada una de

las identidades del acrónimo. Por ejemplo, en el caso de las mujeres lesbianas, trans masculinos 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, ya que configura una de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza.

La situación de las personas TLGBI 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. Es importante resaltar que estas dinámicas no encuentran respuestas sólo en el estudio de una narrativa nacional, sino que deben ser analizadas como procesos estructurales insertas dentro de las relaciones moderno-coloniales. Por ello, este trabajo lee los acontecimientos ocurridos en el Perú como un proceso regional. Considero que este tipo de lectura nos permite observar la constitución de una matriz colonial en relación a la corporalidad y la subjetividad de una manera más adecuada. De este modo, aunque esta investigación está referida al Perú, dialoga también con otras narrativas dentro de la región andina con el fin de visibilizar la complejidad de la demanda política de la comunidad TLGBI.

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 qué (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. Comparativamente, el Perú, dentro de la región andina, presenta el nivel más bajo con respecto al diseño e implementación de normas y políticas referidas a la

promoción de los derechos de las personas TLGBI. La salud no es una excepción. Es importante decir que se entiende la problemática de la salud como un síntoma de la situación de las personas TLGBI en la sociedad peruana y andina a partir del estudio de los discursos salubristas de cada estado.

Las personas TLGBI aún son concebidas como sujetos de control dentro de la normativa analizada. Aunque esta actitud ha cambiado, persisten una serie de estrategias que no transforman esta concepción. Una de las expresiones de esta situación 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, en la región andina, 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 y, además, la presencia de una alta percepción de insensibilidad por parte del personal de salud (Hernández 2011, 32-48; Galarreta 2005; Vergara 2011). 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 2011).

Paralelamente, si bien la población gay y trans femenina recibe algunos servicios específicos, su implementación no está ni cerca de poseer los estándares demandados de calidad. En relación con la población trans femenina, 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. Entre las consecuencias de este hecho encontramos el uso de sustancias ilegales y hormonas sin prescripción que afectan seriamente su propia salud.

Frente a este escenario, 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 de 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 Perú 2010, 213). Comparativamente, 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 Protección Social Colombia 2011, 31). Por otro lado, en Bolivia, el *Estudio sobre sexualidad masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO)* indica que en Santa Cruz es de 5%, en Cochabamba es de 10,2%, y en La Paz/El Alto es de 9,6% (Ministerio de Salud Bolivia 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 segunda instancia pública donde ocurrían más casos de discriminación después de la Policía Nacional (Jaime 2010a, 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 (Asociación Libertad LGBT 2010, 43). En otros países de la región, se han realizado diversas investigaciones cualitativas en las que 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/as. 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 2010a, 113-118; Velarde 2011, 37-125; Salazar y otros 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.

Resulta evidente que estas condiciones donde el discurso médico determina las posibilidades del ejercicio al derecho a la salud tienen consecuencias para la subjetividad de las personas TLGBI y configuran algunas de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza. También, y a la misma vez, las posibilidades del goce de sus demandas. 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 vital comprender que las relaciones sociales se encuentran insertas en procesos materiales de producción de sentido. ¿Por qué se estudian las relaciones? Lo hago con el fin de visibilizar el hecho de que tanto los discursos como las personas son resultados de relaciones de poder construidas a partir de la distribución de los bienes, sean económicos, raciales, sexuales y culturales, que configura estrategias de acceso, injustas y/o justas, al goce de las demandas⁴. Es decir, configuran riqueza o pobreza. El goce de la demanda es una perspectiva que concibe un acercamiento de la demanda desde el goce, siempre más allá del placer, como un dispositivo que se ubica justamente en la capacidad de asumir de manera política aquello deshumanizado y abyecto por el discurso hegemónico a través de sus dispositivos de control.

También lo hago 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 posicionan 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 de control y de goce 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

⁴ Es importante resalta el uso dado en esta investigación a la frase *gocce 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.

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, en particular Bolivia, Ecuador y Colombia. 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.

¿Cómo se construyen estas relaciones de redistribución? ¿Cómo 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 del sistema público 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, me pregunto cuáles son las causas y las características de la exclusión y la discriminación de las personas TLGBI con respecto al derecho a la salud y, además, cuáles son las relaciones entre discriminación, clase y 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 en el Perú, se conforma la pobreza y vulnerabilidad en las comunidades TLGBI a partir de los procesos de exclusión y discriminación, los cuales son construidos desde la heteronormatividad. Específicamente, la pregunta principal indaga acerca de cómo el discurso médico sobre el cuerpo/subjetividad, la sexualidad y el proceso salud-enfermedad han construido formas concretas de subjetividad en personas TLGBI mediante la implementación del componente de orientación sexual y/o identidad de género en su normativa y ejecución desde el año 1990 hasta 2010. En ese sentido, también se indaga sobre cómo estas

formas concretas de subjetividad han conformado, a través de la articulación de sus demandas, otras propuestas frente a este modelo.

Nos concentramos en la incorporación de la orientación sexual y la identidad de género en las políticas públicas de salud de Perú, y también en las políticas antidiscriminación creadas e implementadas para combatir la exclusión de los servicios públicos de salud. Asimismo, este trabajo aborda las percepciones de los y las activistas sobre la pobreza de las personas TLGBI y las implicancias que tienen en su vida, y sobre todo cómo la pobreza afecta la salud desde las narrativas de las corposubjetividades TLGBI. De esta manera, se analizan tres niveles: el normativo, la gestión pública en salud, y las demandas de las y los líderes comunitarios.

La mirada comparativa centra su atención, además, en los discursos elaborados y las acciones implementadas en relación a 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 el Perú, no dejando de ver algunas particularidades dentro de la región. 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.

Así pues, se analizan en primer lugar las políticas referidas al VIH y sida, y en segundo 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.

Dentro de nuestra investigación tienen suma significancia las políticas para combatir la epidemia del VIH y sida, puesto que en ellas radican las principales estrategias para abordar la problemática TLGBI en el Perú. Estas políticas han establecido un modelo de intervención que no es integral, debido a que se focaliza sólo en salud sexual, lo que invisibiliza las causas estructurales de la discriminación y exclusión. Así pues, aquellas dimensiones con respecto a otras demandas en salud, y que han sido limitadas por las políticas sobre VIH y sida, son revisadas en esta investigación. De allí que sea importante mirarlas 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.

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. Estos aspectos parten de lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), en su Observación General 14. Básicamente este nivel está referido a los servicios brindados en relación con el VIH y sida, por el estado peruano.

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 el Perú, en continuo diálogo con otros activismos regionales, 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.

1. (Re) creando la situación analítica

Una manera de acercarse a la problemática de la comunidad TLGBI es plantear cómo se ha abordado el tema de la salud TLBGI en Perú y América Latina. El análisis bibliográfico 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 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, algunos han sido resultado de procesos de consulta y trabajo colectivo entre activistas locales, basados en entrevistas y registro de casos de vulneración de derechos. También hay informes cuyas metodologías fueron una mezcla entre lo cuantitativo y cualitativo, 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 TLGBI 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 estadístico 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 TLGBI.

En relación al tema de salud, los estudios vinculados a la población TLGBI han sido sobre todo orientados mayoritariamente hacia el VIH y sida. En menor medida, y de manera aislada, el levantamiento de información ha sido sobre demandas en salud sexual y mental, sobre 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 y sida tienen enfoques epidemiológicos y epidemiológico-sociales, enfocados principalmente a la prevención del “contagio” y 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, 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 y 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 y sida, además de que las personas trans femeninas quedan invisibilizadas bajo la categoría HSH, la cual nombra a una población de acuerdo al sexo biológico, no a la identidad de género. Se podría decir que existe una concepción androcéntrica que sustenta las categorías y el enfoque de las investigaciones en VIH.

En este sentido, se puede identificar vacíos importantes en la producción de conocimiento sobre salud TLGBI, que permite proponer 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/as 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, lo 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 y sida y los derechos sexuales han sido los campos desde donde se ha hablado de los sujetos TLGBI. Esta constatación se toma por sentada, 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 intersexuales.

Es importante mencionar que la justificación para la ausencia de aquellos sujetos ha estado marcada por las categorías de “visibilidad” y “no visibilidad” de los mismos (que se plasmaría en su presencia social más o menos definida en el espacio público), lo cual hace difícil su contacto, pues no se discute 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, quienes indican 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”, un ideal normativo de convivencia social e igualdad que 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 dissociado 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.

En muchos 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 al 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, pero no se han encontrado estudios y artículos propiamente médicos 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 de la transmisión 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 han sido enfocados en hombres gay. Pese a esta limitación, 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.

2. Bosquejos metodológicos en 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 mencionado, 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 los y las activistas TLGBI, como una manera de legitimar su condición de productoras de conocimiento. La presente investigación intenta contribuir en esta segunda línea.

No cabe duda que al haber tomado esta opción se encuentra 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 peruano TLGBI, teniendo en cuenta los límites de tiempo y recursos económicos. Sin embargo, he mantenido en el acrónimo la letra “T” debido a que considero que a pesar de ello es importante visibilizar al menos lo sintomático de su ausencia. Esta decisión me 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. Todo ello desde el análisis de las cartografías de la corposubjetividad de dicha comunidad. Para recoger la información que dé cuenta de ambas perspectivas, he utilizado las siguientes técnicas: la revisión documental y bibliográfica, dirigida a recolectar investigaciones previas sobre el tema, la normativa existente e información producida por el Ministerio de Salud del Perú; y las entrevistas a informantes clave, dirigidas a recoger las percepciones y demandas con respecto al ejercicio del derecho a la salud.

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 el Perú y los otros países andinos. El segundo nivel está integrado por los y las líderes del movimiento TLGBI. 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). La muestra poblacional está conformada por 20 activistas de Perú (Anexo 2), más un grupo de activistas provenientes de los otros países de la comunidad andina (Anexo 3). Dentro de este grupo se ha segmentado la muestra por grupos comunitarios, es decir gays, lesbianas y trans.

La metodología propuesta planteó el uso de la revisión documental y la entrevista semiestructurada como técnicas de investigación. 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. La segunda técnica empleada fue la entrevista semiestructurada, cuyas guías fueron elaboradas en 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) en base en las necesidades de la propia búsqueda y levantamiento de información (Anexo 4). Estas guías fueron validadas en Lima, es decir, el borrador del instrumento (entrevista) fue sometido a prueba con activistas para saber si éste daba cuenta de las demandas metodológicas.

La información recogida mediante entrevistas, revisión bibliográfica y documental se analiza básicamente desde cuatro perspectivas. Estas cuatro perspectivas están relacionadas en tanto cada una de ellas analiza un aspecto particular sobre cómo el discurso médico constituye formas concretas de corporalidad/subjetividad.

La primera perspectiva es el enfoque ecosocial, el cual analiza el fenómeno de la salud desde una mirada crítica a las teorías de estilos de vida que presuponen que las personas son responsables por sus procesos de enfermedad-salud. Este enfoque está dirigido a integrar los determinantes económicos y políticos, incluyendo las barreras estructurales que impiden que la gente viva de forma saludable, y reproducen la desigualdad social en aspectos relacionados a la salud. La premisa que orienta esta

perspectiva es que los individuos no pueden modificar sus estilos de vida si no cambian las condiciones sociales que determinan dicho comportamiento (Velasco 2009).

En este sentido, las contribuciones de Nancy Krieger son importantes (Krieger 1994, 887-903; Krieger 2001, 668-677; Krieger y Smith 2004, 92-103), en particular el uso que hace de la categoría de *embodiment*, "...a concept referring to how we literally incorporate, biologically, the material and social world in which we live [...] a corollary is that no aspect of our biology can be understood absent knowledge of history and individual and societal ways of living"⁵ (Krieger 2001, 670). Así, de acuerdo a la teoría ecosocial, las patologías que aquejan al individuo están condicionadas por factores derivados de la estructura social (el orden social sobre el poder y la propiedad, los patrones de producción, consumo y reproducción, etcétera), la biología e historia del individuo, y el medio ambiente (exposición a sustancias tóxicas).

El modelo ecosocial para analizar los problemas de salud busca estudiar el conjunto de causas internas incorporadas en la biología de los seres humanos producidas por las influencias económicas, sociales y culturales a lo largo de la historia. De esta forma, Nancy Krieger afirma que toda epidemiología tiene un carácter social, puesto que los individuos son al mismo tiempo organismos sociales y organismos biológicos, a partir de los cual se pregunta si acaso existe algún proceso biológico que se exprese apartado del contexto social (Krieger 2001).

A partir de esta primera perspectiva, que sirve para definir tanto la problemática de la salud y el campo donde se desenvuelve la gestión en salud de las personas TLGBI, es importante recurrir a una segunda perspectiva, la del análisis del discurso, la cual permite identificar y analizar los principales significantes de la gestión en salud, construidos dentro de las *formas concretas de subjetividad* de las personas TLGBI de la ciudad de Lima por el discurso médico, a partir de la historia de la gubernamentalidad.

Para ello, el análisis del discurso estudia de manera contrastante dos grandes sentidos. Por un lado, la narrativa hegemónica sobre las subjetividades, elaborada por la institución médica, y el papel que juega dentro del contexto nacional peruano, señalando sus fundamentos y características. Por otro lado, los significantes de los discursos elaborados por los y las activistas TLGBI de la ciudad de Lima frente a los discursos médicos en el Perú. En particular, este trabajo hace énfasis en la manera cómo el

⁵ "...un concepto referido a cómo literalmente se incorpora biológicamente el mundo material y social en que vivimos [...] un corolario es que ningún aspecto de nuestra biología puede ser entendido en ausencia del conocimiento sobre la historia y las formas de vida individuales y sociales" (traducción personal).

análisis del discurso puede mostrar la construcción de dispositivos psicosociales, en particular, la pobreza y la discriminación, entrelazada con el racismo, en las narrativas de dominación y resistencia de los cuerpo/subjetividades.

En nuestro caso, el análisis del discurso tiene un fin genealógico, que pueda identificar los mecanismos y estrategias de exclusión dentro del desarrollo del discurso de salud pública referido a la comunidad TLGBI. Siguiendo a Foucault, se comprenderá como análisis del discurso a la forma de entender la historia no como una verdad única y universal, sino como una historia que tiene que ver con la microfísica del poder, con la construcción y el devenir. Foucault sostiene que la historia y la verdad se construyen sobre el marco de una lucha de poderes, por lo cual hace énfasis en la relación poder-saber:

No se tratará de conocimientos descritos en su progreso hacia una objetividad [...] lo que se intentará sacar a la luz es el campo epistemológico, la *episteme* en la que los conocimientos, considerados fuera de cualquier criterio que se refiere a su valor racional o a sus formas objetivas, hunden su positividad y manifiestan así una historia que no es la de su perfección creciente, sino la de sus condiciones de posibilidad (Foucault 2010, 15).

Asumir esta postura implica recordar el carácter pragmático del discurso, en el que la performatividad construye cuerpos y sujetos a partir de un campo de poder-saber. De esta manera, un análisis del discurso es a su vez un análisis de los límites de un campo. En nuestro caso, los límites de la construcción del cuerpo TLGBI dentro del campo de la salud pública.

Sin embargo, el análisis del discurso debe ser guiado por una pregunta que revele las fisuras y los silencios dentro de los discursos médicos y que nos permita comprender la gubernamentalidad como un proceso complejo. Así Foucault señala lo siguiente:

[...] si se entiende por gubernamentalidad un campo estratégico de relaciones de poder, en lo que tienen de móviles, transformables, reversibles, creo que la reflexión sobre esta noción de gubernamentalidad no puede dejar de pasar, teórica y prácticamente por el elemento de un sujeto que se definiría por la relación de sí consigo. Mientras que la teoría del poder político como institución se refiere por lo común a una concepción jurídica del sujeto de derecho, me parece que el análisis de la gubernamentalidad –es decir: el análisis del poder como conjunto de relaciones reversibles- debe referirse a una ética del sujeto definido por la relación de sí consigo (Foucault 2001, 247).

Por ello, utilizo una tercera perspectiva: la hermenéutica de la sospecha, que tiene sus orígenes en una actitud de desconfianza en el papel hegemónico de los metarrelatos y que se expresa inicialmente en las obras de Nietzsche, Freud y Marx

(Ricoeur 1991, 5-22; Ricoeur 1996, 354-364; Ricoeur 2008, 455-467), y posteriormente en los escritos de Foucault, Lacan y Butler entre otros (Citro 2009, 15).

En esta línea crítica, sin duda, se debe incorporar los múltiples aportes del feminismo, sobre todo aquel que realiza una relectura de los discursos patriarcales a partir de desplazamientos teóricos-metodológicos. Construir estas narrativas implica desplazar el cuerpo y la sexualidad con el fin de reconstruir e interpretar los procesos históricos y el papel de los/as actores/as desde las propias voces de las personas.

De acuerdo a Shüssler, la hermenéutica de la sospecha desde una perspectiva feminista se refiere tanto a la traducción e interpretación de textos producidos casi exclusivamente por hombres, como a los textos mismos, escritos en su mayoría por hombres y que reflejan, muchas veces, su contexto patriarcal o la autoría de los vencedores de la historia, la cual ha sido escrita en un lenguaje genérico que excluye o margina a la mujer. Al aplicar esta perspectiva en el análisis del discurso bíblico, la autora señala que “el canon de la revelación para la valoración teológica de las tradiciones bíblicas androcéntricas y de las interpretaciones que las acompañan, no puede provenir de la propia Biblia y solamente puede ser formulado en y mediante la lucha de la liberación que mantiene la mujer contra toda forma de opresión patriarcal” (Schüssler 2000, 41-42).

Esta hermenéutica de la sospecha intenta levantar un edificio conceptual que como “propuesta política [...] sospecha de todo, en tanto está alerta a todo hecho que conlleve una ideología antidemocrática, violadora de nuestra integridad como sujetas históricas...” (Espinosa 2007, 21). Implica asumir tres diferencias: la primera, la diferencia sexual⁶; la segunda, la diferencia de la práctica sexual⁷; y la tercera, las diferencias raciales, culturales, económicas, religiosas, entre otras⁸.

En esta investigación, la hermenéutica de la sospecha permite analizar el proceso de la influencia del discurso médico con respecto a las dinámicas establecidas en el

⁶ La primera diferencia hace alusión a la contribución del feminismo desarrollado tanto en Estados Unidos, desde la terminología sexo/género, como en Francia, desde los aportes del feminismo de la diferencia, cuya meta principal es descentrar aquella imagen de la femineidad asociada a la naturaleza del sexo.

⁷ La segunda diferencia está relacionada con el descentramiento que implica la crítica a la heterosexualidad obligatoria desarrollada por Monique Wittig y Adrienne Rich o a la heteronormatividad planteada, entre otras, por Butler, a partir de las prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas.

⁸ La tercera diferencia está basada en los aportes del feminismo afro y chicano, el cual podría condensarse en la categoría de interseccionalidad; además de los aportes del feminismo decolonial (María Lugones, Rita Segato). Básicamente, consiste en concebir la sexualidad como una construcción en la cual hay que tomar en cuenta la raza, la etnia, la clase, entre otros niveles.

campo de la salud, señalando sus medios, fines y consecuencias. En este sentido, un aspecto importante es retomar la sociología de las ausencias y la sociología de las emergencias (Santos 2006; Santos 2009a, 60-159; Santos 2009b, 31-84) en relación con la hermenéutica de la sospecha, ya que un análisis combinado recupera las voces silenciadas de las experiencias por los discursos médicos y deslegitimadas como productoras de conocimiento. Por ello, esta hermenéutica relea las fisuras de los discursos descritos, en muchos casos elaborada por los/as especialistas de la salud, desde la presencia de los cuerpo/subjetividades de las personas TLGBI de la ciudad de Lima.

Una cuarta perspectiva es la psicoanalítica de orientación sociodiagnóstica, asociada al principio sociogénico, proveniente del trabajo de Franz Fanon, y desarrollado por Sylvia Winter. El psicoanálisis es una herramienta conceptual que deviene del trabajo pionero de Sigmund Freud, quien estableció una manera de interpretar el síntoma psíquico en torno a categorías tales como inconsciente, libido, pulsión, deseo, sujeto, subjetividad, cuerpo, entre muchas otras. Mi postura analítica, basada en la orientación lacaniana, parte de un diálogo con diversas interpretaciones que buscan dar cuenta de los mecanismos por los cuales se instituye la producción subjetiva. Ya que la performatividad convoca la realidad mediante el discurso, el objeto performativo por excelencia es el cuerpo, donde se conjugan diversos elementos constitutivos. Centro mi atención en una revisión de categorías como cuerpo, libido y subjetividad, principalmente desde mi lectura de la economía libidinal (Freud, 2012: 1169-1238; 1262-1276; 1697-1702; 2061-2077; 2123-2413).

Esta metáfora de la producción económica para comprender la conformación de la subjetividad ha constituido una forma de entender la misma producción psíquica. La inscripción sobre el goce establece una economía libidinal. Al descubrir Freud esta categoría permite profundizar el análisis de la metáfora de la producción económica aplicada a la estructura política, llevándola de lo social a lo psíquico, y emparentando así los caminos de la política con nuevos territorios como el cuerpo, el deseo, el placer y los sentimientos. Por esa razón, mi lectura resalta a autores que han profundizado el lazo entre dicha producción y la esfera social, advirtiendo cómo los mecanismos de poder entrelazan la subjetividad con las mismas instituciones o procesos sociales, entre ellos Wilhelm Reich, Otto Fenichel (Subirats 1975) y Sandor Ferenczi (Castillo 2000).

En esta misma línea, la complejidad de la conceptualización nos permite entender que el cuerpo desde el psicoanálisis no es nunca un dato biológico, sino que se

implica en la misma formulación del inconsciente como producto de la economía libidinal.

El problema es siempre que, en el universo freudiano del discurso, la diferencia sexual no puede ser reducida a lo dado biológico no estar enteramente constituida a partir de las prácticas sociales. Una parte central de la importancia teórica del psicoanálisis para el feminismo es su formulación, ahora convertida en un cliché, de que la anatomía por sí sola no determina la identidad sexual, y, del mismo modo, que la diferencia sexual no poder ser reducida a lo cultural (Wright 2004, 28).

Por ello, he seguido una línea interpretativa dentro del psicoanálisis que profundiza la producción de la economía del cuerpo desde una mirada social, ya que entiendo que la acción de la ley se itera en el cuerpo mediante el goce. En este mismo sentido, es importante recordar que el psicoanálisis define la sexualidad en términos de “libido” y “pulsión”, términos recogidos por Melanie Klein y luego retomados por Lacan.

Estas ideas que alimentaran también una perspectiva sociodiagnóstica fueron asimiladas dentro de un vertiente conocida como psicoterapia institucional, la cual permitió insertar el estatutos de lo psíquico dentro de relaciones sociales, específicamente en la institución asilar. En esa línea se insertan los aportes de psicoanalistas como Tosquelles, Fanon y de alguna manera del propio Lacan. La psicoterapia institucional es una forma de psicoterapia que se realiza en el marco de una institución: hospital general, hospital psiquiátrico, clínica, escuela, hospital de día, departamento terapéutico, entre otros. El término fue dado por Georges Daumezon en 1952, dando a entender una terapia de la locura basada en la idea de la causalidad psíquica de la enfermedad mental (o psicogénesis), que apunta a reformar la institución asilar privilegiando una relación dinámica entre el personal de salud y los pacientes.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la liberalización generalizada de la institución psiquiátrica dio origen a numerosos movimientos de impugnación del asilo, desde la experiencia de las comunidades terapéuticas realizadas por el psiquiatra anglonorteamericano Maxwell Jones, en las que se experimentó con nuevas relaciones jerárquicas entre el personal de atención y los analizados, hasta la antipsiquiatría. En Francia, la psicoterapia institucional tomó impulso en 1940 en el núcleo de la resistencia antinazi, y por lo tanto el tratamiento de la locura con base en un compromiso político estaba asociado con una lucha contra la tiranía. Entre los inspiradores de esta práctica en Francia, se puede contar a François Tosquelles y

Lucien Bonnafé, quienes trabajaron en el hospital de Saint-Alban, en Lozère. El trabajo de Tosquelles influyó de manera directa en las contribuciones de Franz Fanon y Félix Guattari, referentes importantes para la presente investigación. Dicha perspectiva inspiró numerosas experiencias en Francia, en particular la de la psiquiatría de sector, y después la de la clínica de La Borde, en Cour-Cheverny, a partir de 1953, donde alrededor de Jean Oury y Félix Guattari se elaboró un enfoque a la vez lacaniano y libertario del tratamiento psiquiátrico de orientación psicoanalítica.

Para Guattari, el análisis institucional consiste en la implicación en un proceso molecular. Una intervención política que, a través de un dispositivo analítico de enunciación, revela aristas de una constelación social. De tal manera que, tal como afirma, “Nuestro problema es llegar a descubrir una estructura de enunciación social” (Guattari 1976, 61). Para dicho autor, la existencia es entendida como multidimensional, donde se integra aspectos deseantes, políticos, económicos, sociales e históricos. Por ello, entiende que los padecimientos psicopatológicos (o los malestares individuales, o las fracturas familiares) no se pueden pensar por fuera del universo social. En ese sentido, plantea que el fantasma de castración es, además de fantasma de castración propiamente, también modo de regulación capitalista. En la terapéutica propone el coeficiente de transversalidad para ilustrar las situaciones de ceguera institucional, describiendo cómo las condiciones sociales intervienen en la producción del malestar (Guattari 1976, 93-107).

En este punto, nos muestra una tónica del inconsciente enriquecida, donde

“el engranaje de los significantes sociales se encuentran en contacto de modo irreversible con la castración y la culpabilidad, mientras hasta esta etapa sus status seguían siendo precarios en razón del ‘principio de ambivalencia’ que presidía la elección de los objetos parciales. A partir de allí, la instancia de esta *realidad social* fundará su persistencia en la instauración de una moralidad irracional donde el castigo encontrará su justificación sólo en un ley de repetición ciega en lugar de ser articulable en una legalidad ética.” (Guattari 1976, 94).

Esta mirada teórica pertenece a la de toda una generación que entendió la economía libidinal como aquel proceso por el cual la ley (la norma simbólica expresada en el Otro) recaía en lo Real constituyendo ese residuo de la subjetividad humana. Pero ¿qué es propiamente lo Real? Lacan define lo Real como aquello que resiste absolutamente a la simbolización (Lacan 1983, 122), es decir, “como el dominio de lo que subsiste fuera de la simbolización” (Lacan 1994a, 373). En este orden de ideas, lo Real está constituido como lo imposible, lo inmóvil y lo presente. Pero esto no

permanece ahí. A partir de la experiencia clínica y en concordancia con Freud, otro elemento es incorporado dentro de lo Real. Para Lacan, el carácter del goce pertenece a lo que le resulta intolerable al organismo, uniendo así dos órdenes conceptuales: la libido y la pulsión de muerte⁹. Así pues, el goce es real porque está fuera de la simbolización y el sentido, es constante y vuelve siempre al mismo lugar para evocar el sufrimiento. Y aunque “el goce está interdicto al sujeto de la palabra” (Milmaniene 1995, 21), recusando la Ley del Padre, Lacan no deja de colocarlo también en el Otro, espacio eminentemente simbólico. Esta concepción, aunada al hecho de que Lacan en sus últimos años retira la prioridad de lo Simbólico en la estructuración de los otros, a favor de una especie de equivalencia entre los tres órdenes (Real, Simbólico, Imaginario), nos permite comprender con mayor exactitud la dinámica propia de la subjetividad.

A partir de esta explicación, se puede ver cómo el discurso médico, elaborado por las prácticas institucionales de la salud pública, asume la particularidad del sujeto, cuya estructura tiene como base un proceso que incorpora lo Real y el goce. Así, este discurso termina siendo un espacio donde ocurre una producción social de la libido, ya que su materia prima es un registro de lo Real. El producir socialmente la libido es el trabajo¹⁰ ejercido sobre el goce, y cuyo agente siempre es el Otro¹¹ debido a la constitución del discurso¹². Su producto es un registro del deseo¹³, denominado economía libidinal.

⁹ En el artículo “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, Lacan analiza la terminología adecuada para el goce. Considera que la traducción del término freudiano *Trieb* resulta intraducible tanto por instinto como por pulsión, ya que dicha palabra alemana refiere a *una cosa que se evita*. (Lacan 1994b, 783).

¹⁰ El uso del término trabajo lo tomo de mi lectura a partir del pensamiento de Hannah Arendt. El trabajo es productivo en el sentido que sus resultados están destinados al uso, y cuyo intercambio constituyen las cosas que fundan el mundo, es decir, el artificio humano. “Esta misma estabilidad, durabilidad de los productos del trabajo posibilita la objetividad...sin un mundo entre los hombres y la naturaleza, sólo habría movimiento eterno, pero nunca objetividad”. Cf. *¿Qué es la política?* (Arendt 1997, 17). En el psicoanálisis, esta operación es dada en la castración del goce, y cuyo resultado es el falo entendido como la significación de lo faltante, o como símbolo del deseo (Lacan, 1994b, 800).

¹¹ En psicoanálisis, el Otro, siempre escrito con mayúscula y opuesto al *otro* (el sujeto) designa la alteridad radical, inserta en el lenguaje y la ley, y que por tanto, pertenece al orden de lo Simbólico. En este sentido, el Otro es aquello a partir de lo cual el discurso se constituye, produciendo al otro. Cf. J. Lacan, *Escritos I*, pp. 413-416; J. Lacan, *Escritos II*, pp. 513-565. Por ello, el lenguaje es entendido como una estructura, exterior al sujeto, donde se realiza la producción de registro que funda la realidad, y cuyo carácter es eminentemente social.

¹² En Lacan, un aspecto importante de esta dinámica es el sentido del discurso. Tras plantear sus cuatro discursos: el del universitario, el del amo, el del histórico y el del analista, entiende el discurso como una forma de intersubjetividad que incorpora al significante (inserto en el Otro), el saber, el sujeto (el otro) y el plus-de-goce. Esta última categoría será revisada más adelante.

La construcción de esta relación se da gracias a “El dispositivo de encerramiento, es decir de delimitación y de concepción, que va a producir el exterior y el interior, que va a acotar la extensión del concepto, que va a definir los lugares (del arte, de la cultura, de la producción, de la política, de la sexualidad), ese dispositivo con su cero sólo puede ser engendrado por desintensificación.” (Lyotard 1990, 22).

Por ello, esta investigación al abordar la producción de las cuerpo/subjetividades a partir de los discursos médicos mediante el uso de dispositivos psicosociales, apuesta por reubicar la tópica del inconsciente. Así pues, el sociodiagnóstico es una manera de comprender la producción psíquica desde las relaciones sociales. Según Gibson: “It is a mistake, Fanon believes, to begin an analysis from the individual’s unconscious rather than from the individual’s social situation. The social situation could easily weaken the disturbed individual. The disturbance produced by the social situation in turn requires an explanation outside the disturbed individual’s everyday life.” (Gibson 2003, 58). En palabras del propio Fanon: “The environment, that is society is responsible for your delusion”. Pero esta relación no permanece ahí, en el sociodiagnóstico, sino que es explicada por la misma experiencia de la colonización (opresión y dominación del colonizador en detrimento del colonizado). Es decir, la comprensión de esta experiencia en la vida de las cuerpo/subjetividades exige establecer una ruptura con el no-tiempo de la clásica tópica del inconsciente, a favor de un diagnóstico que vea el presente desde la huella mnémica de un pasado social traumático, es decir, “what must be done is to restore this dream to its proper time, and this time is the period during which eighty thousand natives were killed” (en Gibson 2003, 60).

Esta nueva perspectiva diagnóstica supone enfrentar el hecho de que el orden de la conciencia colonizadora está relacionada con la “identidad biológica del ser humano en su concepción burguesa, así como su definición normativa en términos ‘blancos’” (Wynter 2009, 343), instaurada en el lenguaje del colonizador. Ante lo cual, se propone aquella recomendación que hace Fanon al final de *Piel Negra, Máscaras Blancas*: “Oh mi cuerpo, haz de mí un hombre que interroge siempre” (Fanon 1974, 204). En este sentido hay que rescatar “la des-identificación y des-clasificación de los sujetos

¹³ El deseo es un registro resultado de la producción social de la libido, y cuyo carácter debido a esta intervención es siempre ausente en tanto significativo de la subjetividad. Por ello, siempre funda una economía libidinal, la cual es una administración del goce con el fin de constituir al sujeto dentro del discurso, introducirlo en lo Imaginario mediante la extracción del plus-de-goce. La lógica del deseo elaborada en el discurso hace afirmar a Lacan que el desear no es desear al otro, sino desear el deseo del otro, y por lo cual nos permite entender que en el quehacer del Otro existe una relación con el goce de imponer una verdad.

imperialmente negados...” (Mignolo 2010, 36), como herramientas para quebrar la irresuelta tónica del inconsciente.

El material estudiado a partir de estas perspectivas hace posible que este trabajo está organizado en cinco capítulos que desarrollan las cartografías subjetivas en relación con el discurso médico. El primero aborda la construcción de la corposubjetividad de las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas dentro del surgimiento de la matriz colonial, en particular analiza el surgimiento del dispositivo de la sodomía como un dispositivo psicosocial colonial sobre la corporalidad que posibilita el establecimiento del régimen de la sexualidad. En esta misma línea, desarrolla el surgimiento del discurso médico y la salud pública en la construcción de la formación republicana en el Perú en relación con las personas TLGBI. El segundo capítulo analiza la aparición del sujeto/a TLGBI en la normativa peruana dentro del contexto regional, en particular, estudia estos procesos en las normas del sector salud, especialmente con respecto al VIH y sida. La lectura es construida en contraste con los procesos de los y las activistas durante las tres últimas décadas dentro del movimiento TLGBI peruano. Además, se plantea una crítica a la visión conservadora de los derechos humanos, a partir de comprenderlos como reconocimiento del deseo.

El tercer capítulo estudia la gestión y la realidad sobre la salud referida a las personas TLGBI, especialmente aquello implementado con respecto al VIH y sida en el país, una vez más en contraste con las otras experiencias de la región. Se aproxima a esta realidad para analizar la construcción de la pobreza y la discriminación con el fin de plantear la categoría de gusto social heteronormativo dentro de la construcción de la salud pública. El cuarto capítulo es un acercamiento hacia las demandas y narrativas de las personas TLGBI, en particular a las respuestas frente a la pobreza y la discriminación en especial en el ámbito de la salud. Se desarrolla las percepciones y estrategias de participación política implementadas en dicha comunidad.

En el quinto capítulo se plantean algunas consideraciones finales sobre las relaciones entre el discurso médico, las narrativas de la corposubjetividad y la conformación de la ciudadanía con respecto a la comunidad TLGBI en el Perú. Se hace un balance entre los límites y las posibilidades de construir una propuesta disidente al modelo hegemónico.

Por otro lado, 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 y otros 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, quienes ya habían construido una trayectoria pública. Esta investigación no ha intentado usar 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 y promover la participación política de la comunidad TLGBI peruana y andina.

Capítulo uno

Discursos médicos, estrategias políticas y corposubjetividades en las personas TLGBI en la matriz colonial

En los últimos treinta años, en el Perú, como en otros países de la región andina, diversas organizaciones e instituciones han intentado construir un debate público sobre la situación y las demandas de las personas TLGBI. La manera en la cual se ha dado esto ha sido mediante la visibilización de diversas agendas constituidas por una diversidad de demandas que han ido construyéndose progresivamente. Desde los debates por la despenalización de la homosexualidad, el acceso a atención en salud hasta la despatologización de la identidad de género y el reconocimiento por el matrimonio igualitario se han articulado múltiples enunciados y estrategias. Por otro lado, las dificultades y logros en este camino han sido 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 estos procesos nos permitirá 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 compuesto por campos discursivos son los lugares donde la agencia del movimiento se ha visto conformada, no sin dificultades.

Estos procesos se enmarcan en la construcción de relaciones estructurales que han fijado su atención en la misma producción de las subjetividades de las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas. En ese sentido, cabe interrogarnos sobre cuáles han sido las estrategias políticas por las cuales el discurso médico influye en la formación de formas concretas de corposubjetividad en la personas TLGBI; cómo se han conformado los cuerpos de las personas TLGBI mediante la interacción con la raza dentro de la constitución de la matriz colonial y; cuáles son las características estructurales que han constituido la exclusión y la discriminación en relación con el derecho a la salud de las personas TLGBI, como elementos que estructuran el vínculo entre pobreza y heteronormatividad.

En primer lugar, sobre esta relación entre subjetividad y discurso médico se debe tomar en cuenta que existe una cierta bibliografía, cuyo carácter expresa un modelo de producción del conocimiento, el cual ha determinado un acercamiento limitado a dicha

realidad. Bajo el eje discurso médico y subjetividades TLGBI, 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. Por otro lado, en los países andinos, donde el trabajo académico no ha sido a través, necesariamente, de un desarrollo 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), las líneas de investigación han mostrado ciertas tendencias. En la región andina, una entrada ha sido los estudios desde la salud, centrada en la población gay y en menor medida en relación con la población trans femenina, siendo mucho menores los trabajos sobre lesbianas, trans masculinos e intersexuales. También, se puede observar una línea dedicada a la investigación del surgimiento y constitución de las comunidades gay, lésbica y trans femeninas desde aproximaciones históricas y políticas, que intentan dar cuenta tanto de los procesos identitarios como de la conformación de las agendas o demandas.

Desde los estudios de la salud, 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 Rosaca 2000; Pentalides y López 2005; List 2009). En muchos casos, 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 (Salazar, 2010; Berkins 2007, Cabral 2012; Salazar 2009; Salazar y Villayzán 2009; Vargas y Elizabeth 2009; Serret 2009; Trans Red Bolivia 2011). Por otro lado, con respecto a la presencia de dicha comunidad si bien la tendencia ha sido la sistematización de diagnósticos sobre su situación sociodemográfica (principalmente en torno a la vulnerabilidad frente al VIH/sida), también podemos ver la existencia de propuestas políticas que a partir de la visibilización de dichas demandas, construyen diversas propuestas. En el Perú, se puede encontrar los trabajos pioneros de Giuseppe Campuzano desde la historia y el arte (Campuzano 2008).¹⁴ También en Ecuador se puede mencionar el proyecto Transfeminista (Almeida y Vásquez 2010). Estas propuestas se diferencian de los típicos enfoques, en la medida que plantean una mirada crítica alejada de la medicalización de la cual han sido objeto la población trans.

Se observa también una transformación en el discurso médico, viéndose influido y permeado por las ciencias sociales (Briceño-León 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 (Bronffman y Castro 1999; Bronfman 2000).

Con respecto al eje salud y población TLGBI, se puede constatar que estudios sobre salud integral que aborden 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

¹⁴ También se debe considerar su Museo Travesti como un propuesta estética que busca construir la visibilidad de las personas trans femeninas en el Perú.

Francke y Raquel Reynoso del Consorcio de Investigación Económica y Social –CIES, que lleva a cabo uno de los proyectos más importantes 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, son la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida, no sin dificultades y sesgos. Esto genera un problema en el estudio integral de las dinámicas de la comunidad TLGBI.

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 femeninas (Salazar, 2010), los asuntos que ocupan el espectro de la salud relacionada a dicha población.

Existe muy poca exploración investigativa desde un enfoque teórico que relacione 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 TLGBI 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 enfoque 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 2015; Cáceres 2007; Cáceres 2009; Cáceres 2013; Izazola 2001; Izazola 2003; Kusunoki 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 personas que viven con VIH y sida (PVVS), quedando indiferenciada una problemática compleja de exclusión (Corcuera, 2003; Simbaqueba, 2011; CMP Flora Tristán 2006; González 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 y Barrientos 2012).

Esta breve revisión sobre el estado del conocimiento sobre salud y subjetividad entre las personas con prácticas y deseo homoeróticas y transgeneristas en el Perú, en el contexto de la región andina, nos muestra las rutas sobre las cuales se ha conformado el análisis de dicha temática. Por un lado, se debe mencionar que ninguna de ellas aborda propiamente el tema de subjetividad, es decir, al construir un modelo de salud para entender la presencia de las personas TLGBI asume y presupone formas concretas de subjetividad, en la mayor de los casos legitimándola. Sin duda por ello, el material carece de una visión crítica que pueda permitirnos una comprensión integral del fenómeno social.

En torno al estado de la producción, hay cuatro puntos importantes que deben ser resaltados, y cuyo sentido estructura este capítulo. En primer lugar, es la importancia de comprender el carácter y la dinámica del régimen de la sexualidad como un producto de la colonialidad. En segundo lugar, visibilizar la formación de dicha estructura como adjunta a la producción de conceptos como naturaleza, sexo y raza como sustento de los discursos de humanidad y dignidad dentro de los orígenes de la matriz colonial. En tercer lugar, establecer las relaciones entre los tropos de pecado, crimen y síntoma en la concepción de la homosexualidad y posteriormente en la transexualidad a partir de significantes como la falta, el delito y la enfermedad. En cuarto lugar, con base en lo anterior, ubicar las rutas del surgimiento de la lógica de la identidad como límite y posibilidad de la construcción de la agencia del movimiento TLGBI en el Perú en relación con el fortalecimiento del patriarcado, el contrato sexual moderno y la

heteronormatividad. En esta línea, es importante revisar el material a la luz de estos puntos con el fin de establecer la relación entre la corposubjetividad, el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad.

1.1. Ley, discursos y corposubjetividad en contextos coloniales

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 a través de una serie de discursos que han establecido las condiciones de la agencia de cada grupo identitario. Entiendo el dispositivo como un medio o herramienta que dispone, que construye el escenario para, la producción de algo, en este caso la sexualización de los cuerpos TLGBI, donde todas las estrategias “...pasan por una familia que fue (hay que verlo bien) no una potencia de prohibición sino un factor capital de sexualización.” (Foucault 2012, 110).

Esta relación entre dispositivo y sexualización tiene su fin en la misma producción social de la libido, es decir en una manera de establecer el goce mediante un registro, ya que “(...) la política del sexo no hace actuar en lo esencial la ley de la prohibición sino todo un aparato técnico, (...) se trata más bien de la producción de la ‘sexualidad’ que de la represión del sexo...” (Foucault 2012, 110)

De esta manera, 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 contemporánea. 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 dispositivos 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 eclesiásticas como medio para mantener una trascendencia cósmica que impusiera a las personas, mediante un lenguaje de reconversión o civilizador, 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.

Durante esta época, la unión entre el discurso pastoral y el poder político en torno a la sexualidad y la población indígena, está incrustada en la construcción de los imaginarios sobre el cuerpo por parte de las instituciones coloniales. Para esclarecer esta aseveración, es fundamental, advertir que considero que los argumentos básicos de lo que posteriormente se llamaría “derechos del hombre y del ciudadano”, expresados en las consignas de la Independencia de los Estados Unidos y la Revolución Francesa, se encuentran en los debates emprendidos después de 1492 hasta 1550 en torno a la “dignidad y humanidad” de la población indígena. Estos debates estuvieron centrados en el cuerpo (y sin duda en el alma) de estas personas. Por ello, por otro lado, y en esta misma ruta, es crucial unir a este debate los discursos sobre la corporalidad de la población indígena y africana que podemos encontrar en las prácticas de piedad (Taylor 2007), la extirpación de idolatrías, los concilios¹⁵, la servidumbre en las encomiendas y la esclavitud, entre otras fuentes¹⁶.

Ambos asuntos fueron abordados en un lenguaje pastoral donde sacerdotes y obispos cruzaban opiniones con gobernantes y académicos. Finalmente, todos ellos hombres de estado. En términos generales, es apropiado decir que mientras los modelos de dignidad y libertad, base del discurso de los derechos humanos, se iban constituyendo en las polémicas en torno a los cuerpos de indígenas y africanos/as, los

¹⁵ Para un análisis sobre la construcción de la moral a través de los concilios limenses, véase el libro *La filosofía moral. El debate sobre el probabilismo en el Perú (siglos XVII y XVIII)* de Víctor Martel (2007).

¹⁶ Es importante tomar en cuenta los debates elaborados en torno a la obra de Francisco de Vitoria, quien escribe diversos tratados justificando la conquista española, donde relee la conquista como empresa espiritual a partir de una caracterización de los indígenas, principalmente en las relecciones *Sobre el indio (De Indis)* y *El derecho de guerra (De iure bellum)*, véase, Francisco Vitoria (1973, 31-107)

cuerpos materiales estaban siendo destruidos y sus prácticas corporales perseguidas y transformadas. De una u otra manera, aquel discurso, consolidado siglos después en las revoluciones burguesas, es producto de la relación muerte-significante, inserta en esta antinomia, donde la imagen de la dignidad humana aparece como consecuencia de la imposición de una serie de dispositivos materiales sobre los cuerpos. Muerte-naturaleza, muerte-verdad, muerte-ley, muerte-dignidad.

Durante la dinastía Habsburgo, y previamente durante el reinado de Fernando e Isabel, esta trama discursiva fue construyéndose en los dos ámbitos señalados. Para analizar esto, es importante reseñar algunos puntos relevantes para las sociedades latinoamericanas, que permiten pensar las coordenadas dentro de las cuales son colocadas la corporalidad y la sexualidad de las mujeres y de las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas. El surgimiento de la modernidad reproduce y magnifica el estatus concedido a ellas dentro del imaginario cristiano. Por un lado, diversas autoras han resaltado la persecución de las mujeres bajo el cargo de brujería mediante la inquisición como uno de los preámbulos de la modernidad, desde luego sin ocultar que esta práctica aumentó en el siglo siguiente. Específicamente, Caroline Merchant, en su libro *The Death of the Nature*, señala cómo la maquinaria inquisitorial redibujó los lineamientos básicos del pensamiento moderno; por ejemplo, la separación entre cuerpo/espíritu, entre naturaleza/cultura a través del asesinato de las mujeres en las hogueras (Merchant 1990). 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.

En este mismo sentido, no podemos dejar de mencionar como la penalización de la llamada sodomía, en particular la ocurrida entre hombres, también fue perseguida y por tanto constituye otro nivel significativo en el mantenimiento de aquellas dicotomías.

Michael Horswell desarrolla cómo las prácticas homoeróticas constituían un tropo de la sexualidad dentro de la narrativa colonial (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 cuando señala que de 1.500 causas estudiadas, había “243 por judaizantes, 5 por moriscos, 65 por protestantes, 298 por bígamos, 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 2010). 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 corporalidad.

Según Horwell, la sodomía en los andes coloniales es retratada por diversos cronistas, como Juan Ruiz de Arce (1507-1570), Vasco Núñez de Balboa (1475-1519), Gonzalo Fernández de Oviedo (1478-1557), Pedro Cieza de León (1520-1554), Domingo de Santo Tomás (1499-1570) y Pedro Sarmiento de Gamboa (1532-1592).

En este sentido, es importante considerar un aspecto de carácter historiográfico sobre el surgimiento del uso del término sodomía. En un inicio de la empresa conquistadora, se puede ver, en su mayoría, como los relatos de las cronistas se detienen reiterativamente en señalar los excesos de los indígenas con respecto a sus prácticas homoeróticas y transgenerista. Es un esfuerzo retórico insistir en las recurrentes actividades pecaminosas referidas a la sodomía. “En uno de los primeros reportes de la primera expedición de Pizarro a lo largo de la costa ecuatoriana, Juan Ruiz de Arce describe el impacto y disgusto que le causó una cultura sexual aparentemente distinta. Prominente en su narración, es un desdén por esos elementos de cultura considerados femeninos en la mentalidad española. (Horwell, 2010: 103). Arce de Ruiz fue uno de los primeros cronistas que configuró esta manera de interpretar la sodomía en torno a la población indígena. “Vasco Núñez de Balboa, en ruta hacia descubrir el Océano Pacífico en 1513, llega a una villa y derrota y mata aproximadamente a 600 indios quarequa. (...) Aquí la combinación de hombres travestidos y sodomitas llevó a la reacción visceral del Balboa. El narrador resalta la femeneidad, así como también el “abuso” sexual del rey del hombre joven (...) Otra de las primeras y más violentas de estas descripciones registra a los sodomitas travestidos y la incontrolada reacción de los españoles hacia ellos.” (Horwell 2010, 105). En ese primer grupo de cronista “Es Gonzalo Fernández de Oviedo quien levanta las acusaciones de sodomía a su más exagerado nivel de hipérbole, afirmando que la práctica era universal entre los

amerindios (...) La correlación de Oviedo entre sodomitas indígenas y barbarie prepara el escenario para los famosos debates de Las Casas y Sepúlveda en la corte de Carlos V. Estos intercambios de ideas se centraron alrededor de la cuestión moral de si los españoles podrían de manera justa hacer guerra a los amerindios y reclamar los derechos de los territorios americanos.” (Horswell 2010, 107-108).

En este proceso, hay que señalar que la Inquisición durante el reinado de Fernando e Isabel, reyes católicos, se dedicaba a perseguir estas prácticas, y de hecho, fueron los obispos quienes vigilaron el estricto cumplimiento de la moral sexual católica. Mientras se dio el establecimiento del santo oficio (1570), los obispos se encargaban a propia discreción de ejecutar los dispositivos de vigilancia, hasta que Felipe II (aproximadamente en 1575) liberó a los indígenas del escrutinio inquisitorial. (Steving 1996, 38-39).

En medio de este primer momento, la intención retórica va cambiando, progresivamente, luego de la implementación de múltiples maneras de represión, hasta el punto de señalar que los incas habían siempre rechazado aquellas prácticas homoeróticas y transgeneristas. Cieza de León, a pesar de su juventud, representaría el modo retórico de transformación. “(...) Aquí Cieza registra los primeros momentos del violento proceso que en los Andes llevará a la transculturación de la sexualidad indígena un proceso cuyos efectos repercutieron en primer término entre los jóvenes” (Horswell 2010, 124-125). Mientras tanto, se puede encontrar la presencia de una serie de prácticas (inquisición, extirpación de idolatrías, confesiones, entre otras). El resultado de la transformación del tropo de sodomía resulta de personajes comprometidos con la construcción de un “narrativa mestiza”, la cual aceptará el hecho que los incas siempre estuvieron en contra de dichas prácticas, como por ejemplo las crónicas de Garcilaso de la Vega (1503-1536) o Guamán Poma de Ayala (1534-1615)

Con base en análisis desarrollado por Horswell, se puede hacer referencia a un dispositivo de la sodomía, entendido desde el enfoque foucaultiano como aquellas prácticas discursivas y no discursivas relativas a la sodomía, que funcionan en asociación o interrelación conformando una red, tienen una función estratégica concreta, necesariamente inscrita en una relación de poder que sostiene y es sostenida a su vez por relaciones de saber (Agamben 2011, 249-264).

Así pues, denomino *dispositivo de la sodomía* al hecho de que 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 indígena¹⁷. El dispositivo de la sodomía, así entendido, es empleado como justificación para la conquista y el sojuzgamiento de sus habitantes, mediante la eliminación de las personas del “tercer género”. Aquí subyace la diferencia entre el uso medieval del término, y el uso posterior al siglo XVI, tal como lo afirma Horswell:

“Más que permanecer estático y relegado a los archivos medievales, el primitivo significado de sodomía reaparece al alba de la temprana modernidad, paradójicamente invocado para hacer el trabajo de una herramienta o arma en una empresa medieval que desmintió el paso del tiempo. La sodomía se convierte en un armamento retórico que los españoles emplearon para justificar la invasión y colonización de los Andes; fue un instrumento moral ejercido en la conversión de los sujetos indígenas coloniales. Para el lector de hoy, la figura de sodomía también es un vehículo que sostiene una historia de marginación.” (Horswell 2010, 101)

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 (Horswell 2010, 20-55). 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. Si tenemos en cuenta que en ese momento la idea de raza aún no existía, debemos pensar que la producción de dicha idea está ligada a la subalternidad en términos sexuales, es decir, el rechazo colonial a las prácticas homoeróticas y transgenerista.

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.

El concilio de Trento significó un inicio en esta relación, centrando principalmente su atención en el vínculo entre el poder político y la reforma de las

¹⁷ Igualmente, he desarrollado la idea sobre el dispositivo de la obscenidad dirigido hacia las mujeres, véase, Martin Jaime, “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: Dorotea Ortmann (2012, 279- 301)

instituciones eclesiásticas como medio para mantener una trascendencia cósmica que condujera a las personas, en un lenguaje de reconversión o civilizador, en particular, en relación con el cuerpo.

Así pues, el sentido de dignidad y libertad defendido en el discurso de los derechos humanos posee caracteres estructurales, como por ejemplo su dificultad para asumir el cuerpo y la sexualidad en sus demandas. Se podría decir, que una visión ascética de los derechos humanos está basada en las prácticas cometidas sobre la corporalidad contra la población indígena, sexual y afectivamente distinta.

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 la corporalidad y la sexualidad. 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 aquellas personas puedan imaginarse a dios y establecer un vínculo particular con él/ella sin la participación de los adecuados intérpretes (es decir, presbíteros u obispos). Recordemos que muchas de estas prácticas estaban ligadas a la producción de un espacio espiritual, tal como lo señala Horswell:

Lo que distingue los textos de Domingo de Santo Tomás de los otros informes de Cieza sobre la sodomía en los Andes es el énfasis sobre el uso religioso de la sexualidad de estos sujetos transgénero. (...) El acto era realizado por especialistas transgéneros, y el número variaba acorde al “ídolo” involucrado. (...) Aquí los detalles son explícitos: ellos se visten como mujeres desde la niñez, ellos hablaban como mujeres; y sus gestos y vestidos son imitaciones de los de las mujeres (Horswell 2010, 140).

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 concibe a estas personas como incapaces de ser productoras de conocimiento, opiniones y verdad. Este segundo 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 del estado peruano. 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, se debe 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, parto 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 denominaciones 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*. En primer lugar, esta metáfora está definida por algunas

...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, 25).

En la actualidad, esta metáfora está compuesta por 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.

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, la sociedad peruana construye 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”.

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 reterritorializa 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, y especialmente el peruano, 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 (Bracamonte 2001, 81-103). 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 con su conviviente mujer. 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, tanto en Ecuador como Perú, 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. Esto mostraría como este argumento fue definiendo las relaciones entre las prácticas homoeróticas y transgeneristas, y los comportamientos delictivos.

1.2. El Discurso médico y la construcción del otro cuerpo (sexual)

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). De esta manera, en estos primeros referentes del discurso científico en el Perú, se va fortaleciendo el vínculo entre la raza como sistema de clasificación moderno y las prácticas homoeróticas dentro del régimen de la sexualidad.

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 manuales (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, figuras que aún cobran relevancia dentro del discurso hegemónico.

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)

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. Marañón (1887-1960) representa uno de las representaciones más sólidas del discurso médico sobre el tema analizado. En su obra *Tres ensayos sobre la vida sexual*, publicada originalmente en 1926, consolidan la visión moderna sobre cómo entender la misma diferencia sexual y el lugar de la homosexualidad en esta economía libidinal. Este trabajo está integrado por tres ensayos: Sexo, trabajo y deporte; Maternidad y feminismo; y Educación sexual y diferenciación sexual (Marañón 1975).¹⁸

¹⁸ Según López “También conviene hacer notar cómo en el volumen VIII de estas Obras Completas que recoge la obra científico-médica de Marañón, Juderías optó por recopilar aquellos trabajos que consideró de mayor alcance divulgativo. En concreto, este volumen recoge los trabajos fundamentales de Marañón sobre la sexualidad (Climaterio de la mujer y del hombre –1937–, Ensayos sobre la vida sexual –recoge la edición de 1951 que estaba compuesta por los Tres ensayos sobre la vida sexual, aparecidos como libro en 1926, y el ensayo “Sexo, trabajo y deporte”, publicado en Revista de Occidente en 1924–, Amor y eugenesia –también compilación de varios trabajos aparecidos en los años veinte–, La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales –1930–) y Gordos y flacos (1926). Sin embargo, no recogió obras médicas fundamentales en la

En la obra de Marañón se quiere resaltar la relación que desarrolla entre el establecimiento de la diferencia sexual entre hombres y mujeres y sus ideas en torno a la homosexualidad, planteadas en su trabajo *La evolución de la sexualidad y de los estados intersexuales* de 1930 (Ferla 2004). En el primer texto analizado, Marañón intenta definir el “carácter sexual” de hombres y mujeres en torno, en primer lugar, a la biología, y en segundo lugar, a la función social. Ambos elementos responden a lo que él llama carácter sexual. En este sentido afirma: “Si los músculos de la mujer son menos fuertes y se insertan en huesos más delicados, el rendimiento del trabajo corporal será más exiguo en ella y tendrá asimismo un evidente carácter sexual” (Marañón 1975, 54) Y sobre ello, establece que a las mujeres le corresponde como carácter sexual funcional “el instinto materno y el cuidado de la prole”, y al hombre el “instintito de la actuación social (defensa y auge del hogar)”. Esta diferencia que establecida en los siguientes términos: “(la mujer) no sólo no tiene tiempo, si es como debe ser, teóricamente, fecunda y múltipara, durante los años mejores de su vida, para otra cosa importante que para gestar y criar hijos; sino que, además, su organismo no tiene, en condiciones habituales, aptitud para la lucha con el medio, que podemos llamar para entendernos brevemente ‘actuación social’”. (Marañón 1975, 57-58).

No se puede dejar de mencionar la referencia pastoral establecida en el discurso médico del endocrinólogo español, donde afirma que: “El análisis fisiológico confirma así el símbolo escrito en la primera página del Génesis: Adán nace para el trabajo en el mismo momento en que Eva, la madre de todos, nace para la vida del sexo. Y Dios le marca a uno y a otra con toda claridad los dos caminos paralelos: tú, hombre, trabajarás; tú, mujer, parirás” (Marañón 1975, 59-60). De múltiples maneras, Marañón puede ser leído como un puente entre discursos hegemónicos que intentan reubicar -tanto de una desterritorialización como de una reterritorialización- el lugar de la corporalidad de hombres y mujeres.

En este punto, su teoría sobre la intersexualidad es fundamental para entender cuál es el lugar de la homosexualidad en las representaciones de la época. El autor parte de la siguiente evidencia endocrinológica: “(...) el ‘varón-tipo’ y la ‘hembra-tipo’ son antes casi en absoluto fantásticos; y que, por el contrario, los estados de confusión sexual, en una escala de infinitas gradaciones que se extienden desde el

aportación a la investigación y la historia de la medicina en nuestro país como, por ejemplo, Nuevas orientaciones sobre la patogenia y tratamiento de la diabetes insípida (1920) o Manual de diagnóstico etiológico (1943) con el que aprendieron la profesión varias promociones de médicos en nuestro país.” (López 2009, 34)

hermafroditismo escandaloso hasta aquellas formas tan atenuadas que se confunden con la normalidad misma (...)" (Marañón 1975, 100). A partir de ello, considera que la anomalía surge justamente cuando no se puede determinar de manera segura el predominio de un sexo sobre el otro, para lo cual es necesario realizar un diagnóstico a partir del "carácter sexual". De tal modo que "Sexo y sexualidad resultan, de este modo, la misma cosa. La metodología consistiría en la determinación de la presencia de determinadas características, para concluir a favor del predominio de las masculinas o femeninas y establecer en qué proporción se hallan en el individuo examinado." (Ferla 2004,56). Esta situación endocrinológica resultaría en una suerte de conflicto entre lo femenino y lo masculino, donde una de las partes siempre debe resultar vencedor para ser considerado normal. Esta normalidad es producto de una serie de ideas vinculadas a la biología y al evolucionismo. Según Marañón, dicho conflicto no resuelto es la causa de la homosexualidad en sus diversos tipos.

Una más de las influencias al respecto fueron las teorías de César Lombroso, Nicolás Pende 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 favorecen 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).

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 representantes iban construyendo los elementos analíticos para consolidar la patologización de la identidad homosexual.

El surgimiento de ambos dispositivos, es decir, el dimorfismo sexual y la patologización del deseo homosexual y transgenerista deben ser entendidos como elementos covariantes, los cuales disponen el vínculo entre el dispositivo de la sodomía y el régimen moderno de la sexualidad. En primer lugar, retomo las ideas de Michel Foucault sobre el régimen moderno de la sexualidad, quien afirma que en el incremento por la preocupación por el *sexo* durante el siglo XIX, se va definiendo “cuatro figuras, objetos privilegiados de saber, blancos y fijaciones para las empresas del saber: la mujer histórica, el niño masturbador, la pareja malthusiana, el adulto perverso (...)” (Foucault 2012, 101). Estas figuras establecen el campo de la sexualidad contemporánea. En particular, la “psiquiatrización del placer perverso” surge del proceso por el cual el instinto sexual fue circunscrito a un explicación biológica normalizante a partir de la cual devino el análisis y la clasificación clínicas de las anormalidades con el fin de obtener medios para su corrección.

Esta producción de la anormalidad (en términos científicos) es covariante de la producción del dimorfismo sexual, proceso que da cuenta del surgimiento de una separación definida y clara entre los sexos, es decir, entre las mujeres y los hombres, otra vez, en términos biológicos y científicos. Thomas Laqueur explica esto mediante su análisis del desarrollo del discurso médico en las sociedades europeas, afirmando que hubo una transformación desde una visión de “sexo único” (entre la cultura griega clásica hasta el siglo XVII) hasta otra de “los dos sexos” (a partir del siglo XIX). Según

Laqueur: “Hacia 1800, escritores de toda índole se mostraron decididos a basar lo que insistían en considerar diferencias fundamentales entre los sexos masculino y femenino, o lo que es lo mismo, entre hombre y mujer, en distinciones biológicas observables y a expresarlas con una retórica radicalmente diferente.” (Laqueur 1994, 23). El primero modelo está caracterizado por el hecho de que las mujeres son en esencia hombres, solo diferenciables por la cantidad de calor vital (principio activo) en sus cuerpos, de tal manera que el hombre se configura en el arquetipo civilizatorio, donde lo femenino es considerado una versión menos perfecta de lo masculino. En este momento el género, incluso sin disponer del sexo, ha establecido las diferencias entre mujeres y hombres. A partir del siglo XVIII, y debido a los descubrimientos en anatomía (en particular los mecanismos de los órganos reproductores) se van definiendo diferencias que retomaron el sistema jerarquizado entre los géneros preexistente a dicha época. Con base en el empirismo, esta diferencia tuvo dos ámbitos interrelacionados, el epistemológico y el político, los cuales respondieron a las necesidades de jerarquización. De esta manera, Laqueur intenta dar cuenta de cómo la identidad femenina ha sido construida desde un imaginario masculino con sus consecuencias, la interiorización de las mujeres.

Entre ambos dispositivos, surge esta nueva especie (el perverso homosexual) que 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 el Perú no existe 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), podrían darnos algunos elementos que muestren esta dinámica.¹⁹

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

¹⁹ La búsqueda de las tesis corresponde al archivo de la Universidad de San Marcos que comprende a finales del siglo XIX hasta la década del cincuenta del siglo XX. Entre los años cincuenta y los ochenta no hay registros ubicables. Desde de los ochenta, aparecen tesis de diversos campos, sin embargo, estas tesis no fueron colocadas debido a que en este periodo surgen los primeros elementos del discurso de la salubridad pública sobre personas TLGBI, el cual fue privilegiado.

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 las 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 en la historia de la medicina peruana.

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 tónica 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 encontrados que se dedica 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 consonancia con los discursos científico como el de Marañón).

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 tesista 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 del Perú, al igual que en el resto de países andinos. Salvo Bolivia, los tres países andinos 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 historia de la 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 este mismo sentido, siguiendo las reflexiones de Sylvia Marcos sobre los discursos religioso-coloniales y la implantación de un régimen colonial del cuerpo, ella visibiliza cómo el mismo cuerpo (y su consecuente teorización del género) dentro de la cultura mesoamericana poseía otros elementos antes de la experiencia colonial, “cuatro grandes categorías analíticas (que) pueden ayudarnos a conceptualizar (la) relación entre género y cosmovisión (mesoamericana). Son la dualidad, la fluidez, el equilibrio y la corporeidad” (Marcos 1996, 35). De esta manera, se puede observar como

[...] unos fragmentos de aquí y de allá, conjugados con la revisión de metáforas y narrativas podrían revelarnos aspectos de esta cultura –como la corporalidad y la carnalidad- que pasan desapercibidos en la mayoría de fuentes. El cuerpo, sede y eje de gozos y placeres, el cuerpo dual de mujeres y hombres, la corporalidad fluida y permeable, el cuerpo como principio del ser sobre la tierra, el cuerpo como fusión con el entorno y también como origen del cosmos, este cuerpo femenino y masculino se nos manifiesta en la poesía, los cánticos, las narrativas y las metáforas” (Marcos 1996, 35).

La relación entre razón colonial y cuerpo colonizado, nos muestra como el cuerpo y su economía, están basados en la construcción de una negación continua y sistemática del carácter fluido de la dinámica sintomatizada a través de dispositivos socio-psíquicos que colocan barreras. En contraste, el cuerpo dentro de las culturas, signadas por la exterioridad, no es concebido como hermético separado del “exterior por la barrera de la piel”, es poroso y el alma no es una entidad única. Para comprenderlo es necesario saber que ambos incluyen una multiplicidad de entidades invisibles, como por ejemplo “la existencia de cuatro componentes psíquicos materiales del yo. Uno es el alma del sueño; otro la respiración; otro más, la sombra y, por último, el cuerpo mortal, donde lo material y lo inmaterial, lo exterior y lo interior, interactúan constantemente”

De esta manera, la relación entre razón colonial y cuerpo colonizado desarrollada como resultado del desarrollo del eurocristiacentrismo ha producido una relación intensa entre la vida y los mismos procesos fisiológicos y biológicos. En este sentido, la pregunta central es ¿cómo ocurre la relación entre razón y cuerpo dentro de la trama del poder colonial? Así pues, se puede profundizar en esta pregunta viendo como en medio del establecimiento de esta lógica residual, se observa también el vínculo entre la geopolítica del ser y la conformación de la unidad cuerpo/subjetividad. Sin duda, es la conformación de la geopolítica del ser donde la corporalidad y la subjetividad se unen dentro de la matriz colonial.

Para ver esto, utilizo los argumentos de Maldonado-Torres, quien sostiene que la fórmula cartesiana “cogito ergo sum” presenta dos lados: a) hay otros que no piensan y

b) por lo tanto no son. Este pensamiento silogístico esconde de esta manera la pregunta sobre el ser y la colonialidad del conocimiento, fundamentando la negación ontológica.

Este argumento sostiene que no pensar es no ser en la modernidad, donde se establece una conexión entre conocimiento y ser. También, Maldonado-Torres sostiene que Descartes provee a la modernidad de los dualismos mente/cuerpo y mente/materia, que sirven de base para: 1) convertir la naturaleza y el cuerpo en objetos de conocimiento y control; 2) concebir la búsqueda del conocimiento como una tarea ascética que busca distanciarse de lo subjetivo/corporal; y 3) elevar el escepticismo misantrópico y las evidencias racistas al nivel de fundamento de las ciencias (Maldonado-Torres 2007, 145). Estas tres dimensiones de la modernidad están interrelacionadas y funcionan a favor de una continua operación de la no-ética de la guerra en el mundo moderno. Paralelamente, estas dimensiones se convierten en dispositivos socio-psíquicos dentro de la matriz colonial.

La ausencia de la racionalidad está vinculada en la modernidad con la idea de la ausencia de “ser” en sujetos racializados, por ello, la elaboración de la colonialidad del ser demanda una aclaración de la experiencia vivida del negro y del colonizado. En este sentido, Maldonado recurre a Fanon y retoma el concepto de *damme*, condenado, para desarrollar su concepto de colonialidad del ser, un no ser o más concretamente un ser que no está ahí. Plantea tres categorías fundamentales: a) diferencia trans-ontológica: la diferencia entre el ser y lo que está más allá del ser, b) diferencia ontológica: la diferencia entre el ser y los entes que permite diferenciar al hombre de los entes y de los dioses y, c) diferencia sub-ontológica o diferencia ontológica colonial: la diferencia entre el ser y lo que está más abajo del ser, o lo que está marcado como dispensable y no solamente utilizable.

En esta perspectiva, Maldonado plantea que la colonialidad del ser se refiere a la normalización de eventos extraordinarios que toman lugar en la guerra. Mientras en la guerra hay violación corporal y muerte, en el infierno del mundo colonial la muerte y la violación ocurren como realidades y amenazas diarias. En esta perspectiva la invisibilidad y la deshumanización son las expresiones primarias de la colonialidad del ser. La colonialidad del ser se refiere a la violación del sentido de la alteridad humana.

Por otro lado, esta construcción está basada, según Césaire, en la dinámica establecida por la salvajización del colonizador/evangelizador y la destrucción del(a) colonizado(a). El descubrir esta relación muestra el carácter perturbador de la empresa colonial, la cual una vez, “fundada sobre el desprecio del hombre nativo y justificada

por este desprecio, tiende inevitablemente a modificar a aquel que la emprende; que el colonizador, al habituarse a ver en el otro a la bestia, al ejercitarse en tratarlo como bestia, para calmar su conciencia, tiende objetivamente a transformarse él mismo en bestia.” (Césaire 2006, 19). En el centro de esta relación conflictiva donde colonizador y colonizado se encuentran mediante el lenguaje subyace un espacio liminar. A la vez, Césaire deja en claro cómo esta relación es ocultada, en primera instancia, mediante la ecuación cristianismo = civilización, y por lo cual es importante identificar los hitos de la creación de este discurso médico.

Una revisión del *Discurso sobre el Colonialismo* muestra que la conformación de una subjetividad colonial en torno al cristianismo plantea tener en consideración tres elementos importantes: el proceso de subjetivación es una forma de cosificación y/o agencia, los dispositivos que la conforman son el olvido y la repetición a través del silencio y la memoria, y finalmente, la colocación del sujeto colonial en una ficción neurótica mediante la culpa. En este orden de ideas, el enfrentar la comprensión de la estructura de los dispositivos psíquicos implica un acercamiento a los conceptos de lenguaje, ley y deseo en tanto elementos fundamentales de la subjetividad.

Todos estos elementos señalados constituyen los procesos de la corporalidad/subjetividad. Sin embargo, este proceso de la subjetivación en torno a la geopolítica del ser, muestra un específico sentido cuando volvemos al cuerpo y las dinámicas de género. La intención es ver cómo la raza, el género y la sexualidad son producidas por una economía de las sensaciones y emociones.

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 los discursos 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, devela 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, donde se constituye el escenario de la economía libidinal moderna.

De esta manera, el lugar que ocupa el cuerpo TLGBI responde a un proceso donde el dimorfismo sexual y la psiquiatrización del placer perverso (homoerótico y transgenerista) han conformado un campo de acción. La interrogante se desplaza hacia cuales son los referentes analíticos que permiten entender esta situación. Sin duda, esto es encontrado en las consideraciones del feminismo (en primer lugar, en aquel desarrollado en las sociedades europeas estadounidenses, denominado feminismo blanco por las feministas de color) sobre el patriarcado y el contrato sexual/social para explicar el lugar de las mujeres en la cultura. Una primera explicación funda estas condiciones en las relaciones establecidas entre hombres y mujeres mediante la categoría patriarcado, que da cuenta de la posición de inferioridad de las mujeres por parte de la dominación masculina como un proceso histórico y social. Kate Millet afirma:

Si consideramos el gobierno patriarcal como una institución en virtud de la cual una mitad de la población (las mujeres) se encuentra bajo el control de la otra (los

hombres), descubrimos que el patriarcado se apoya sobre dos principios fundamentales; el macho ha de dominar a la hembra, y el macho de más edad ha de dominar al más joven (Millet 1995, 70).

Posteriormente se plantea una crítica a la misma idea de patriarcado como una categoría explicativa para las relaciones entre hombres y mujeres debido a su especificidad histórica. Gayle Rubin sostiene:

“El patriarcado es una forma específica de dominación masculina, y el uso del término debería limitarse al tipo de pastores nómadas como los del Antiguo testamento de que proviene el término, o a grupos similares. Abraham era un patriarca: un viejo cuyo poder absoluto sobre esposas, hijos rebaños y dependientes era un aspecto de la institución paternidad, tal como se definía en el grupo social en que vivía” (Rubin 1996, 47).

A partir de esto, esta autora propone el sistema sexo-género. Sin embargo, a pesar de esta distinción, aquello que caracteriza ambas propuestas analíticas es ubicar en estas relaciones la posición inferior concedida a las mujeres y a las prácticas homoeróticas. Por otro lado, será algunos años más tarde que Carole Pateman brinda una teorización a partir de estos aportes para explicar la misma causa de dichas relaciones, ubicándola en el establecimiento del contrato sexual. Esta autora afirma que el contrato social entre individuos libres e iguales, aquel que funda la sociedad y el estado moderno, encuentra su modo de construcción en un contrato sexual (implicado en las relaciones sociales) que establece el derecho político de los hombres sobre las mujeres (por extensión se debe entender también aquel que la heterosexualidad ejerce sobre las personas con prácticas y deseos homoeróticas y transgenerista). Ella afirma:

“El pacto originario es tanto un pacto sexual como un contrato social, es sexual en el sentido de que es patriarcal -es decir, el contrato establece el derecho político de los varones sobre las mujeres- y también es sexual en el sentido de que establece un orden de acceso de los varones sobre las mujeres -y también es sexual en el sentido de que establece un orden de acceso de los varones al cuerpo de las mujeres.” (Pateman 1995, 11).

A través de este contrato sexual, las libertades y derechos civiles, propios de la esfera pública, se definen como atributos masculinos (y heterosexuales), mientras que las mujeres quedan relegadas a la esfera privada. En esta relación entre contrato sexual y contrato social, Pateman observa que la presencia de la oposición privado/público es otra expresión de la oposición naturaleza/civilidad, cuya manifestación es la dualidad

mujeres/varones, y en donde la esfera “natural” (privada, propia de las mujeres), se opone dicotómicamente a la esfera “civil” (pública o correspondiente a los hombres). En este intercambio cada una adquiere su significado de la otra, ya que para Pateman, por un lado la esfera privada se presupone como un fundamento natural y necesario para la esfera pública, y por otro lado, las decisiones tomadas en el espacio público tienen asimismo una manifestación privada que se expresa en el proceso productivo.

De esta manera, según lo referido anteriormente, podemos observar una correlación entre sexualidad, política y sociedad a partir de los respectivos modos de producción referidos al sentido de la naturaleza (por cierto, no sólo en el ámbito económico de la representación, sino también en el libidinal). Sin duda, el gran problema de la historia política es el sentido de naturaleza que cada sociedad construye, y a partir del cual representa la sexualidad y la sociedad. En la modernidad, dicho sentido de naturaleza ha vinculado a la sexualidad con la idea de sexo y a la sociedad con la idea de familia. Curiosamente, aunque parezca que siempre estuvieron ahí, ninguna de ellas tiene más de tres siglos de existencia. (Laqueur 1994; Gay 1992)

Este proceso de la modernidad es una sumatoria de diversos factores, el desarrollo del cristianismo, las concepciones sobre la ciencia, los procesos demográficos y económicos; sin embargo, un vínculo bastante verosímil es la historia de la corporalidad como síntoma de esta genealogía de la naturaleza. La abstracción figurada en esta imagen del cuerpo continuo ha permitido entender la presencia del ser humano en lo público como una alineación del deseo y del goce en pos de la captación de la virtud cívica. No es casual que las dos grandes interpretaciones modernas de la vida política, la de Hobbes y la de Rousseau, nos hablen de la transformación del ser humano desde un estado primitivo —cuan parecido a lo arcaico y conflictivo— de violencia o bondad a otro contractual. Pero ¿dónde reside la condensación del debate a partir del cuerpo continuo en particular en la modernidad? Sin duda, lo encontramos en las múltiples definiciones que estructuran el sentido de la naturaleza.

En el discurso moderno, cuya producción está íntimamente relacionada con los procesos históricos coloniales, la naturaleza adquiere el sentido de una sustancia normativa (sea de origen divino, metafísico o científico), es decir, se concibe como un significante continuo que define lo bueno y lo malo, excluyendo las posibilidades a través de una suerte de matematización del mundo. El sentido moderno de naturaleza surge del extraño ejercicio eurocéntrico de comprender aquello que no era

comprensible, es decir, a quienes habitaban en los nuevos territorios conquistados, la posición de la tierra en la rotación celeste, los cambios en el orden monárquico-religioso, entre otros. Este proceso (de más de cinco siglos) resulta en la conformación de un discurso moral donde la naturaleza juega el papel de fundamento, a partir del cual ella se establece como ley invariable y buena.

De esta manera, podemos ver como la naturaleza se transforma en un lugar dado (naturalizado), sobre el cual cae un velo que oculta la dinámica social que construye los dispositivos psicosociales que intervienen sobre la corporalidad, por ejemplo el acto corporal de representar el lenguaje (porque no lo dudemos, es un acto corporal). Este sentido de la naturaleza se extiende, sin duda, sobre la economía²⁰ y la sexualidad²¹. Y también se extiende en el quehacer político cuando lo entendemos como una superación contractual.

En esta idea de contrato social, el flujo erótico en tanto presencia se ha eludido a favor de la creación de un derecho iusnaturalista basado en la *naturaleza humana*, que a partir de ese momento debe regular nuestras relaciones. Esta forma de derecho no ha podido ser otro que el derecho negativo, el cual restringe nuestra libertad y nuestra legítima participación en el estado. Con base en esto, la modernidad sólo concede derechos a los humanos en tanto representen (y porque no decir acepten incluso hasta la auto censura) los valores de la naturaleza humana _consagrados inmutablemente en esa economía apolítica del cuerpo_ y la virtud cívica _instituida desde la privatización de lo público.

Dicho esto, hay que advertir, en consonancia con diversas autoras que estas categorías ha tendido han explicar las relaciones mencionadas como productos universales, a pesar que correspondan a procesos específicos. En ese sentido Spivak afirma que:

“Es bien sabido que la noción de lo femenino –más que el subalterno del imperialismo– ha sido usada de forma similar en la crítica deconstructiva y dentro de ciertas variedades de crítica feminista [...] Dentro del itinerario suprimido del sujeto subalterno, la pista de la diferencia sexual esta doblemente suprimida. La cuestión no es la de la participación femenina en la insurgencia, o las reglas básicas de la división

²⁰ Para un amplio desarrollo de esta posición véase el análisis que Lyotard presenta sobre las categorías de cuerpo inorgánico y cuerpo orgánico en el pensamiento de Marx, como una manera de permanecer en un “esquema cristiano” (Lyotard 1990, 145-152)

²¹ Para un amplio desarrollo de esta posición véase el abundante trabajo de Michel Foucault donde se muestra los procesos materiales de la construcción de la sexualidad

sexual del trabajo para cada caso de los cuales hay 'evidencia'. Es más que ambos en tanto objeto de la historiografía colonialista y como sujeto de insurgencia, la construcción ideológica del género mantiene lo masculino dominante." (Spivak 2003, 328).

En este sentido es crucial, entender la interseccionalidad de las categorías mencionadas. El término interseccionalidad fue elaborado por Kimberlé Crenshaw a partir de un debate dentro del feminismo de color y propuesto en la Conferencia Mundial contra el racismo en Sudáfrica 2001, y por el cual daba cuenta de la intersección entre algunas categorías como raza y género al momento de analizar los sistemas de subordinación de las personas. En este sentido, consideraba que el racismo no tiene el mismo efecto entre los hombres y las mujeres afro, o el sexismo entre las mujeres racializadas como "blancas" o "de color. Siguiendo a María Lugones, el entender 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. Esos cambios se introdujeron a través de procesos heterogéneos, discontinuos, lentos, totalmente permeados por la colonialidad del poder, que violentamente inferiorizaron a las mujeres colonizadas, y otras formas de prácticas sexuales no heterosexuales. Entender el lugar del género en las sociedades precolombinas nos rota el eje de comprensión de la importancia y la magnitud del género en la desintegración de las relaciones comunales e igualitarias, del pensamiento ritual, de la autoridad y el proceso colectivo de toma de decisiones, y de las economías. Según ella:

La razón para historizar la formación del género es que sin esta historia, nosotros seguimos centrando nuestro análisis en el patriarcado; esto es, en una formación de género binaria, jerárquica y opresiva, que permanece en la supremacía masculina sin ningún entendimiento claro de los mecanismos por los cuales la heterosexualidad, el capitalismo y la clasificación racial son imposibles de entenderse separados uno del otro. El patriarcado heterosexual ha sido una categoría ahistórica de análisis. (Lugones 2007, 187).

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 posibilidad²². Esta mirada permite centrar el análisis

²² María Lugones, "Colonialidad y género", en: *Tabula Rasa*, N° 9, julio-diciembre 2008, pp. 92-93.

de una economía libidinal desde una perspectiva que tome en cuenta la experiencia colonial.

A partir de estos debates, hay que entender que 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 eugenésicamente 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 (observable en la normativa y las políticas públicas).

En el caso de las personas con deseos y prácticas homoeróticas y transgeneristas, el régimen de la pobreza, inserto en la diferencia sexual y la patologización del deseo homosexual y transgenerista, 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 exclusión 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*, como consecuencia de las múltiples relaciones antes mencionadas, ya que nos permite entender las características de los mecanismos de sexualización en la sociedad peruana. En nuestro contexto, defino la heteronormatividad como el sistema rector de las dinámicas sociales. Este sistema se caracteriza porque los centros del poder definen la

heterosexualidad (a partir del dimorfismo sexual y la psiquiatrización del deseo homoerótico y transgenerista) 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.

A partir de Lauren Berland y Michael Warner se firma 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, inmanentes_ 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 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 y otros 2007), 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. En este sentido, dicho régimen establece múltiples relaciones con los ámbitos estudiados, en primer lugar con las formas concretas de subjetividad, condicionando a las personas TLGBI a una posición marginal donde se reproduce la abyección²³ como resultado de la economía libidinal moderna, donde la anormalidad es su característica primordial. Por otro lado, desde la historia de la gubernamentalidad, se puede considerar todos aquellos mecanismos que reproducen esta condición como un modo legítimo de llevar a cabo la vida, como por ejemplo los debates sobre salud en torno al VIH/sida, la identidad de género o el matrimonio igualitario.

De igual manera, se puede afirmar que la heteronormatividad no solo debe ser leída como un régimen de dominación, sino también como un régimen de producción de

²³ Julia Kristeva, *Poderes de la perversión. Ensayo sobre Louis-Ferdinand Celine*, México, Siglo XXI, 2006, pp. 7-45.

deseo, que constituye la heterosexualidad como una matriz, tal como afirma Monique Wittig: “Es así que se habla de: el intercambio de mujeres, la diferencia de sexos, el orden simbólico, ¿/Inconsciente, ¿/Deseo, el Goce, la Cultura, la Historia, categorías que no tienen sentido en absoluto más que en la heterosexualidad o en un pensamiento que produce la diferencia de los sexos como dogma filosófico y político.” (Wittig 2006, 51). A partir de esto, utilizo el término matriz heterosexual a lo largo de este trabajo, siguiendo a Butler, como

“la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos (...) el cual supone que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable (masculino expresa hombre, femenino expresa mujer) que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad.” (Butler 2001, 38).

Sin duda, 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) deshumanización, 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, quiero anotar algo 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 un conjunto de relaciones. Al revisar los documentos en torno a la normativa, las políticas públicas, y principalmente al carácter de su implementación, se puede observar 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, ya que

no está inserta tanto en el “contrato heterosexual”²⁴ como en la “heterosexualidad obligatoria” (Rich 1996). En ese sentido, rescato 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 y otros 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 colonializa los cuerpos y los deseos de las personas TLGBI. Sin embargo, no se puede 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 solo con la sexualidad. La sexualización de la agenda TLGBI 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.

Debido a esto es importante evidenciar que 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

²⁴ Monique Wittig, en el capítulo *A propósito del contrato sexual* desarrolla la idea de cómo el contrato social en el ideal filosófico occidental está asentado en la práctica heterosexual a partir de su crítica de las políticas de la alianza desde un análisis del lenguaje. “Esta noción es relevante para el pensamiento filosófico, aunque ya no resulte instrumental para el pensamiento científico, por el hecho establecido de que vivimos, funcionamos, hablamos, trabajamos y nos casamos. En efecto, las convenciones y el lenguaje muestran mediante una línea de puntos el cuerpo del contrato social, que consiste en vivir en heterosexualidad.” (Wittig 2006, 66)

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, 51).

Así, propongo 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, afirmo que situar la ciudadanía de las personas TLGBI solamente en una ciudadanía sexual²⁵ es una ficción de las sociedades moderno/coloniales. Si bien, el término ciudadanía sexual se usó para visibilizar, con mucha pertinencia, la necesidad

²⁵ El término ciudadanía sexual es un concepto elaborado alrededor de los años noventa en el mundo académico anglo en torno a la politización de la sexualidad, en particular a la necesidad de hacer público aquello considerado privado, en la línea del debate de los derechos sexuales y reproductivos. Un texto pionero es el de David Evans *Sexual Citizenship. The material construction of sexualities*, publicada en 1993, posteriormente ha habido múltiples aportes en torno al mismo concepto, como el de Jeffrey Weeks en su artículo *Sexual Citizen* (1998). En el 2000 se publica también *The Sexual Citizen: Queer Politics and Beyond*, escrito por David Bell y Jon Binnie. En el mismo año, Susan Rance, explora el concepto afirmando que la ciudadanía sexual “busca integrar la legitimación social y jurídica de diferentes identidades y prácticas sexuales, y la aplicabilidad universal de los derechos de las personas (...)” Susana Rance, Ponencia Presentada en la Mesa Redonda sobre derechos sexuales Jornadas del Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, Cochabamba, 30 de noviembre de 2000, p. 1. Sin duda, el concepto busca quebrar la invisibilidad política de aspectos referidos a la sexualidad, por ejemplo el aborto, el trabajo sexual, la salud sexual y reproductiva, entre otros. Sin embargo, hay una tendencia a englobar todos los aspectos de los derechos de las personas TLGBI a una materia sexual.

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 como si las reivindicaciones de la población TLGBI fueran de carácter estrictamente sexual. Esta estrategia metonímica resulta “sospechosa”, si pensamos en que no existen términos como ciudadanía racial o ciudadanía social, usados en el mismo sentido. Sin duda, este concepto ha abandonado una visión metafísica y biologicista de lo sexual, pero insiste en comprender demandas como la identidad trans o el reconocimiento de las relaciones afectivas, entre otras, a través de una categoría cuyo efecto pragmático fue el encerramiento de las subjetividades TLGBI en el orden de la anormalidad.

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 entretajan 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 Estado, no sin grandes dificultades. En esta misma lógica, mi uso del término *diversidad sexual* procura desplazar el régimen de la sexualidad. A pesar del debate en torno a la categoría (Núñez 2011), la retomo a partir de una 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 y otros 2007, 28).

A partir de todo lo expuesto, se puede afirmar que la posición de las corpusubjetividades TLGBI, por un lado, es producto de una serie de relaciones históricas y políticas construidas en el ligamen entre el dispositivo de la sodomía, el

dimorfismo sexual y la patologización del deseo homoerótico y transgenerista, conformadas mediante la pragmática de los discursos pastoral, jurídico y médico implementados a lo largo de los últimos seis siglos. El resultado más definido ha sido el “régimen moderno/colonial de género” (Lugones 2007, 2008). Por otro lado, esta misma posición, base de la heteronormatividad, produce y mantiene la “matriz heterosexual” la cual a través de la homofobia estructural incide en la marginalización de las prácticas homoeróticas y transgenerista. En principio, estas dimensiones han definido las rutas del devenir de las relaciones y demandas de la comunidad TLGBI dentro las sociedades contemporáneas.

Capítulo dos

Normativa en salud sobre personas TLGBI en el Perú en el contexto andino

El devenir sujeto sexual se muestra en el desarrollo de una genealogía marcada por la constitución de diversos dispositivos. Específicamente, los sujetos TLGBI han sido representados a través de diversos discursos que se entrelazan continuamente. Construir los límites de esta corposubjetividad, exige explorar los enunciados que han dado cabida a este orden mediante un análisis del cuerpo normativo. Se privilegia este material debido a su importante papel en el desarrollo de la historia de la gubernamentalidad, objeto de este trabajo, el cual configura al sujeto abstracto y por tanto sus respectivas anomalías. Ante nosotros “Tenemos al individuo jurídico tal como aparece en esas teorías filosóficas o jurídicas: el individuo como sujeto abstracto, definido por derechos individuales, al que ningún poder puede limitar salvo si [él] lo acepta por contrato” (Foucault 2007, 79), y específicamente al sujeto jurídico sexual.

Por tanto, 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 el Perú en comparación con los otros países andinos entre 1990 y 2010, haciendo énfasis en los vacíos. En términos globales, analiza aquello producido en torno a los derechos humanos TLGBI, y profundiza, con especial cuidado la normativa en salud referida a dicha inclusión/exclusión. En este campo, toma en cuenta tanto la normativa general en salud y en concreto las leyes referidas a VIH/sida. Sin embargo, esta suerte de genealogía del actual discurso jurídico no busca limitarse a señalar sólo las estrategias de dominación, sino también presenta algunas reflexiones desde el activismo TLGBI peruano dentro del contexto andino.

2.1. Los primeros avances en la normativa: aparición de la subjetividad 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 ciertamente 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 femenina y principalmente masculina, 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.

2.1.1 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 el Perú, es analizar comparativamente los debates constitucionales 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 de los colectivos 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).

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 2009a, 19; Huaco 2013, 247-260). 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).

En el **Cuadro N° 1** presentamos citas textuales de las constituciones de Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú, las cuales nos permiten tener una visión panorámica de los avances que han llevado a cabo estos cuatro países con respecto de la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género.

CUADRO N° 1: INCLUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO EN LAS CONSTITUCIONES POLÍTICAS DE BOLIVIA, , ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
Bolivia	<p>Sí 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>
Ecuador	<p>Sí 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</p>

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."

Artículo 66.- "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."

Se establece como obligación de las y los ecuatorianos:

Artículo 83.- "14. Respetar y reconocer las diferencias [...] y la orientación e identidad sexual."

La Constitución consagra el derecho a la identidad en las siguientes dimensiones:

Artículo 66.- "28. El derecho a la identidad personal y colectiva [...]."

Como derecho de cultura se menciona:

Artículo 21.- "Derecho a construir y mantener su propia identidad cultural."

**Colom
bia**

No se menciona orientación sexual, ni identidad de género.

Artículo 13.- "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."

Perú

No se menciona orientación sexual, ni identidad de género.

Artículo 2.- "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."

Artículo 7.- "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."

Fuente: Constitución Política de Bolivia (2009), Constitución de la República del Ecuador (2008), Constitución Política de Colombia (1991 con reformas hasta 2005), Constitución Política del Perú (1993).

Elaboración propia.

Del análisis de las citas presentadas, se pueden analizar algunas ideas centrales. En primer lugar, se debe 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, se puede 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.

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. Al analizar el **Cuadro N° 2**, se puede ver que en el Tribunal Constitucional de Ecuador y en el de

Bolivia se presentan una menor cantidad de casos (al menos hasta el año 2010), lo cual difiere de Colombia y Perú, donde esta instancia es un ámbito de acción jurídica más frecuentada e, incluso, con mayor eficacia (específicamente el caso colombiano).

CUADRO N° 2: SENTENCIAS DE LOS TRIBUNALES CONSTITUCIONALES RECONOCIENDO LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS TLGBI EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
Bolivia	No hay sentencias del Tribunal Constitucional Pluricultural de Bolivia.
Ecuador	<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>
Colombia	<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>

Sentencias T-692 de 1999, T-1390 de 2000, T-1025 de 2002, T-1021 de 2003: Para personas intersex, respeto a la decisión de los padres, asistencia médica, toda cirugía con consentimiento informado.

Fallo de tutela T-1096 de 2004: Visita conyugal y obligatoriedad de respeto a la dignidad de presos y presas LGBT.

Sentencia C-075 de 2007: Herencia o régimen patrimonial de compañeros permanentes.

Sentencia C-811 de 2007: Filiación de compañero o compañera permanente al régimen de salud.

Sentencia C-336 de 2008: Beneficio de régimen de pensión para él o la cónyuge.

Sentencia C-798 de 2008: Asistencia alimentaria para parejas del mismo sexo.

Sentencias C-075 de 2007, C-811 de 2007, C-336 de 2008, C-798 de 2008, C-029 de 2009: Han reconocido a las parejas del mismo sexo.

Perú

Sentencia Tribunal Constitucional 30 de octubre del 2004: Exige modificar el *Código de Justicia Militar* por discriminar debido a la orientación sexual.

Sentencia recaída en el Expediente N° 2868-2004-AA/TC

ÁNCASH, del 24 de noviembre del 2004: “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”.

Sentencia recaída en el Expediente N° 2273-2005-PHC/TC, del 20 de abril del 2006: Cambio de nombre de la mujer trans Karen Mañuca Quiroz.

Sentencia del Tribunal Constitucional del 20 de marzo del 2009: Considera el derecho de recibir visitas conyugales sin discriminación por orientación sexual.

Sentencia recaída en el Expediente N° 00926-2007-PA/TC LIMA, del 3 de noviembre del 2009: Exige reponer a un estudiante expulsado de la Escuela de la Policía Nacional por su orientación sexual.

“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 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.”

Fuentes: Tribunal Constitucional Pluricultural de Bolivia, Tribunal Constitucional de Ecuador, Corte Constitucional de Colombia y Tribunal Constitucional de Perú.

Elaboración propia.

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.

En el Perú, 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 sexual (TCP 2004). 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 sentencia²⁶ 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 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

²⁶ TCP, Sentencia EXP. N° 2868-2004-AA/TC.

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” (TCP 2009).

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.

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”²⁷.

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

²⁷ 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.

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, preconcepciones o prejuicios”.

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.

2.1.2. 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), tiene la finalidad de asegurar 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 (iglesia católica y comunidades cristianas) sobre el plan, aunque el documento gozaba de la aceptación de quienes habían participado en el proceso de consulta.

En la versión preliminar del Plan Nacional de Derechos Humanos fueron recogidas todas las demandas del movimiento TLGBI fueron recogidas, 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 TLGBI, 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 estigmatización 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 (CNDH 2005).

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 Távara, inició una campaña 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”²⁸.

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

²⁸ Carta dirigida al Consejo Nacional de Derechos Humanos, 20 de noviembre de 2005.

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 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* (CNDH 2005).

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. Se puede observar en el **Cuadro N° 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, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

<p>Bolivi</p> <p>a</p>	<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 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>Ecuad</p>	<p><i>Ordenanza Metropolitana # 240 de Inclusión de la diversidad sexual GLBT en las políticas del Distrito Metropolitano de Quito. Declarando: “La Municipalidad del Distrito</i></p>

or	<p>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;</p> <p>Rashell Erazo, Presidenta de Alfil, grupo activista Transexual; Efraín Soria, coordinador de Proyectos de Equidad, Fundación GLBTI; 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 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</p>
Colombia	<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”. 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”.</p> <p>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 Género, reconociendo la orientación sexual como condición de diversidad.</p>
Perú	<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>

Fuentes: Normativa nacional y regional de cada país.

Elaboración propia.

Por otro lado, en el **Cuadro N° 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

a	<p>Bolivi</p> <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”, 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.</i></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 nombre la orientación sexual e identidad de género”.</i></p> <p><i>Ordenanza Municipal N° 099/2011 del municipio de El Alto instituyendo el día de la lucha contra la homofobia, lesbofobia y transfobia.</i></p> <p><i>Ordenanza municipal N° 121/2011 del municipio de Santa Cruz contra el racismo y toda forma de discriminación.</i></p>
----------	--

<p>Ecuador</p>	<p><i>Ordenanza Metropolitana # 240 de Inclusión de la diversidad sexual GLBT en las políticas del Distrito Metropolitano de Quito (2008)</i></p> <p>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>Colombia</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. (...)”.</i></p> <p><i>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>También podemos encontrar dichas políticas en Medellín y Cali</p>
<p>Perú</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 (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: Picsí, Olmos (N° 018-2009), Illimo, Jayanca, y San José en Lambayeque, Villa el Salvador (N° 192-MVES) en Lima.</p>

**Fuente: Normativa regional y local de cada país.
Elaboración propia.**

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 (Nº 145-GOB.REG-HVCA/CR en el mes de noviembre), y de Junín. También, las ordenanzas de las municipalidades provinciales del Callao (Nº 000026), de Canchis (Cusco) en el mes de junio, de Cajamarca en septiembre. Con respecto a las ordenanzas distritales tenemos: Picsi, Olmos (Nº 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, trans femeninos y masculinos 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 N° 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, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
a	<p>Bolivi 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.</p>
dor	<p>Ecuador 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.</p> <p>En el <i>Artículo 212.6</i> se establece que “Será sancionado con prisión de uno a tres años, el que en ejercicio de 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”.</p> <p>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>
mbia	<p>Colo “<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).</p>

Directiva Permanente 06 del 2010 de la Policía Nacional (DIR-LGTBI-2010):

“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”.

Código Penal. Artículo 58: 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).

No se registra la orientación sexual e identidad de género de las víctimas en las direcciones seccionales de la fiscalía.

Sentencia T-301 de 2004 de la Corte Constitucional. Las detenciones preventivas administrativas no pueden tener como fundamento la orientación sexual y/o identidad de género de la víctima.

Perú

Existe un proyecto de ley, el cual fue encarpelado:

Proyecto de Ley Contra las Acciones Criminales Originadas por Motivos de Discriminación. Artículo 46D: Circunstancia agravante del agente. “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 y cinco años de pena privativa de la libertad. Entiéndase 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 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).

Fuente: Suplemento del Registro Oficial de Ecuador, Colombia diversa, Red Peruana TLGB.

Elaboración propia.

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 países²⁹. 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.

2.1.3. Otros ámbitos normativos de la situación TLGBI

²⁹ 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.

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 N° 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, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
a	<p>Bolivi <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>
or	<p>Ecuad <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 explícitamente dice:</i></p>

“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.

Mediante *Acuerdo ministerial 403*, 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.

Colombia

Colo *Ley 115 de 1994. Ley General de Educación (con modificación durante el 2006 del Art 14)*: Establece la obligatoriedad de la educación sexual. No se menciona orientación sexual ni identidad de género.

Proyecto de acuerdo N° 334 de 2008 del Concejo Municipal de Bogotá: “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).

Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (desde el 2008). Alojado en el Ministerio de Educación, con apoyo de UNFPA. Producción de materiales y capacitación a docentes.

Perú

Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral, aprobado por Resolución Directoral N° 0180-2008-ED el 16 de julio del 2008: Se incluye la orientación sexual e identidad de género en el concepto de violencia de género, mas no hay mayor desarrollo.

Ley N° 29719, Ley que Promueve la Convivencia sin Violencia en las Instituciones Educativas (Ley Antibullying) (2011) “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).

Fuente: Ley de la Educación de Bolivia, Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación de Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia de Ecuador, Ley General de Educación

de Colombia, Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral del Perú, Ley N° 29719, Ley que Promueve la Convivencia sin Violencia en las Instituciones Educativas del Perú. Elaboración propia.

En relación con el derecho a formar familias, en el **Cuadro N° 7**, 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. 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, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

Bolivia

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 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”.

Ecuador

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

or	<p>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.</p> <p>“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).</p> <p>Artículo 67.- Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá 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>
bia	<p>Colom No hay desarrollo legal.</p> <p>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.</p> <p>Tampoco ha habido ninguna ley aprobada sobre matrimonio igualitario o unión de hecho entre personas del mismo sexo</p>
Perú	<p>No hay desarrollo legal.</p> <p>"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 (...)”</p> <p>"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>

**Fuente: Normativa constitucional de cada país.
Elaboración propia.**

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 encapetada (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 femeninas y masculinas. 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. Hasta el 2010, 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 (al 2015, esta prohibición sigue en pie, durante este año en Ecuador se ha iniciado un reforma de la Ley de registro civil que aún está pendiente; de igual manera, en Bolivia se ha presentado la propuesta de un ley de género).

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, si observamos el **Cuadro N° 8**, podemos ver que 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 económicas y sociales a iniciar el proceso judicial pertinente.

CUADRO N° 8: RECONOCIMIENTO DEL ACCESO DEL DERECHO A LA IDENTIDAD PARA PERSONAS TLGBI EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

<p>Bolivi a</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: 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</p>
-----------------------------------	--

nacimiento y tarjeta prontuaria, la cual es declarada probada en la Resolución N° 283/2008 (CDC, 2011).

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).

Ecuador

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.

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.

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).

Colombia

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.

Sentencia T-594 de 1993: 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”.

Sentencia T-391/12: 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.

Perú

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.

La RENIEC no ha implementado ninguna política.

Hay ocho demandas que fueron fundadas por cambio de nombre o de sexo (Red Peruana TLGB, 2012).

**Fuente: Capacitación y Derechos Ciudadanos, Colombia diversa y Red Peruana TLGB.
Elaboración propia.**

Como alternativa a esta realidad que limita el derecho a la identidad, en Ecuador el Proyecto TRVNSGÉN3RO ha instituido la cédula de ciudadanía alternativa, con el auspicio del Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos y la Dirección de Seguridad Ciudadana de Quito. En dicha cédula, concebida bajo los principios del pluralismo jurídico, se consigna en primer lugar el nombre cultural, a continuación el nombre legal, el género, el sexo legal, las intervenciones corporales que se haya realizado la persona, la edad y la asociación a la que pertenece (Almeida y Vásquez 2010).

Es importante resaltar que, en el caso de las personas trans en el Perú, la negación del derecho a la identidad 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.

2.2. 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 el ordenamiento peruano descrito párrafos arriba, 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. En torno a la década de los setentas del siglo XX, una serie de posturas críticas hacia el derecho en la academia estadounidense, dentro de la misma disciplina hizo su aparición, bajo en nombre de *Critical Legal Studies*. Sus planteamientos ligados a la izquierda estuvieron fijados, en primer lugar, a realizar una crítica interna de la razón jurídica (Kennedy 1992, 103-108). Posteriormente, desde 1983, este enfoque se centra en los debates sobre los derechos de las personas, en donde

las posturas dominantes reflexionaban sobre la utilidad de dichos concepto. Por un lado, surge una postura que reduce la importancia de su uso debido a su inconsistencia e incoherencia (Kennedy s/f). Por otro lado, en respuesta a esta actitud, surgen grupos que procuran reestructurar el concepto, previas reformulaciones. En este horizonte surgen dos relevantes, la línea feminista que intenta profundizar en la mirada liberal del derecho (como por ejemplo Elizabeth Schneider y Martha Minow) y también otra que incorpora el debate racial en el sentido de una lucha contra el racismo, donde se encuentran personas como Patricia Williams, Richard Delgado y la propia Kimberle Crenshaw, la artífice del concepto de interseccionalidad (Kennedy 1992, 105). A partir de la década de los noventa, los Cultural Legal Studies actualizan y profundizan las críticas, sumando en sus debates aquellos aportes del post estructuralismo en sus variantes feminista y antirracista, lo cual genera un diálogo con la interseccionalidad del feminismo de color y la post colonialidad, y de igual manera, con los movimientos gay y lésbico.

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 etnocentrismo³⁰. 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 nuestra región, 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

³⁰ Ejemplos de esto, desde una postura liberal, son los debates elaborados por ejemplo por la abogada afroestadounidense Patricia Williams, quien sostiene que muchas veces el lenguaje de derechos está vacío para las “minorías raciales”, ya que su único derecho es decir que no tienen derechos. También tenemos a Catherine Mackinnon, quien construye una crítica a la privatización ya que este proceso despolitiza los problemas e injusticias socialmente construidos. En Latinoamérica, el trabajo de Alda Facio (1992) es pionero en este sentido, en su libro *Cuando el género suena, cambio trae (Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*.

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 jugar 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).

Una segunda perspectiva sobre el mismo problema, parte de una crítica al núcleo duro del establecimiento de los derechos como fenómeno jurídico, sin duda esto no significa la desatención a la demanda. En primer lugar, se inicia evidenciando una ruptura con el régimen androcéntrico del lenguaje en los términos de desplazar su carácter hegemónico desde una visión de lo femenino en tanto exterioridad. En suma, lo femenino viene a instituirse como la diferencia por relación al orden logo-falo-céntrico que, en particular desde la razón moderna constituyente, ha venido a diseñar el universo simbólico predominante. Esto avalado en la idea de Irigaray, quien sostiene que “lo femenino es lo desconocido en la ciencia (...), el fleco ciego del logocentrismo” a partir del cual “La mujer, después de haber sido ignorada, olvidada, diversamente congelada en espectáculos, envuelta en metáforas, sepultada bajo figuras bien estilizadas, realizada en distintas idealidades, se tomaría ahora en el ‘objeto’ a considerar (...) y a introducir (...) en la teoría.” (Irigaray 2007, 130). En esta línea, se plantea la posibilidad de crear un proyecto político, siempre a partir de evidenciar la existencia de una “heterosexualidad obligatoria” (Wittig 2006; Rich 1996) que reconozca la importancia de deconstruir la identidad conformada simultáneamente por múltiples dispositivos como el de la raza, la sexualidad y la clase (Lugones 2007; Lugones 2008).

De esta manera, la discriminación y la pobreza no aparecen como correlato de integración/inclusión 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. He realizado una descripción de la normativa peruana 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 el

estado peruano, a todas luces, en la práctica, hace 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 el Perú, al igual que en los otros países andinos, la relación entre ciudadanía y derechos 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 vacío, como diría Laclau³¹, 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 de género”. El uso de este término, tomado del trabajo de Judith Butler, hace referencia a dos sentidos, el primero “gira en torno a esta metalepsis, la forma en que la anticipación de una esencia dotada de género provoca lo que plantea como exterior a si misma.” (Butler 2001, 15). El segundo a una actuación repetidamente compulsiva sobre el cuerpo 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

³¹ En términos generales, los significantes vacíos son términos polisémicos que pueden inscribirse en diferentes proyectos hegemónicos, incluso opuestos o en lucha. Dicha categoría fue definida por Laclau (1996) en su ensayo *¿Por qué los significantes vacíos son tan importantes para la política?*, publicado en *Emancipación y diferencia*. El significante vacío es un elemento vaciado de todo vínculo con significados particulares que asume el papel de “representar el puro ser del sistema”, es un “término que en un cierto contexto pasa a ser el significante de la falta” (Laclau, 1996, 82)

economía libidinal (Butler 2001, 15). 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 (Jameson y Žižek 1998). 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 (1983, 1994a, 1994b), siempre en debate con Deleuze y Guattari (1995; 2002), 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 argumentación es imposible olvidar el origen moderno/colonial del propio discurso de los derechos humanos.

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. Mi uso de las herramientas psicoanalíticas y filosófica referidos al vínculo entre subjetividad y derechos humanos se enmarca en el estudio de la dinámica 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 concretizan 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 (tratamiento antirretroviral de gran amplitud) 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, el acceso a productos farmacéuticos), son parte de una cadena que limita y pauperiza la existencia de quienes acuden al sistema de salud. En la cotidianeidad, 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] (OMS 1946).

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, al que hace referencia la OMS, 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, conocida como 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 integral 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 [...] [para el mantenimiento de la vulneración de derechos, que contribuye a la mortalidad, la discriminación y la insatisfacción] (Ríos 2004, 35-36)

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 riesgo”, 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.

Parto 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, observo 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; Villanueva 2009; Yamin 2002, 9-51). 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.³²

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 obligan a observar de qué manera cada Estado las enfrenta mediante programas o políticas concretas³³

Por otro lado, el 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

³² Paul Hunt, Informe provisional del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, numerales 11, 12, 13, y principalmente el 53 en: <https://www.escri-net.org/docs/i/431829>

³³ Paul Hunt, *Op.Cit.* numerales 75 y 83 .

niveles esenciales del derecho a la salud corresponden a la atención primaria básica de la salud³⁴.

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 sanitaria 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 cada componente. 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

³⁴ CDESC, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), numeral 12, en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

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 y el/a 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 (CDESC 2000, 12c).

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 tener médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC 2000, 12d).

Desde la perspectiva TLGBI, el balance entre una postura crítica hacia las prácticas discursivas de los derechos humanos en el Perú, 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, nuevamente, que no puede limitarse a algo parecido a una ciudadanía sexual, circunscrita sólo a derechos sexuales y reproductivos.

2.3. 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 N° 9** los mencionados artículos:

CUADRO N° 9: INCLUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO EN LAS CONSTITUCIONES DENTRO DEL ÁMBITO DEL DERECHO A LA SALUD EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
Bolivia	No se menciona orientación sexual ni identidad de género. Artículos 18; 35, 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44 y 45.
Ecuador	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”.
Colombia	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.

Perú	<p>No se menciona orientación sexual ni identidad de género.</p> <p><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 [...].</p> <p><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.</p> <p><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.</p>
-------------	--

**Fuente: Normativa constitucional de cada país.
Elaboración propia.**

Por un lado, en el ámbito de salud, sin duda, la más importante normativa está referida a las leyes generales de salud. De acuerdo a la información presentada en el **Cuadro N° 10**, se puede decir que existe sólo una mención sobre orientación sexual en Ecuador, referida al campo de las comunicaciones en relación con la salud.

CUADRO N° 10: INCLUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO EN LAS LEYES GENERALES DE SALUD EN BOLIVIA, , ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

Bolivi a	<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>
Ecuad or	<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)</p> <p>Libro 1. Título 1. Capítulo 1. Disposiciones generales.</p> <p>Artículo 27.- Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de</p>

	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.
Colombia	No se hace mención ni a la orientación sexual, ni a la identidad de género. <i>Ley 100 de 1993</i> reformada con la <i>Ley 715 de 2001</i> y la <i>Ley 1122 de 2007</i> .
Perú	No se hace mención ni a la orientación sexual, ni a la identidad de género. <i>Ley general de Salud 26842</i> del 20 de Julio de 1997.

**Fuente: Leyes generales de Salud de cada país.
Elaboración propia.**

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, se ha encontrado una resolución ministerial que protege contra la discriminación a las personas TLGBI.

Por otro lado, se evidencia que esta misma invisibilización ocurre en las leyes referidas a la seguridad social, entre las cuales ninguna hace la referida mención como se observa en el **Cuadro N° 11**. Sin embargo, como se verá 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 DE GÉNERO EN LAS NORMAS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN BOLIVIA, , ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

<p>a</p>	<p>Bolivi</p> <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>or</p>	<p>Ecuad</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 Individual y Familiar.</p>
<p>mbia</p>	<p>Colo</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. <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>Perú</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</p>

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).

**Fuente: Normativa nacional sobre Seguridad Social de cada país.
Elaboración propia.**

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, me 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 tutela 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.

2.4 Normas en VIH/sida (referidas las personas TLGBI)

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 (véase la introducción de este trabajo) , 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.

Como veremos a continuación, 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, se puede 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 (Cueto 2001).

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 desarticulación 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 transgenerismo 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”³⁵. 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 concurran 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

³⁵ Ley No. 25275, 24 de julio de 1990, en: <http://docs.peru.justia.com/federales/leyes/25275-jul-23-1990.pdf> (accesado el 1 de noviembre de 2015).

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 N° 12** se presenta 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, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

Bolivia

Resolución Secretarial N° 0660 (diciembre 1995).

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): Garantiza la igualdad ante la ley de personas que viven con VIH/sida, a respetar privacidad y confidencialidad.

Artículo III.- Creación del Consejo Nacional del VIH/sida que coordinará el Programa Nacional en el tema.

Ley de Prevención del VIH/sida: Artículo 32.- 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.

Artículo 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. Se ha presentado (2010) un proyecto que busca establecer un "Sistema Único de Salud" donde el aseguramiento sea gratuito e integral.

Decreto Supremo 24.547 reglamenta la Ley 1687 de 1997 y en el subtítulo "Personas que no pueden ser donantes" (artículos N° 12, 14 y 16) especifica entre los excluidos a "hombres que tienen sexo con hombres, bisexuales".

Resolución Ministerial 0711 para la prevención y vigilancia del VIH/sida en Bolivia, del 2002.

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)".

Ecuado

r

Artículo 35 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 *Artículo 11* que establece la no discriminación a los portadores del virus.

Artículo 67 de la Ley Orgánica de Salud.- 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.

Nueva Ley Integral VIH 2006 (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, 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".

Acuerdo No. 398 del 13 de Julio de 2006, 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.

Colom

bia

Resolución 5261 de 1994.

Artículo 117: 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.

Decreto 1543/1997: Reglamentación del manejo de VIH e ITS: decreta entre otros, la

obligación de atención integral

En el *Artículo 12* 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.

Artículo 39.- No discriminación.

Ley 972 del 2005, artículo 3: 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.

Acuerdo 143 (2005) del Concejo distrital de Bogotá

Ley 1098 del 2006: Derechos de protección de niños y adolescentes de la transmisión del VIH e ITS.

Decreto 3039 del 2007, donde el Plan Nacional de Salud Pública define como prioridad la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo al VIH.

Ley 3442 de 2006: se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/sida y los Modelos de Gestión Programática en VIH/sida.

Acuerdo 08 de 2009: 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.

Perú

Doctrina, normas y procedimientos para el Control de las ETS VIH/SIDA (1996)
Resolución ministerial 235-96- SA/DM.

LEY N° 26626 CONTRASIDA de 1996, modificada por la Ley N°28243.

Artículo 1.- 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).

Objetivos:

- a) Coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/sida y las ETS.
- b) Promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/sida y las ETS.
- 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.

La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:

- a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social; b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria;
- 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 PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema;
- d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para

mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS; y,
e. Otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la atención integral de la salud.

Artículo 8.- La Ley de Presupuesto considerará como gasto prioritario dentro de la partida del sector salud el presupuesto para la ejecución de CONTRASIDA.

Directiva N° 008-98-PROCTSS, Profilaxis con Cotrimoxazol e indicación de recuento de Linfocitos CD4+ en pacientes VIH positivos. (1998)

Resolución Ministerial 081-99-SA/DM Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/sida (1999)

Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/os Trabajadoras/es Sexuales y HSH (N° 030-MINSA/DGSP - V.01).

Ley 27450, Ley que exonera de impuestos a medicamentos ARV (2001).

Ley 27270, Ley que penaliza la discriminación sin hacer mención de la orientación sexual e identidad de género.

Directiva N° 09-MINSA/GGSP-DEAIS-V.01 mediante la cual se implementa el Sistema de Promotores Educadores de Pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS y VIH/sida.

**Fuente: Normativa nacional de cada país.
Elaboración propia.**

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 desde la misma entrega hasta las condiciones estructurales para proveerlos (como por ejemplo la exoneración de impuestos con el fin de abaratar sus costos). En el **Cuadro N° 13** se presentan las normas sobre los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH/sida, lo cual 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 EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
Bolivi	<i>Ley 1737 de 1996: Política Nacional del Medicamento.</i>
a	<i>Decreto supremo N° 0451 (17 de marzo de 2010).</i> El artículo 13 garantiza el acceso al tratamiento antirretroviral.
Ecuad	<i>Ley 2000-11, Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/sida:</i>
or	Establece la exoneración de impuestos a las exoneraciones de medicamentos e insumos para combatir el VIH/sida.

“Ley de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano (Codificación N° 2005-019)”.

Colombia

Resolución 5261/1994: Anticuerpos para VIH 1 y VIH 2, Western Blot, CD4, CD8.

Acuerdo 228/2002; Acuerdo 282/2004; Medicamentos antirretrovirales e inhibidores de la proteasa.

Régimen Subsidiado: *Acuerdo 306/2005;* Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad: *Acuerdo 336/2006;* *Acuerdo 380/2007:* condón masculino de látex; *Acuerdo 368/2007.*

Ley 972 de 2005: 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.

Perú

Directiva sobre Profilaxis con Cotrimoxazol e Indicación de Recuento de Linfocitos CD4 en Pacientes VIH Positivos (008-98-PROCETSS).

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).

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.

1.2. El ingreso a la TARGA es voluntario.

“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”.

Ley 27450 del 19 de mayo del 2001:

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.

Ley 28243 (31 de mayo 2004) que amplía y modifica la Ley 26626:

establece la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, priorizando a los grupos vulnerables y de pobreza extrema.

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).

Fuente: Normativa nacional de cada país.

Elaboración propia.

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). Hay que considerar que la presencia de ensayos clínicos refleja una vez más la relación geopolítica entre los países del Norte y los países del Sur, puesto que es la población de estas naciones no hegemónicas la que termina siendo objeto de estudio y ensayo. En el Sur existe una creciente liberalización que permite la implementación de ensayos por parte de la industria farmacéutica internacional en sujetos que viven en situación de pobreza. Este escenario reafirma las relaciones extractivistas existentes entre el Norte y el Sur, ya no con respecto a recursos naturales, sino más bien con la propia vida de las personas.

El **Cuadro N° 14** nos muestra el panorama normativo de la región en relación al diagnóstico y la confidencialidad de los ensayos clínicos en Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú.

CUADRO N° 14: NORMAS SOBRE DIAGNÓSTICO Y CONFIDENCIALIDAD DE ENSAYOS CLINICOS EN VIH/SIDA DE BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

Bolivia *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: [...]”.

Decreto supremo N° 0451 (17 de marzo de 2010), artículo 43.

<p>or</p>	<p>Ecuador <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.-</i> 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.</p> <p><i>Artículo 5.- Derecho a la información.-</i> (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 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).</i></p> <p><i>Artículo 5:</i></p> <p><i>k. Consentimiento previo informado.-</i> 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>
<p>mbia</p>	<p>Colombia <i>Decreto 1543/1997, Artículo 37.-</i> Derecho al consentimiento informado en las prácticas de laboratorio para VIH. (Capítulo IV: Investigación).</p> <p><i>Ley de ética médica (ley 23 de 1981).</i></p> <p><i>Resolución 8430 de 1993.</i></p>
<p>Perú</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>

**Fuente: Normativa nacional de cada país.
Elaboración propia.**

Según Otero-Ruiz, las normas colombianas

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, 56).

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

2.5. Normatividad y representaciones de las corposubjetividades de las personas TLGBI

Las situaciones descritas en relación con las personas TLGBI, nos muestran que el discurso hegemónico formula progresivamente una relación entre estado, gobierno y demanda (siempre situada en un cuerpo), a partir del surgimiento de la lucha por la despenalización de la homosexualidad o la lucha en contra de la discriminación en los casos donde ya no estaba penalizada. Sin duda, la creciente organización del movimiento (básicamente gay y lésbico) tuvo un papel significativo. En los casos de Perú y Bolivia donde ya no estaba penalizada se caracterizó por la generación de un movimiento centrado en la visibilización y la defensa de la libertad en torno a la orientación sexual. En Colombia, cuya despenalización se dio gracias a un proceso de reforma del código penal a principios

de los ochentas, también se centró estos referentes. El caso ecuatoriano, cuyo proceso fue tardío (1997) mediante una sentencia del Tribunal Constitucional, canalizó una mayor organización comunitaria (no solo gay, sino trans femenina) previa que fue catalizada en un contexto de intensa movilización social. En estos términos, se fue construyendo los estratos de la relación entre estado, gobierno y demanda, siempre centrada en la defensa por el derecho a la vida y no discriminación. El lugar de lucha estuvo centrado en incorporar la orientación sexual y más adelante la identidad de género.

Este escenario también hace interrogarnos sobre cómo el surgimiento/desplazamiento de la normatividad y los mecanismos jurídicos, ha representado la subjetividad política de las personas TLGBI. Esta relación, cuyo horizonte político se estructura entre la privatización de lo público y la politización de la intimidad, ha estado en los países andinos desde su fundación hasta la actualidad, expresada entre la prohibición y la inclusión/exclusión.

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, el cual nos enfrenta a la producción misma de la posición del sujeto, ya que “(...) no se puede decir que el individuo preexistente a la función sujeto, a la proyección de una psique, a la instancia normalizadora. Al contrario, el individuo apareció dentro de un sistema político porque la singularidad somática, en virtud de los mecanismos disciplinarios, se convirtió en portadora de la función sujeto. El individuo se constituyó en la medida en que la vigilancia ininterrumpida, la escritura continua y el castigo virtual dieron ese marco a ese cuerpo así sojuzgado y le extrajeron una psique; y el hecho de que la instancia normalizadora distribuyera, excluyera y retomara sin cesar ese cuerpo-psique sirvió para caracterizarlo” (Foucault 2007, 78). Vigilancia mostrada en la auscultación médica, escritura realizada en la construcción del saber y castigo virtual en las prácticas policiales que acompañaron el posicionamiento del homosexual. Por otro lado, apunta a la construcción de la demanda por parte de los colectivos TLGBI.

Por lo tanto, el problema al cual esto nos enfrenta es la misma concepción dentro del pensamiento occidental que reterritorializa, de manera continua, 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. Esta operación se representa en aquella imagen del “individuo jurídico, que fue sin duda el instrumento mediante el cual la burguesía reivindicó el poder en su discurso, y el individuo

disciplinario, que es el resultado de la tecnología utilizada por esa misma burguesía para constituir al individuo en el campo de las fuerzas productivas y políticas.” (Foucault 2007, 80)

Específicamente, con respecto al Perú, el conjunto de normas y prácticas recogidas anteriormente, nos exige preguntarnos cómo el discurso de la ciudadanía y cierta práctica de los derechos humanos puede entender 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, lo cual se muestra en particular en la historia de las normas en torno al VIH/sida, y sin duda, en la dificultad por ampliar la práctica de los derechos humanos en todos los ámbitos.

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 y clasificación social, 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, ya que “lo esencial en todo poder es que su punto de aplicación siempre es, en última instancia, el cuerpo.” (Foucault 2007, 31)

Hemos visto cómo desde hace varios siglos estos mecanismos han ido construyendo una cartografía similar. La relación entretejida 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. Es ese mismo proceso el que

construye la subjetividad no solo en sentido negativo, sino antes bien en un sentido productivo, caracterizado “(...) ante todo por implicar no una sustracción del producto, de una parte del tiempo o de tal o cual categoría de servicio, sino una captura total o, en todo caso, que atiende a ser una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos, el tiempo, el comportamiento del individuo (...).” (Foucault 2007, 66). Con ello se funda la economía libidinal.

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 anatomo 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).

En razón de esto, el 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. “En una palabra, podemos decir que el poder disciplinario _y esta es sin duda su propiedad fundamental_ fabrica cuerpos sujetos, fija con toda exactitud la función sujeto al cuerpo; [sólo] es individualizante [en

el sentido de que] el individuo no [es] otra cosa que el cuerpo sujeto.” (Foucault 201, 77)

De esta manera, el interdicto es la herramienta conceptual que me permite comprender las operaciones que cada discurso realiza sobre la subjetividad. Entiendo el interdicto desde un acercamiento etimológico. Por un lado, dicto proviene del participio del verbo latino *dire*, *dictum*, que refiere un dicho, un decir. En ese sentido, ligado a la enunciación de la ley y de la norma. Por otro, inter señala el entre, el punto medio, la mediación. En conjunto, interdicto señala desde esta interpretación dos posibles sentidos, el primero está referido a la prohibición, significado ordinario de dicha palabra; sin embargo, la misma palabra nos permite plantear un segundo que remite al hecho de estar entre aquello establecido (*dictum*). Es importante sostener en la mente este doble sentido de una riqueza epistemológica y metodológica impresionante. La prohibición es a su vez un estar entre ella. Ambos sentidos siempre son un lugar, un cuerpo. No escapan a los límites del nacimiento y la muerte. Interdicto e inter-dicto son la figuras permanentes de esta reflexión.

Sin duda, esta toma de posición implica una compleja reformulación donde el estatus de la verdad ha sido puesto en inter-dicto, ya que “el lugar del inter-dicto, que es lo intra-dicho de un entre-dos-sujetos, es el mismo donde se divide la transparencia del sujeto clásico para pasar a los efectos del *fading* que especifican al sujeto freudiano con su ocultación por un significante cada vez más puro...” (Lacan 1994b, 780).

En el contexto de las luchas por la no discriminación, la normatividad estudiada, nos muestra cómo a través de su silencio, invisibilización y exclusión, la colonialidad/modernidad instaura 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 proceso es constituido en la misma formulación normativa, entre el interdicto y el inter-dicto. Es decir el sujeto TLGBI aparece bajo ciertos términos, entre su prohibición y su posibilidad. Y justamente en esa falla es donde se puede develar la posición del deseo homoerótico y transgenerista en la sociedad peruana. La falla constituye dicha cartografía ya que “(...) o importante, entonces, no son las regularidades institucionales sino, mucho más, las disposiciones de poder [justamente

esos desequilibrios de poder], las redes, las corrientes, los relevos, los puntos de apoyo, las diferencias de potencial que caracterizan una forma de poder y que son, creo, precisamente constitutivos a la vez del individuo y de la colectividad” (Foucault 2007. 32)

Esta ruta nos guía a entender los procesos de inclusión/exclusión como contradicciones fundantes del sistema heteronormativo. Si bien la despenalización ocurrió en los cuatro países, esta se hizo en primer lugar con base en la refundación de la posición del deseo homoerótico (y luego del transgenerista) en la del sujeto sexual, la cual fue reforzada por la aparición del VIH. Sin duda esa es una explicación plausible para comprender el porqué de tantas resistencias para ampliar el reconocimiento de otras demandas que colocarían la ciudadanía TLGBI más allá del régimen de la sexualidad. Cabe mencionar aquí por ejemplo el caso del reconocimiento de las relaciones afectivas, que a pesar de tener un cierto reconocimiento en Ecuador y Colombia, aún sigue siendo un tema de difícil aceptación. De igual manera, el tema de la identidad de las personas trans, ya que afecta la misma base de la previa aceptación, es decir la sexualización de la demanda TLGBI (es interesante resaltar como en los países estudiados, los mecanismos para el cambio de género de las personas trans es necesario una reasignación de sexo, requisito que intenta normalizar y sexualizar la supuesta “incongruencia de género”).

También, explica las razones por las cuales, en un principio, en la normativa se privilegia como sujeto a las personas gay y lesbianas en detrimento de las personas trans, construyendo además los límites de la interlocución con el estado. En este sentido, el sujeto gay, desde el imaginario social, concurre con mayores privilegios debido a la posición masculina y en el entendido que busque reproducir dichos privilegios. En este orden de ideas, si tenemos en cuenta la escasa normativa en múltiples aspectos de la salud, no es casual la predilección por las normas sobre VIH (a pesar de la clara invisibilización), ya que estas reproducen dos situaciones. Primero, definen el proceso salud enfermedad como una necesidad social, propia de la salud pública, que permite insistir en el significante de la patologización. Segundo, es el escenario ideal para prescribir una “práctica sexual salubre” donde se puede volver al registro de la sexualización, sin afectar el mismo lugar concedido a la orientación sexual o la identidad de género.

Estos procesos disponen un lugar para el sujeto TLGBI. En este sentido, 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. Al mirar las leyes y normas revisadas, se puede ver el papel que juegan los discursos jurídico y médico frente al cuerpo homoerótico y transgenerista y que se traduce en el vaciamiento ejecutado 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 normativas con mayor nivel de inclusión como es el caso ecuatoriano y boliviano, a pesar de sus limitaciones, es posible ver una incipiente consolidación de una biopolítica en torno a la subjetividad TLGBI. Esto no significa que no haya dificultades en los procesos específicos y cotidianos, sino más bien que han sido establecidos los principios por los cuales puede discurrir la demanda, por ejemplo el reconocimiento constitucional de la no discriminación por orientación sexual e identidad de género. Por ejemplo en el caso colombiano, a pesar de que no haya aun un debate político sobre esto, las demandas han tomado un claro corte jurisprudencial mediante los fallos de la Corte. Esto ha permitido una salida efectiva, pero que sin duda no resuelve el fondo del asunto (es decir, este modelo sigue reproduciendo un modelo privado de acceso a la justicia). El caso peruano representa mayores dificultades cuando se acerca más a un modelo prohibitivo, sin un debate político, mínima normativa y con mecanismos jurídicos muy limitados, donde la presencia del discurso pastoral juega un importante papel en dicho proceso. Y es justamente en este caso donde se puede observar la profundidad de la falla en el sistema, entre un modelo prohibitivo con algunos focos de surgimiento de la demanda, aquello que permanece es la estricta privatización de la sexualidad, entre la patologización, la discriminación, el silencio y la violencia.

Otro aspecto importante es establecer donde territorialmente discurre la demanda. En Bolivia, Ecuador y Colombia las políticas públicas mejor articuladas se

encuentran en las ciudades más importantes, en donde se establece una relación entre los procesos de urbanización y las demandas TLGBI. Es interesante resaltar que en Perú, en la ciudad de Lima no existe ninguna política pública referida al tema; sin embargo, en otras ciudades sí las hay (véase cuadro 4), e incluso en algunos distritos de la capital. A pesar que la normativa ha sido efectiva en estos distritos capitalinos (en particular Miraflores y San Miguel), en el resto del país resulta estratégicamente inoperante.

Así, este ordenamiento es un espacio que elude a través de su metáfora de la ausencia una serie de acciones y sentidos ubicados en los propios cuerpos, constituidos por la raza y el sexo, suplementos de la subjetividad. Según Bhabha, este carácter suplementario de los elementos de la corporalidad/subjetividad afirma su condición de adjunto, de instancia subalterna, y configura un “espacio suplementario de la significación cultural que abre lo performativo y lo pedagógico” (Bhabha 2002, 191), lo cual funda un espacio liminar inscrito en la antinomia de la ley y el orden, que desafía el poder implícito de generalizar. En estos términos, lo pedagógico describe la actitud del discurso jurídico y lo performativo el carácter suplementario de la raza y el sexo dispuesto en dicho discurso. Sin embargo, esta perspectiva parece encontrar una especie de equilibrio en la misma representación efectuada por el discurso eludiendo el carácter colonial del poder. Hablar desde la lógica de lo colonial, exige interpretar lo liminal como una cuenta no saldada entre el colonizador y el colonizado que se muestra en la agencia de este último y la salvajización del primero.

En las sociedades andinas, 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, se puede 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

ciertos 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, el sujeto/a TLGBI es representado mediante esta ambigüedad, donde es aceptado y promovido aquel/la que reproduce los atributos del núcleo duro del problema como son la concordancia entre sexo/género, la condición de sujeto blanco/mestizo, la condición de consumidor/a, e incluso el deseo monogámico; y se rechaza aquello que en el imaginario social representa la anormalidad, la disfunción, la patología. En diversos sentidos, la normatividad expuesta está produciendo esta escisión representacional en el sujeto TLGBI.

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 el Perú, salvo aquellas que son funcionales al régimen de la sexualidad. Es decir, con política no nos referimos ni a menciones consagratorias 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 cuerpos³⁶ 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” (en Cáceres 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 y otros 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

³⁶ Entiéndase esta desexualización de los cuerpos como aquel proceso de agencia desarrollado por algunas personas para desplazar la posicionalidad sexual asignada por el contrato social sexual (Pateman, 1995) y la heteronormatividad (Butler, 2000). Por tanto funciona como un término descriptivo que intenta dar cuenta de un posible proceso de deconstrucción.

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, se puede pensar una crítica a la propia idea de ciudadanía que ha operado la discriminación y vulnerabilidad de las personas TLGBI en el Perú, dentro de 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, dentro de la conformación de la matriz moderno colonial.

En torno a este modelo, se debe analizar una variable importante dentro de la propuesta de la *triangulación de la ciudadanía andina*: 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 cierto 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” (Watney 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” (Butler 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 el Perú 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” (Butler 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 “centros de deshomosexualización” en Ecuador, recientemente cerrados 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 y/o el Ministerio de Salud.

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 siguiente capítulo, las condiciones de vida y la problemática en salud 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, de manera diferenciada, 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, adjunto al sujeto sexual moderno. 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 convierte 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” (Lacan 1994b, 794), en términos lacanianos, 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

fetiché, basado en la razón colonizadora, se estructura mediante la intrusión del lenguaje. La aparición del ¿qué quieres? (Lacan 1994b, 798) del colonizador/a conforma al colonizado/a 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 aquella 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. Mi postura 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 fetiché –en nuestro caso el sujeto TLGBI–, el segundo paso sea constituir 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 fetiché –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, se puede 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* difiere 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.

Capítulo tres

Gestión y realidad en salud: un acercamiento a la pobreza y discriminación en la comunidad TLGBI en el Perú y la región andina

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 dicha 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 primer lugar hay que considerar la precaria existencia de información y elaboración teórica sobre el tema.

Con respecto a la pobreza, la orientación sexual y la identidad de género, un aspecto fundamental es la producción 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, Jaime 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. Cabe mencionar que en Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) llevó a cabo un estudio sobre condiciones de vida de la población LGBTI, cuyos resultados fueron publicados en el 2013 (INEC 2013). Si bien dicho estudio se realizó fuera del

período considerado para este trabajo (1990-2010), es una iniciativa interesante por parte del Estado.

Se puede mencionar, de igual manera, informes que abordan las realidades específicas de los colectivos que integran la población TLGBI. 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 (Ch. 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. También habría que mencionar la investigación que estuvo bajo la coordinación de Toli Hernández (2011), la cual viene a ser el único trabajo sistemático en torno a la salud de las mujeres lesbianas en el ámbito latinoamericano.

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 (G. 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,

conlleven 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 suficiente producción de datos estadísticos que permitan conocer con mayor claridad la situación de vida de la población TLGBI en los países andinos para el período estudiado. En general, al no tenerse como categoría ni la orientación sexual, ni identidad de género, persiste un subregistro nacional, y una falta de producción cuantitativa desde organizaciones de la sociedad civil, siendo las encuestas nacionales realizadas en Bolivia y Ecuador, antes citadas, un esfuerzo de revertir esa situación y llenar un vacío importante. 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 (INEC 2013). 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.

En la actualidad, la pobreza como realidad compleja, cambiante y proclive a la intervención, adquiere 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.

Con respecto a los estudios que abordan la relación entre el desarrollo y la población TLGBI, 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 Jakobson 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 y otros 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 desarrollo 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”³⁷. 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). Al respecto, Ecuador se encuentra un paso adelante al haber llevado a cabo el 2013 la primera encuesta sobre condiciones de vida de la población TLGBI.

En Latinoamérica dentro de producción 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 vinculados 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 Salas 2007; Motta 2010; Parker 2009). Se puede observar asimismo, que al ser el campo de los derechos sexuales y reproductivos una plataforma

³⁷ Paul Hunt, *Informe provisional del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, numerales 79 en: <https://www.escri-net.org/docs/i/431829>

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 (Cáceres 2011; Quintana y otros 2007)

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 y otros 2006; Egúsqiza 2007; Reyes 2007; Ramírez 2011; Petrerá 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.

De esta manera, frente a la este panorama, este trabajo busca indagar cómo han sido elaboradas e implementadas las políticas en salud con respecto a las personas

TLGBI entre 1990 y 2010 en el Perú dentro del contexto andino, como las políticas de VIH/sida han canalizado las demandas de salud de las poblaciones TLGBI en la región andina y cómo la gestión pública en salud _dentro de la historia de la gubernamentalidad_ ha establecido mecanismos de subjetivación en las personas TLGBI.

3.1 Acercamientos a la realidad desde la problemática TLGBI en el Perú y la región andina

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 libidinal. Así mirar la gubernamentalidad y la subjetivación con respecto a la realidad TLGBI implica analizar comparativamente los procesos regionales en los cuales las políticas sobre desarrollo y salud se han desenvuelto. De esta manera, se puede obtener una mirada crítica más allá de la lógica identitaria y nacionalista con el fin de observar estructuras que permitan entender dichas dinámicas.

En este contexto, donde analizo 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 (Butler 2001, 33-69)

Esta investigación no concibe de manera lineal la existencia del sujeto hegemónico y en consecuencia tampoco la del sujeto contra hegemónico. Entiendo que tanto el *interdicto* (prohibición) como el *inter-dicto* (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 dentro del periodo comprendido. 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.

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, teniendo en cuenta la diversidad de propuestas al interior de cada letra del acrónimo? Metodológicamente, analizar el caso peruano exige una mirada regional debido a que así se puede comprender con mayor profundidad los modelos de intervención dentro de las políticas en salud con respecto a la población TLGBI.

Para dar respuestas a estas interrogantes, primero se debe analizar los límites impuestos a las condiciones de vida de las personas TLGBI. 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 en torno a la vulnerabilidad 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, se podría, 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. Mi uso de la categoría diversidad sexual 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. Sólo en Ecuador encontramos un esfuerzo en esa línea, registrándose que para la población encuestada el 27,3% había experimentado actos de violencia, en tanto que un 45,8% había sido detenido en formar arbitraria. Así mismo, el 27,3% declaró que había sufrido algún atentado contra su integridad por parte de un agente de seguridad, pero sólo el 8,3% efectuó la denuncia respectiva (INEC 2013).

Así que, ante la ausencia de datos oficiales, el movimiento se ve obligado a recabar información por su cuenta. Por ejemplo, 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 del término “crímenes de odio”³⁸, indicando algunas de sus características:

³⁸ A pesar que utilizo el término “crímenes de odio” (convención adscrita al lenguaje del movimiento internacional de derechos humanos), comparto plenamente la crítica realizada por Rita Segato. Ella sostiene que dicho término “es una explicación monocausal y porque alude al fuero íntimo, emocional, como causa única” (Segato, 2014: 59) Rita Segato, *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres*, Puebla, El pez en el árbol, 2014. Mi postura se condice con aquellos argumentos presentados al inicio de este trabajo sobre la homofobia estructural.

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, contruidos 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 violentos: ‘... 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 en el Perú) (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. Los estudios señalan que “la discriminación se presenta desde muy temprana edad en la persona trans, al interior del seno familiar, que afecta directamente su autoestima y por ende también su salud mental. Frente a la realidad de ser VIH positiva el rechazo del padre, la madre y los hermanos se intensifica”. (Salazar y otros, 2010, 24).

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 a 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 entreteje 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” (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 nos enfrenta a algunas interrogantes reveladoras ¿quién podría obligar a alguien a tener afecto por otra persona? ¿cuáles son los fundamentos de esta negación del otro expresada en los asesinatos, la discriminación, la violencia y la exclusión? ¿Cuáles son las vidas que pueden ser vividas? En primera instancia, nos exige ir al fondo del ritual performativo (Butler 2001) o del *habitus* (Bourdieu 1988, 170-171), es decir el fondo de la

“estructura estructurante” (Bourdieu 1988, 170). Uso fondo como una metáfora a partir de la crítica deleuziana a la producción de la subjetividad en la modernidad desde el orden ontológico, en la cual se concibe el carácter virtual de dicho espacio en contraste con una condición esencial. Para Deleuze, el sujeto no es un principio primero del conocimiento de la realidad sino, antes que nada, algo que ha devenido ontológicamente desde un fondo presubjetivo no indiferenciado.³⁹

Este fondo es un lugar, siempre ubicado en el cuerpo, que dispone y constituye _a su vez ha sido constituido por_ la acción social. Desde la sociología, ha sido llamado *gusto* (Bourdieu 2010), y retoma desde una mirada crítica el hecho de ser aquella dimensión que subyacía al juicio estético y moral. Desde Kant, esta categoría buscaba explicar que el sentido común estético no argumenta ni discurre, sino siente, y de ahí que para Kant el gusto sea el único que con propiedad pueda llamarse sentido (Kant 1993). Su principal característica es cierta incomunicabilidad y por ende, el ser la base de los juicios estéticos y morales. La crítica sociológica y filosófica ha detenido su atención justamente en tratar de entender cuáles son los efectos de esta dimensión subjetiva en el quehacer de la política. (Kristeva 2001, 126-127).

Este carácter ontológico, nos exige ir a ese fondo presubjetivo no indiferenciado para mostrar aquel lugar donde el sistema falla. Retomando lo anterior y en relación con esto, se puede ver que “la vida se cuida y se mantiene diferencialmente (...) Ciertas vidas están altamente protegidas, y el atentado contra sus santidad basta para movilizar las fuerzas de la guerra. Otras vidas no gozan de un apoyo tan inmediato y furioso, y no se calificarán incluso como vidas ‘que valgan la pena’” (Butler 2006, 58). Considero que este cuidado diferenciado de la vida se encuentra en el fondo de la conformación del gusto social, como aquel momento que justifica, consciente o inconscientemente, la posibilidad/capacidad de eliminarla.

Así, esta transfobia familiar, los asesinatos y la violencia indican la falla en la dimensión del gusto social, 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

³⁹ Dentro de su crítica a la filosofía de la representación, en su obra *Lógica del sentido* (1969) Deleuze explicita tres relaciones distintas en la proposición en relación con la subjetividad, a saber: Designación o Indicación, Manifestación, y Significación. La primera constituye la relación de la proposición con un estado de cosas exterior al sujeto y tiene por criterio lo verdadero y lo falso. La segunda constituye la relación de la proposición con el sujeto que habla y se expresa y tiene por criterio ya no lo verdadero y lo falso sino la veracidad y el engaño. Por su parte, la tercera constituye la relación de la palabra con conceptos universales o generales a la vez que con las relaciones sintácticas. (Deleuze 2010, 230-236)

los sentimientos que producen y sostiene el ejercicio de la muerte, propiamente una *necropolítica* (Mbembe 2011). Achille Mbembe explica como la práctica de la soberanía (aquella estatal, pero también aplicable a diversos ámbitos sociales) en las sociedades post coloniales representa un continuo modo de ejercer la muerte sobre otros _ligado al, pero más allá, del hecho de la producción de la propia vida en la época del biopoder en el sentido foucaultiano. Esto está implicado en las mismas prácticas coloniales (el autor traza un relación entre el esclavismo contra la población africana y el surgimiento de las prácticas de dar muerte) y no deja de expresarse en las formas contemporáneas de la guerra. Así pues, Mbembe sostiene que “hacer morir o dejar vivir constituye, por tanto, los límites de la soberanía, sus principales atributos. La soberanía consiste en ejercer un control sobre la mortalidad y definir la vida como el despliegue y la manifestación del poder” (Mbembe 2011, 19-20).

De esta manera, los afectos y sentimientos se muestran como producto de un entramado de relaciones que también dinamizan la marginalidad y la pobreza. Hay que insistir en que “el problema no se reduce a la existencia de un discurso deshumanizador que produce efectos, sino más bien a la existencia de límites para el discurso que establecen las fronteras de la inteligibilidad humana” (Butler 2006, 61). 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* social 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 el modo en que la vida de la personas TLGBI es puesta en límites. 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; lo 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 trans 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*: las 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 y otros 2004, 8)

En el imaginario social, estas identidades aparecen como un fenómeno relativamente nuevo, insertas usualmente en contexto 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. Por otro lado, dentro de la literatura revisada, observamos una gran dificultad en relacionar las *narrativas sexuales* con la pobreza, por lo cual podría pensarse que no ha habido una reflexión profunda sobre el papel del dispositivo de la sexualidad en torno a la producción del régimen de la pobreza, de tal manera que muchas veces no se construye un vínculo epistémico entre personas gays o lesbianas y pobreza. En los últimos años, ha habido un conjunto de investigaciones, a pesar de ser aún limitado, que entreteje esta relación en referencia a las mujeres trans. Entre ellas, podría mencionarse las reflexiones de Mauro Cabral y del proyecto Transgénero del Ecuador.

En este sentido, hay que señalar que la pobreza vivida entre las personas TLGBI en el Perú y la región andina 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. La discriminación operada por la homofobia, la lesbofobia y la transfobia estructural es la clave para configurar el ámbito donde se construye la injusticia económica y sexual.

Un acercamiento a esta realidad, lo tomamos del 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 bisexuales⁴⁰. En este trabajo, se puede observar que veinticuatro de cada cien personas TLGBI, han percibido en su 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, 11). 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, 13).

Por su parte en Ecuador se registra que el 43,8% de la población encuestada durante la elaboración del estudio, señala haber sufrido discriminación laboral, el 40% experimentó discriminación en temas educativos y el 33,7% en temas de salud. Así mismo, un 23% señaló que había sido discriminado por la justicia. (INEC 2013)

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, 13), 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, 13). 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).

⁴⁰ 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.

Los límites impuestos sobre la propia vida en torno a la falta de seguridad y la discriminación tienen efectos reales en las personas TLGBI, lo cual conforma un puente entre los diversos niveles de la existencia. En Ecuador, Margarita Camacho, en su libro *Diversidades sexuales y de género: exclusión social e inserción laboral en Quito*, plantea un estudio pionero en la región andina a partir del cual analiza las 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 femeninas 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 femeninas 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” (Camacho 2009, 118).

Camacho se interroga si “¿la práctica sexual “chueca” y la condición de género, pueden excluir laboralmente a algunas personas?” (Camacho 2009, 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 2009, 50). De igual manera, Chamberland señala 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” (Chamberland 2007, 25)

Es importante resaltar cómo su investigación 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 2009, 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 2009, 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” (M. Camacho 2009, 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 2009, 111).

Para el caso ecuatoriano, se registra que el 27,6% de la población GLBTI encuestada señaló que había sido víctima de exclusión en el ámbito laboral, el 24,5% fue excluido en el ámbito educativo, el 18,7% en el área de salud y un 15,9% en aspectos relacionados al acceso a la justicia (INEC 2013, 34).

Paralelamente, en esta misma línea, podemos mencionar las contribuciones de Roland Álvarez en su estudio sobre trabajo dentro de la comunidad trans peruana en Milán, donde analiza dicha situación en contextos de migración, haciendo énfasis en cómo las narrativas de las mujeres trans se convierten en acciones sociales para enfrentar la discriminación y la violencia. (Álvarez 2011, 32)

Este autor señala una serie de factores que contribuyen para colocar a las personas trans dentro de un circuito de pobreza definido por la violencia, el reducido acceso al trabajo, las dificultades para incorporarse al sistema educativo, y sin duda, los límites para disfrutar de adecuados servicios de salud. Un resumen sobre estos factores, lo podemos hallar en esta cita del trabajo de Salazar referida al contexto peruano:

Las situaciones de marginación y exclusión experimentadas por la población travesti, transgénero y transexual son cotidianas, al igual que la violencia vinculada al género asumido, lo cual afecta muchas de sus posibilidades individuales y colectivas. Esta población suele ser objeto de violencia por parte de las fuerzas del orden, como la Policía y el Serenazgo; por parte de los clientes, cuando se dedica al trabajo sexual; de las instituciones del Estado, si se trata de temas de identidad y en otras situaciones similares. Asimismo existe un reducido acceso a servicios de salud, en donde las entiendan y respondan a sus necesidades particulares; por ejemplo servicios atendidos por profesionales que respeten sus derechos, que comprendan su identidad y les brinden una atención sin discriminación. Se trata de una población, en particular la más joven, en condiciones de extrema vulnerabilidad a las ITS, el VIH/sida, la violencia y las drogas, más aun cuando se dedica al trabajo sexual (Salazar y otros 2010, 11).

En este mismo estudio se indican algunos datos importantes que nos permiten observar de manera clara las formas en la que se reproduce la discriminación. Por ejemplo, se señala que entre la población trans existe un alto nivel de migración, tanto interna como externa, debido al deseo de mejorar la situación de vida. “La migración se puede asociar a la búsqueda de mejoras en el nivel de vida (a través del trabajo sexual), siendo Lima un puente para la eventual migración a otros países y/o al acceder a métodos para feminizar su cuerpo” (Salazar y otros 2010, 101).

También se refleja una brecha significativa entre la educación y el trabajo, ya que si bien dentro de su muestra de análisis la mayor parte de la población posee estudios secundarios (71%) y superiores (17%), las principales actividades laborales se ven limitadas exclusivamente al trabajo sexual (63.9%) y al oficio de peluquería (27.9%). Si bien las autoras esclarecen que este nivel educativo puede deberse a una tendencia debido a la muestra escogida, llaman la atención sobre la diferencia entre el nivel de educación encontrado y las limitadas oportunidades laborales (Salazar y otros 2010, 101).

Un aspecto crucial en el régimen de la pobreza está relacionado con el acceso a la educación. Un texto que menciona la relación entre educación y población trans en Ecuador reproduce las mismas condiciones arriba mencionadas. Por ejemplo, “en el grupo de Quito, indicaron que en la Universidad no las aceptan vestidas de mujer, lo

cual determina que la mayoría abandone la idea de acudir a centros universitarios para acceder a una profesión y a un mejor futuro. Coinciden que esta situación les hace sentir mal, y que si la persona travestida tuviera una mayor aceptación en este sentido habría más trans con un mayor nivel educativo.” (Corporación Kimirina 2009, 22).

En esta realidad otro elemento escasamente considerado dentro de la bibliografía producida es la participación de la raza y la etnia como variable para analizar la reproducción de la marginación y vulnerabilidad dentro de la comunidad TLGBI en la región andina. Así pues, hay que decir que es una realidad fuertemente invisibilizada. A pesar de la casi inexistencia de trabajos, debemos tener en cuenta que usar ambas categorías implica ver dos ámbitos importantes. Por un lado, las particularidades en las dinámicas de la exclusión de las personas TLGBI a partir de su posicionamiento racial dentro de la sociedad, sin duda, esta adscripción se constituye en otro de los factores para comprender el grado de discriminación frente a la sociedad y el estado. Por otro lado, debería permitir analizar la situación de las personas TLGBI dentro de sus propias comunidades, tanto indígenas como afrodescendientes.

En este ámbito son dos los aspectos más importantes. El primero, la relación entre la práctica homoerótica y transgenerista y la identidad cultural llevada a cabo por cada persona, el cual se da entre la negación y el autoreconocimiento (Fundación Ecuatoriana Equidad 2008, 22), y cuya consecuencia sería la posibilidad de politizar dicha situación dentro de cada grupo, permitiendo el diálogo entre dichas realidades. El segundo aspecto está referido a las dinámicas de discriminación y exclusión estructuradas dentro de las comunidades étnico-raciales. En este sentido, la siguiente cita es muy reveladora:

Aunque algunas sociedades mantienen básicamente un fuerte rechazo contra la homosexualidad, eso no siempre quiere decir que todos los individuos GBTH sean rechazados o discriminados en el ámbito familiar o comunal. En algunas partes se considera a los individuos gays o bisexuales, o al menos se reconoce que el comportamiento homosexual es una práctica que existe en el interior de la comunidad, aunque no se hable públicamente de ello. En algunas comunidades es aceptable que un hombre tenga un relación con un gay, bisexual, trans u otro hombre mientras cumpla con su cultura, con el rol sexual asignado a los varones (ser insertivo en la relación sexual) y ser masculino en la sociedad. (Fundación Ecuatoriana Equidad 2008, 22).

Según todo aquello expuesto líneas arriba con respecto a las personas TLGBI, se puede observar cómo la violencia y la discriminación tienen efectos reales en ámbitos tan concretos como el trabajo y la educación. A partir de ellos, se puede encontrar

algunos elementos conceptuales que nos permiten mirar las características del régimen de la pobreza. La propia materialidad de la existencia se ve afectada por mecanismos concretos que definen el campo en el cual las personas TLGBI pueden hallar las posibilidades y/o límites de construir sus propios proyectos de vida.

Un primer puente conceptual exige ver la relación entre la vulnerabilidad y el peligro, donde han sido colocados los cuerpos de las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas, y la producción de determinadas relaciones de redistribución. Ambas se dan en un mismo campo social. Este puente se materializa en el sometimiento de dichos cuerpos a una estructura económica y libidinal, dinamo del gusto social, que administra una serie de bienes que tiene como resultado condiciones de injusticia. Es decir, a ciertas personas se les niega la posibilidad de gozar del disfrute de sus demandas a través de una serie de mecanismos, desde la propia muerte hasta la expropiación de recursos (simbólicos, políticos, sociales y económicos). En este sentido, la restricción del deseo, siempre una construcción social, se da a través de cada acto que expropia la capacidad de gozar de la demanda, por ejemplo la discriminación, las limitaciones a la educación, al trabajo, entre otros. Estas expropiaciones conforman el campo discursivo que finalmente produce el interdicto colocado en el imaginario social y el cual solo deja ver en los cuerpos TLGBI una condición de abyección. En primera instancia, esta lógica es la que conforma el régimen de la pobreza.

Un segundo puente conceptual ubica la dinámica de esta expropiación, inserta en las relaciones de redistribución, dentro de la lógica de la heteronormatividad. Esta lógica está dispuesta sobre la relación entre la construcción del dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad, cuya consecuencia más relevante ha sido la patologización de las prácticas y deseos homoeróticos y transgenerista. Esta expropiación ha establecido la imagen de un cuerpo continuo, objeto fetiche caracterizado como androcéntrico, heteronormativo, racista y clasista, el cual impide el reconocimiento de las otras corporalidades existentes. Sin embargo, este cuerpo se transforma en un significante hegemónico cuando entendemos su profunda relación con un gusto social heteronormativo.

Este concepto nos permite visibilizar cómo las relaciones políticas encuentran niveles de interacción que ubican el lugar de las personas TLGBI, conformando un entramado social donde el régimen de la pobreza no solo reproduce pobreza “sino que

produce incesantemente más pobreza y, por ende, más [personas TLGBI] pobres.” (Cabral 2007, 8).

Un tercer puente nos exige tomar en cuenta que lo anteriormente dicho a manera de abstracción no puede anular la comprensión de los procesos subjetivos materiales de cada colectivo (trans, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales); sin embargo, hay que mencionar que la relevancia de comprender aquellos significantes hegemónicos, insertos en el cuerpo y en el gusto social heteronormativo, que afectan al abanico de las otras corporalidades y subjetividades, ubicadas más allá del ideal heteronormativo, es resaltar el carácter libidinal y económico de toda estructura de dominación. De esta manera, se debe redimensionar los hallazgos del material analizado, ya que el régimen de la pobreza en relación con las personas TLGBI no se halla en “aquello que las aúna como identidades y expresiones [...] sino en el destino social común que implica para quienes las encarnan” (Cabral 2007, 2). En ese sentido, es importante analizar cómo los significantes expropián a cada persona en distintos niveles de su propia vida, y por tanto cómo cada una puede construir herramientas de agencia para enfrentar la misma expropiación.

Estas ideas no estarían completas sino se incorpora en nuestro análisis realizado sobre la vulnerabilidad de la propia vida y la marginalización de las condiciones de vida, el papel que juega el ámbito de la intimidad⁴¹ en las demandas de las personas TLGBI. Es decir, el no tomarla en cuenta como parte del círculo de pobreza sería invisibilizar el carácter del régimen de la pobreza. Este régimen reproduce la pobreza justamente mediante la limitación de las demandas en el ámbito de la intimidad, haciéndolas ilegibles frente al gusto social heteronormativo, donde la exclusión siempre se expresa en el campo de la subjetividad _entendida como producto del proceso material y estructural inserta en las relaciones de redistribución. Nos enfrentamos a preguntas tales como cuál es papel de los afectos y sentimientos en la lucha contra la pobreza, cómo el interdicto colocado sobre estos constituye pobreza, cuál es el papel de la fantasías en la reproducción de la discriminación y cómo se construyen afectos, sentimientos y fantasías en las narrativas de las formas concretas de la subjetividad.

En este análisis del régimen de la pobreza con respecto al ámbito de la intimidad, solo se debe señalar dos aspectos, sin restar importancia a otros múltiples ejemplos. Esta selección está basada en la relevancia expresada por los y las activistas TLGBI de la

⁴¹ Mi uso del término “intimidad” se opone al de “privacidad”, en tanto que es un régimen adjunto a la idea ontológica de gusto.

región por abordar dichas temáticas. Debemos comprender que cada una, guardando su singularidad, puede ser colocada en el ámbito de la intimidad, como espacio de límite y posibilidad.

En primer lugar, 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 como este problema es determinante al momento de comprender la vida de las personas trans. En el estudio realizado por Salazar y Villayzán, ellas “[...] 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 y otros 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 y otros 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 y otro 2010, 16).

La identidad y la corporalidad en la trama de la intimidad de la población trans, resultan puestas en interdicto por el gusto social heteronormativo. La inteligibilidad de dicha demanda desde los sistemas hegemónicos funda una profunda brecha, producto del no reconocimiento de la demanda y la postergación de la soberanía personal. Esta situación resulta en graves limitaciones para el desarrollo de la propia vida, en todos los ámbitos, trabajo, educación, vivienda, salud (Almeida y Vásquez 2010, 26-28). De esta manera, el cambio de nombre, sexo y la transformación del cuerpo parecen constituirse

en límites materiales de la condición trans, sólo abordado de manera reducida por los estados andinos.

Otra manifestación de la misma problemática es el no reconocimiento de las relaciones afectivas de las personas TLGBI y su derecho a formar familia. Desde el campo de la intimidad, esta problemática determina los límites que el propio estado impone para construir relaciones mediante las cuales las personas puedan establecer proyectos comunes con diversas personas y en distintos niveles. Esta demanda entiende que la familia representa un espacio de encuentro y bienestar con el fin de establecer vínculos vitales de afecto, y por tanto exige las mismas condiciones materiales para llevar a cabo dicho proyecto. El rechazo de esta demanda define un modelo de familia, basado exclusivamente en el modelo heteronormativo, como un espacio de violencia y discriminación, ante lo cual surge la demanda de entender la familia más allá de los elementos que la han caracterizado en el imaginario social hegemónico. En ese sentido, la familia no debe significar necesariamente la reproducción del modelo burgués desarrollado durante el siglo XIX.

La negación de este reconocimiento en el debate público consiste en el rechazo sostenido por parte de los estados de no ampliar los derechos de las personas heterosexuales hacia las personas TLGBI mediante un cambio en el derecho de familia. Si bien se ha dado algunos avances en Ecuador y Colombia, estos aún no han significado un reconocimiento pleno de dicha realidad. En la misma línea se encuentra el debate sobre la adopción de niños y niñas.

Así pues, podemos observar que en el caso de las personas TLGBI, el primer vínculo civil y político conformado por la familia ha sido colocado en interdicto. El reconocimiento de la familia como primer vínculo civil y político responde a su condición de lugar material donde la subjetividad se construye y compone.

La demanda exige ir más allá de un modelo biologicista de familia donde la reproducción ocupa un lugar central, y por tanto del discurso sobre la “complementariedad de los sexos”, incorporando también a las relaciones familiares dentro de la producción política, el deseo y el lenguaje. Sin embargo, la construcción sociológica de esta demanda dentro de la comunidad TLGBI resulta de una profunda complejidad, toda vez que en múltiples sentidos podemos encontrar la reproducción de varios significantes hegemónicos⁴². A pesar de esto, la incorporación de dicha demanda

42 Entre ellos se puede mencionar la idea moderna de la fidelidad monogámica reproducida entre las parejas o la filiación sanguínea (a pesar de los límites evidentes de la reproducción sexual entre

conforma la transformación del modelo tradicional y por tanto la oportunidad de integrar al debate sobre la pobreza una dimensión muchas veces ocultada que configura nuevas formas de concebir la problemática.

Estas rutas señaladas resultan en la importancia de obtener una nueva epistemología que desplace la libertad, la democracia y la ciudadanía, a pesar de los discursos que las tratan de encasillar constantemente. Una revisión de estas categorías necesariamente exige revisar además la conceptualización de la pobreza cuando está limitada a indicadores economicistas y positivistas. Una mirada crítica sobre estos conceptos debe partir de la comprensión de las palabras de la presidenta de la REDLACTRANS, Marcela Romero: “Nosotras aun no conocemos la democracia real” (Romero s/f). Esta realidad puede ser extrapolada a la vivencia de las personas TLGBI en toda la región andina. La democracia ha resultado ser un bien esquivo ofrecido a retazos y en partes.

Hemos visto que, muchas veces, categorías como libertad, bienestar y felicidad están encasilladas en modelos rígidos (heteronormativos/coloniales), por ello, es importante incidir en articular una desconstrucción de aquellos elementos considerados naturales como el cuerpo, la identidad y la familia, entre otros. Esta desarticulación debe tomar en cuenta los tres ámbitos reseñados, la propia vida, las condiciones que la conforman y la intimidad, como partes del círculo de la pobreza.

De esta manera, a partir de la información recogida, comprender el régimen de la pobreza exige concebir las relaciones de dominación como una estructura económica y libidinal, ya que los elementos integrados en la problemática muestran el carácter de una redistribución de bienes, cuyo efecto transparenta que las formas concretas de la subjetividad están entramadas en las dinámicas de los diversos campos de la sociedad.

personas del mismo sexo, lo cual incentiva, muchas veces, la creación de un mercado de compra de “vientres u óvulos de alquiler” específicamente en el caso de parejas gay; u otros mecanismo entre lesbianas). Por otra parte, el concepto de familia (con los derechos que implica ante la sociedad), debe incorporar también los lazos afectivos construidos como respuesta a la necesidad humana de establecer un referente identitario, de pertenencia y de soporte. A. Almeida y E. Vásquez, registran un ejemplo de familia alternativa en la población trans femenina en Ecuador: Las hermanas Lafayette. Ellas eran una familia alternativa conformada por cinco trabajadoras sexuales trans femeninas que residía en Quito y afrontaba las dificultades del día a día a través de la cooperación y la economía solidaria. La imposibilidad de validar ante la sociedad este parentesco asumido a voluntad, contribuye a perpetuar la vulnerabilidad de esta población, como se observa en la siguiente cita “A Jennifer [Lafayette] no le dejaban pasar a reconocer el cadáver [de Yelina Lafayette] en la morgue: “Señor Eduardo Galarza, díganos qué es usted para el señor Ronald Fuertes”. ¿Cómo explicarlo? Eran hermanas” (Almeida y Vásquez 2010, 86). La imposibilidad de acreditar un parentesco sirve de pretexto en muchos servicios de salud para negar a las personas en general algunos beneficios como tener un acompañante en el servicio de emergencias, o recibir visitas, lo que hace más vulnerable a la población TLGBI, en especial a aquellos que se han distanciado de su familia biológica.

La estructura económica y libidinal es un modelo que intenta disolver las falsas contradicciones que pueden aparecer en el análisis de la pobreza cuando nos vemos forzados a descomponer múltiples elementos como la sexualidad, la clase y la raza, debido a que entiende que la formación del cuerpo está entrelazada con la fundación de un gusto social heteronormativo.

En esta relación entre cuerpo y gusto social heteronormativo es donde ustedes pueden comprender integralmente los efectos de la pobreza. Así, es posible entender con mayor amplitud crítica el concepto de “capacidad humana” proveniente de Sen, la cual consiste en la capacidad de las personas para llevar sus vidas según los criterios de valor que cada una juzgue más adecuada. (Sen 1997). Esta posición de Sen incorpora dentro del discurso del desarrollo la importancia de la libertad y la no instrumentalización del ser humano. Sin embargo, también advierte que algunos presupuestos filosóficos de Sen, basados en un universalismo kantiano (aquella del gusto del cual he hablado anteriormente), no llegan a dar cabida a muchas demandas dentro de las sociedades. Otra vez, parece importante advertir que la suposición de la libertad y la dignidad universal muchas veces oculta ciertas relaciones de redistribución. Acaso podríamos hablar de “capacidad humana” cuando nos referimos a las condiciones de vida de las personas TLGBI o dónde podríamos ver en la realidad la capacidad de llevar la vida según los propios criterios de valor.

Por ello, es crucial introducir a la reflexión el concepto de *gusto social heteronormativo* con el fin de visibilizar una producción social que supone una condición heteronormativa como frontera de la propia vida, con base en la posición del sujeto sexual. Este concepto muestra como el imaginario hegemónico se reproduce conformando una disrupción en el vínculo entre los cuerpos reales y la imagen de un cuerpo natural, inmóvil y sexualmente dimórfico. Así pues, la pobreza se da a través de la ruptura del vínculo político entre el cuerpo vivido y el cuerpo biológico. Sin duda, una de las maneras de crear esta disrupción es el dispositivo de la sexualidad.

De esta manera, pobreza y cuerpo se presentan como conceptos ligados por el gusto social heteronormativo mediante una serie de dispositivos que conforman las posiciones de vida, como la clase, la raza, la sexualidad, entre otros. Por ello, frente al material expuesto, puedo afirmar que una explicación de la pobreza no se halla en una lógica causal, sino más bien en un conjunto de variables intervinientes que conforman un complejo campo de injusticia social.

Específicamente, la política heteronormativa sobre los cuerpos y los afectos, construida mediante el dispositivo de la sexualidad, ha intentado normalizarlos, siempre mediante una serie de prácticas y normativas. En torno a ello, podemos ver como 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 limit 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 o la demanda del reconocimiento de los afectos 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 solo 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).

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, cisgéneros, trans (femeninos y masculinos) e intersexuales.

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 solo es posible al ver que las condiciones de vida de las personas TLGBI no solo 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, 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/subjetivación. Para ello, la propuesta no debe permanecer en este régimen de abyección (siempre privado), sino politizarlo, articularlo mediante un lenguaje propio y situado, ya que si bien, el interdicto siempre es un cuerpo, el lenguaje tiene un poder formidable frente al trabajo de humanización/deshumanización de cada persona.

3.2 Escenarios en salud para las personas TLGBI: reformas y modelos de gestión en la salud pública

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, la autora afirma la inexistencia generalizada de sistemas únicos o nacionales de salud en la región (López y otros 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 y otros 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 2000, 291-309).

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 en el Perú a través del análisis comparado con la realidad andina (ver cuadro N°15). 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.

CUADRO N° 15: ACCESO AL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

Bolivia

El acceso de la población a la atención en salud ocurre de tres maneras:

- 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.
- 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).
- 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 *Ley de Prevención de VIH/sida*, se establece que el tratamiento a PVVS es gratuito para cualquier persona:

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.

Ecuador

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 Junta 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.

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”.

Cabe mencionar que de acuerdo a la Encuesta de calidad de vida el 58% de la población TLGBI entrevistada no cuenta con ningún seguro de salud.

Colombia

El aseguramiento se hace a través del *POS (Plan obligatorio de salud)*. 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 PVVS pueden acceder a este recurso por ser considerados legalmente como “sujetos de especial protección”.

Perú

El *Plan de Aseguramiento Universal* 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).

**Fuente: Normativa nacional de cada país.
Elaboración propia.**

Así vemos que 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 (Pimienta 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 a la medicina tradicional (Pimienta y otros 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 (C. Pimienta y otros 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 (Pimienta 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. Unos 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” (OPS 2001, 17-18). 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 (OPS 2001).

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 las Comunidades Locales de Administración en salud (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 Perú y otros 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 encontrarían una respuesta a sus demandas⁴³.

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 el Perú 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

⁴³ En ese sentido, el estudio de caso sobre las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de los derechos humanos de la población LBGTI en el Ecuador, desarrollado por el INEC es sumamente importante por tratarse de un esfuerzo que se realiza desde el Estado, y que focaliza una población que antes era invisible en este tipo de estudios. Incluso a nivel metodológico es difícil acceder a las unidades de análisis, por lo cual se determinó una muestra no probabilística utilizando la metodología de la bola de nieve, mediante la cual cada encuestado refería a sus conocidos para que estos sean encuestados también y den como referencia a otros conocidos.

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 y, del 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 González, 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 y otros 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 (Lucio 2011, 184-190).

En balance general, a partir de esta descripción de los múltiples procesos y las características de cada uno de los sistemas de salud, se puede 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 les haría posible acceder a dicho sistema. Por ello, considero 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.

Sin embargo, debo mencionar que dicho modelo, en la práctica, también funciona para las personas TLGBI. Es decir, la focalización y la fragmentación se dan a través de las políticas de VIH/sida en los países estudiados, con un doble efecto. El primero consiste en una suerte de metonimia entre VIH y personas TLGBI no solo en el campo de la salud, y segundo, la reducción de la problemática de todos los colectivos a las “necesidades” definidas y planteadas por los “expertos” a partir de la experiencia de hombres gay y, en menor grado, de las mujeres trans. Sin duda, esta construcción de las “necesidades” a partir de la población gay no implica un reconocimiento a las complejas condiciones políticas, sociales y de salubridad, sino más bien, la creación de una serie de estereotipos que finalmente, dinamizan la exclusión de la misma población gay y de los demás colectivos. El concentrar la atención en el VIH desde un enfoque biomédico y tradicionalmente epidemiológico es un componente más de la estructura del sistema de salud pública que dinamiza el régimen de la pobreza.

3.3. Salubridad pública y pobreza desde la problemática en salud de las personas TLGBI

Las concepciones sobre las personas TLGBI desde el discurso médico tienen sus orígenes en el desarrollo de las ideas sobre las prácticas homoeróticas y transgeneristas durante más de cinco siglos aproximadamente. Sin embargo, esos significantes encontraron su consolidación en torno al discurso médico y al de la salubridad pública en el siglo XX. El lugar donde fueron ubicadas dichas prácticas es el marco para comprender el régimen de la pobreza que coloniza las subjetividades TLGBI. El campo de la medicina, actualmente, corresponde a una serie de enfoques que se yuxtaponen unos a otros, los cuales representan tendencias en pugnas y donde se comienza a modificar algunos significantes en torno a la problemática en salud de dichas personas. De esta manera, esta sección contrasta dichas problemáticas con diversos enfoques en salud con el objetivo de reflexionar las posibilidades de plantear algunas consideraciones para entender las relaciones entre la pobreza y la cuestión TLGBI.

En un primer momento, las subjetividades y las corporalidades TLGBI fueron definidas desde su sexualización y a partir de ese momento su problemática fue una cuestión estrictamente sexual. Así es como entran a representar para el enfoque biomédico una disfunción. Aunque el positivismo y el discurso médico poseen una larga relación, es mediante el enfoque biomédico que su alianza se fortalece mediante la incorporación de una serie de categorías y variables específicas. El primer elemento para comprender esto es considerar que dicho enfoque dentro del discurso médico está basado en la fisiopatología a partir de la cual se explica la enfermedad como un trastorno anatomofisiobiológico, de tal manera que ella está definida por síntomas y signos objetivos correlacionables con un trastorno orgánico y cuyo tratamiento se configura en una intervención farmacológica o quirúrgica sobre los procesos biológicos. Esta causalidad se concibe como una explicación necesaria y suficiente. Esta perspectiva configuró a las personas TLGBI como resultado de una anormalidad con respecto a fisiología y anatomía, tal como se mostró en el primer capítulo. Los debates desarrollados durante la primera mitad del siglo XX muestran en detalle este uso conceptual.

Un segundo elemento útil es reflexionar que esta perspectiva a partir de sus principios construyó un sistema clasificatorio de las enfermedades basado en el

agrupamiento de síntomas y signos. Este giro se formalizó en 1952 con la creación del DSM (Diagnostical and Statistical Manual of American Psychiatric Association), cuyo objetivo era brindar a la comunidad científica una clasificación de las enfermedades mentales. A este primer manual le siguieron otras clasificaciones, tales como la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y la CIPSAP (Clasificación Internacional de problemas de salud en atención primaria de la WONCA). Esta manera de entender la enfermedad, siguiendo la tradición científica, concibe el cuerpo como “el objeto de la mirada médica que se ocupa de lo objetivable –signos, analíticas, evidencias palpables, para llegar a un diagnóstico descriptivo de la enfermedad, dejando a un lado, su historia, la conexión de la enfermedad con esta historia o con el contexto social y, en definitiva, el significado del padecimiento para la persona.” (Velasco 2009, 29).

Ambos elementos son parte de la genealogía de la clínica (Foucault 2012) y configuran el escenario de las disputas establecidas en torno a las personas TLGBI en la historia de la medicina. Mediante estas categorías, especialistas e investigadores/as problematizaron la existencia de dichas personas con el fin de mantener su patologización o transformar esta afirmación. En este campo, nombres como Kertbeny, von Krafft-Ebing, Hirschfeld, Havelock Ellis, y posteriormente Evelyn Hooker, Alfred Kinsey entre otros, expresan dicho debate. En la práctica, la homosexualidad en hombres y mujeres fue considerada una patología en la sección sobre “desviaciones sexuales” del DSM hasta 1973 por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en la segunda edición (DSM-II) y hasta 1975 por la Asociación Norteamericana de Psicología. Sin embargo, a pesar de la eliminación formal, en esta misma segunda edición utilizaron otra terminología para incluir otras "perturbaciones en la orientación sexual", que se sustituiría más tarde, en la tercera edición (el DSM-III), por el término homosexualidad egodistónica, es decir, el deseo de adquirir o aumentar la excitación heterosexual de forma que puedan iniciarse o mantenerse relaciones heterosexuales y un patrón mantenido de manifiesta excitación homosexual, que la persona dice rechazar explícitamente. Esta categoría se eliminaría de la revisión de esa misma edición (DSM-III-R) en 1986. Actualmente, la APA clasifica el persistente e intenso malestar sobre la orientación sexual propia como uno de los "trastornos sexuales no especificados".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) retiró la homosexualidad de su CIE recién en 1990, hace 23 años. A partir de esta decisión, diversas asociaciones nacionales en el mundo decidieron retirarla también de sus respectivos manuales. Esta situación ha

permitido crear una suerte de estrategias para combatir la patologización de la homosexualidad principalmente en torno a las acciones para prevenir el VIH y sida. De esta manera, ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA) ha consolidado su posición acerca de la importancia de despenalizar y combatir la discriminación contra las personas TLGBI como una estrategia fundamental para reducir la incidencia y la prevalencia de la epidemia entre hombres gay, bisexuales y mujeres trans.

Sin embargo, a pesar de estos avances, el campo discursivo aún mantiene las disputas acerca del reconocimiento de las prácticas homoeróticas y transgeneristas. Por un lado, en la región andina persisten muchos casos de discriminación dentro del sistema público en salud, y principalmente, la existencia de “terapias de deshomosexualización” (el caso de Ecuador es el más relevante) o de opiniones que incentivan la homofobia y la transfobia dentro los/as profesionales de la salud (en Perú estas declaraciones siguen siendo una constante) sin que esto genere una respuesta efectiva para combatir dichas prácticas. Por otro lado, nos enfrentamos a la persistencia en declarar las prácticas transgeneristas como una patología mediante la categoría “trastorno de identidad de género”. En los últimos años, los colectivos TLGBI, en particular los pertenecientes a personas trans, han articulado la demanda contra la patologización de dicha práctica con el fin de modificar el DSM. Sin embargo, en el borrador de la quinta edición de dicho manual (DSM-V), en actual proceso de formulación hasta mayo de 2013, la APA no la ha retirado. A pesar de ello, ha introducido algunas modificaciones en su concepción, por ejemplo ha cambiado el uso de “trastorno de identidad de género” por el de “incongruencia de género”, debido a que según este colegiado, el “trastorno” está basado en la “incongruencia” que viven las personas entre el género asignado en el nacimiento y el que siente o manifiesta posteriormente, dejando de lado términos como sexo biológico o la presencia o no de determinados órganos sexuales. También, otra de las modificaciones consiste en determinar que esta “incongruencia” desaparece cuando las personas se someten a una cirugía de reasignación de sexo, con lo cual es considerada como “curada”.

En este sentido, el discurso médico ha concentrado sus esfuerzos en fortalecer los significantes del dispositivo contemporáneo de la sexualidad reutilizando el carácter biológico del cuerpo como una norma que define la normalidad y anormalidad, frente a lo cual se plantea la necesidad de una “reparación quirúrgica”, única solución posible para obtener la tan ansiada “cura”. Este substrato que permanece incluso en la

actualidad, dentro del discurso médico puede ser entendido como un elemento central del régimen de la pobreza, construido por el gusto social heteronormativo, el cual afirma una deficiencia en la corporalidad y la subjetividad de las personas TLGBI que las coloca en una situación donde las capacidades humanas son puestas en interdicto. De esta manera, el ingreso al sistema público de salud de una persona TLGBI es, muchas veces, una experiencia de pauperización.

El camino aún es largo, debido a que luego de manifestaciones retóricas, el trabajo consiste en desarrollar una nueva visión de las personas TLGBI dentro de las instituciones médicas y principalmente en el discurso de la salud pública. Implica la construcción de políticas públicas que generen entornos saludables desde la misma atención con protocolos que no estén basados en una correspondencia entre sexo y prácticas de género hasta la formulación de prácticas políticas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género. En medio de ello, se debe relevar la importancia de integrar en la formación del personal de salud una visión que reconozca positivamente las prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas.

Desde el enfoque biomédico, la nosología de la cuestión TLGBI está ligada a un desorden con respecto a la adecuada correspondencia entre el sexo biológico y las diversas prácticas de género (en este caso, se debería entender que en un sentido amplio, tanto las personas gays, lesbianas y bisexuales, tampoco cumplen dicha correspondencia entre el sexo y sus prácticas de género), el cual se sintomatiza en una serie de conductas consideradas anormales. A pesar de los avances, sin duda, el último bastión de este desarreglo es la “disforia de género” o “incongruencia sexual”.

El modelo persiste en la actualidad incluso teniendo en cuenta que se ha despatologizado la orientación sexual, ya que aplica la misma lógica a la condición trans. Además, se debe advertir que diversas terapias de reconversión, ligadas a instituciones religiosas, reutilizan este discurso para presentar una “cura”. Un ejemplo de ello es el debate desarrollado en los Estados Unidos en torno al informe de Robert Spitzer (2001), donde según él una persona homosexual altamente motivado por ser heterosexual podría cambiar sus prácticas, lo cual fue utilizado por diversos grupos religiosos para mantener sus posiciones con respecto a las terapias de reconversión. Años más tarde, el propio Spitzer se retractó de sus opiniones al aceptar las críticas metodológicas referidas a la muestra que se le hicieron. Es importante recordar aquí cómo algunos experimentos llevados durante varias décadas del siglo XX como tratamientos hormonales o cirugías de reemplazo testicular entre personas gays

responden a esta lógica, la cual se encuentra nuevamente en la formulación de la cuestión trans cuando se plantea como una ruta obligatoria la reasignación quirúrgica de sexo.

Como veremos en el próximo acápite, otro lado de este enfoque biomédico se puede ver en el abordaje de la epidemia del VIH y sida en muchas políticas públicas del Perú, en donde el discurso médico, en un primer momento, configuró una relación entre “prácticas sexuales anormales” y la alta incidencia y/o prevalencia en hombres gays, bisexuales y mujeres trans. Y posteriormente, en la insistencia en no tomar en cuenta otros factores de análisis para comprender la situación de la epidemia. En ese sentido, el hecho que los presupuestos para la lucha contra el VIH se destinen básicamente a tratamientos, sin tratar de restarle importancia, no abordando políticas de prevención es sintomático de dicho enfoque.

En ese sentido, el enfoque biomédico presenta serias deficiencias para entender la problemática en salud de las personas TLGBI, ya que insiste en reducir la atención a una intervención farmacológica o quirúrgica sobre una disfuncionalidad biológica o psíquica sin tomar en cuenta en el análisis otros ámbitos. De esta manera, el cuerpo acaba silenciado y negado como un entramado de sentidos construidos mediante la relación que cada persona realiza con su propia historia. La trama material del propio cuerpo es destruida. Sobre esta negación, la problemática tiende a empeorar debido a la incapacidad de las políticas públicas por entender y enfrentar las condiciones que subyacen a esta situación. En la clasificación biomédica, la “desviación sexual” es siempre una desviación mental, que muestra una serie de síntomas que nos hablan de la anormalidad que viven ciertos cuerpos. En el caso de concebirla como modificación genética o fisiológica, el enfoque biomédico abrió un amplio abanico que va desde la patologización hasta la naturalización (discursos muy en boga hoy para reivindicar la aceptación de la homosexualidad y el transgenerismo en el discurso jurídico y médico)⁴⁴. En todas las circunstancias, hemos visto que este enfoque es poco prometedor para abordar de manera satisfactoria nuestro problema. Este enfoque no permite analizar la problemática en salud de las personas TLGBI desde una perspectiva amplia ya que limita la realidad a los aspectos mencionados.

⁴⁴ Es interesante resaltar que los procesos de liberación de las mujeres estuvieron adjuntos históricamente, a los mecanismos modernos de histerización de las mujeres verbalizados ya en el siglo XVIII y teorizados después en el XIX (Chauvelot 2001). De ese mismo modo, habría que pensar que los procesos de liberación homosexual están adjunto a la patologización de la homosexualidad, y posteriormente de la identidad de género.

Este primer acercamiento sirve para mostrar la base general referida a la temática y abre una serie de ámbitos de reflexión sobre la problemática en salud de las personas TLGBI, justamente, en el sentido de visibilizar cómo los enfoques del discurso médico han abordado dicho asunto. El punto es comprender cómo las políticas públicas pueden asegurar el acceso al derecho a una salud integral para las personas TLGBI, cómo podrían ellas acceder a servicios en salud de calidad y sobre todo, qué significa la calidad en estas circunstancias.

3.4. La gestión del VIH/sida en relación con las personas TLGBI en el Perú y la región andina

Esta estructura económica y libidinal representa una serie de conexiones impresas en formas concretas de subjetividad, entre las cuales podemos hallar las existentes entre los cuerpos y los distintos ámbitos de acción social. Uno de aquellos de mayor importancia, nos muestra que la estructura económica y libidinal establece también una relación entre cada cuerpo y el discurso de salud dentro de la reproducción del régimen de la pobreza. En ese sentido, cómo el gusto social heteronormativo a través de la salud pública afecta a las personas TLGBI configurando contexto de pobreza y vulnerabilidad, además, cómo afecta las subjetividades y los cuerpos en la construcción de sus posibilidades de plantear sus demandas políticas frente a sus propias condiciones de vida.

Desde la experiencia de la modernidad colonial, el cuerpo ha significado un espacio privilegiado de los procesos salud-enfermedad. A partir de las visiones mecanicistas de la corporalidad, el discurso médico ha construido una visión sobre los cuerpos, que determina el acercamiento a esta realidad configurando una serie de dispositivos que los define y los sitúa. Al hacerlo así, el propio discurso establece una serie de síntomas que nos hablan sobre la relación entre determinados cuerpos y el régimen de la pobreza. Por ello, también debemos mirar analíticamente aquellos síntomas surgidos del vínculo entre el gusto social heteronormativo y la salud pública como una manera de rastrear los elementos para reflexionar en torno a la problemática estudiada.

Sin duda, el gusto social heteronormativo ha definido una historia de los cuerpos de hombres y mujeres heterosexuales, homosexuales y trans, uno de cuyos lados está

significado por la enfermedad y la salud, a partir de los cuales, los cuerpos nos hablan de su posición en la sociedad y de las relaciones de redistribución que los constituyen. En el ámbito de la salud, podríamos afirmar que la pobreza tiene un componente heteronormativo que afecta a todas las personas. En ese sentido, el hecho de concebir el proceso salud-enfermedad y las estrategias para enfrentarlo expresan relaciones de poder que someten a las personas a ciertas condiciones de vida.

En relación con las personas TLGBI, tal como se desarrolló anteriormente, los significantes han sido elaborados desde el siglo XVI mediante la interacción de los discursos pastorales, jurídicos y médicos y constituidos con toda claridad durante los siglos XIX y XX. En la sociedad peruana, lo indicado nos exige observar aquello invisibilizado (en general la mayor parte) y sin duda, lo formulado en relación con la epidemia del VIH. Cada componente de esta historia expresa la relación entre salubridad pública y pobreza referida a las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas. Por otro lado, también, exige una mirada crítica a aquellas categorías formuladas y utilizadas dentro del discurso médico y epidemiológico, con el fin de plantear las demandas de las personas TLGBI frente al sistema público de salud de los países andinos. Es decir, cómo el abordaje de las problemáticas expuestas en salud de las personas TLGBI dentro del discurso médico y de la salubridad pública genera un régimen de la pobreza en el Perú dentro del contexto andino.

Para llevar a cabo esta tarea, el principal problema es el estado de las investigaciones sobre salud de las personas TLGBI en el Perú y la región andina. En general, se puede afirmar que en nuestra región no existe literatura que aborde algún aspecto sobre las problemáticas en salud de los colectivos TLGBI, a pesar de que podemos encontrar una creciente demanda por conocer datos precisos acerca de la realidad y crear estrategias para enfrentarla. Sin embargo, hay ejemplos concretos que intentan compensar este vacío dirigidos a mostrar ciertos aspectos, sobretodo, es importante resaltar aquellos estudios que visibilizan y sistematizan, en el mejor de los casos, las demandas de cada colectivo.

La única excepción dentro de este universo es el abordaje del VIH y sida el cual es abundante, y presenta diversos niveles tanto en calidad como pertinencia en relación con nuestro tema de estudio. Por un lado, resaltan los estudios epidemiológicos y por otro los diagnósticos de gestión. Con respecto a esta producción, básicamente, la dificultad está signada por el uso de ciertas categorías, variables y técnicas que no

permiten ver aspectos estructurales del proceso salud-enfermedad y por tanto plantear políticas públicas efectivas. Progresivamente, han surgido estudios que procuran analizar la problemática del VIH desde otros enfoques, como el de los derechos humanos, de una epidemiología crítica y de las ciencias sociales, aunque aún son la minoría.

Esta situación, nos permite plantear dos consideraciones, la primera relacionada con la responsabilidad por parte del estado de generar información adecuada para establecer políticas públicas, debido a su obligación por garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud. Sin embargo, cabe decir además, que muchas veces el contar con determinada información por parte de las instancias gubernamentales, tampoco garantiza el diseño y la implementación de políticas adecuadas para abordar las problemáticas, el caso de la gestión en relación con el VIH es un ejemplo contundente en el contexto de que aún persiste un epidemia concentrada y mecanismos de prevención deficientes, tal como veremos en el siguiente acápite.

La segunda está referida a afirmar que el estado peruano no ha realizado ninguna acción con respecto a la problemática de salud de las personas TLGBI, salvo aquellas en torno al VIH y sida, tal como demostraremos en el siguiente acápite, las cuales presentan serias deficiencias. En ese sentido, esta debe ser abordada desde una sociología de las ausencias, en donde la reflexión debe brindar la posibilidad de confrontar las demandas con las acciones de los estados. Para ello, esta ausencia debe ser ubicada en el análisis de la genealogía del discurso de la salubridad pública y sus respectivos mecanismos.

Específicamente, en el Perú, 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 en la capítulo II referido a la ámbito normativo, 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 de salud 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” (en Cáceres y otros 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 (Sandoval y otros 2011; Salazar y otros 2010).

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 de que el campo de la salud es estructurado por variables intervinientes (covariantes), 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 segmentos 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 (en Cáceres y otros 2011, 112).

El modelo instaurado a partir de la gestión del VIH/sida ha servido para crear una serie de estrategias y dinámicas elaboradas 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 andina se han implementado acciones que vayan más allá de esta epidemia, es decir, acciones que

contemplan 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 mi 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 moderno/colonial 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 (y también trans masculinos e intersexuales), 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 entre el estado y los colectivos involucrados en dicha dinámica (usualmente gay y trans femeninas). Sin embargo, esta afirmación puede ser relativizada con respecto a algunos procesos específicos, por ejemplo en el Perú, el Movimiento de Lesbianas Independientes feministas socialistas (LIFS) ha establecido una relación de incidencia con el Ministerio de la Mujer. Sin duda, los recientes procesos de Ecuador (2014-2015) en torno a la creación de la Federación de Organizaciones LGBT, podrían revelar la creación otros mecanismos.

En relación con la implementación de este modelo hegemónico de intervención, sin duda, se debe 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. (en Cáceres y otros 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 a través del tiempo 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 (y en Colombia existen guías referidas explícitamente a la población gay y trans femeninas).

En relación con lo anterior, se puede 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 féminas (aun peor sobre las poblaciones trans masculinas e intersexuales) luego a poblaciones, 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 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 y en particular con el objetivo de comprender la inserción del Perú en el contexto andino.

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). 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). Igualmente, en junio del año 1989 se promulga, en Bolivia, la Resolución Biministerial N° 0415, la cual ponía en vigencia el *Reglamento para la ejecución de actividades del programa nacional de prevención y vigilancia del sida en Bolivia*. El reglamento en cuestión contenía 54 artículos y 10 títulos. (Santivañez 1998, 48). Uno de los aspectos más resaltantes era la obligatoriedad de la prueba serológica para el VIH en casos de “grupos de riesgo, población penitenciaria y viajeros internacionales”. De esta manera, el artículo 21 prescribía el control serológico para “... homosexuales, bisexuales, heterosexuales promiscuos, meretrices, proxenetas, rufianes y drogadictos intravenosos, a los que se agregan mujeres embarazadas, receptores de sangre y prisioneros”. (Santivañez 1998, 50).

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. Hay que recordar 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).

La tercera etapa surge alrededor del segundo quinquenio de la década de los noventa, y se caracteriza por la creación de una instancia 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 y otros 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 y otros 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).

En el caso boliviano se da la Resolución Secretarial N°0660 el 27 de junio de 1995 (Santivañez 1998, 48), la cual representa un cambio significativo dentro de las políticas sobre VIH/sida. Por ejemplo se dispone la voluntariedad de la prueba y el consentimiento informado. Sin embargo, según Santivañez, estos cambios en relación con la anterior normativa aunque mostraron un enfoque de salud pública frente al VIH cualitativamente distinto, no introdujeron cambios, ya que las prácticas de vigilancia y control epidemiológico siguieron siendo las mismas dentro de “las tareas cotidianas que desempeñan quienes se hallan involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA (funcionarios sanitarios, policiales, autoridades)”. (Santivañez 1998, 83).

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. En torno a ello, muchos autores afirman, a pesar de sus críticas en contra de esta categoría en referencia a la población trans, la existencia de cierta utilidad en su uso debido, arguyen ellos, a que se puede describir diversas prácticas sexuales entre hombres quienes no se identifican con alguna identidad parecida a la gay o bisexual. Eso le daría a una intervención en términos de salud pública mayor capacidad de captación.

Desde mi perspectiva, el problema no está en el hecho de negar las prácticas sexuales junto a una identidad, sino en el efecto de pensar que las prácticas homoeróticas, con o sin identificación gay o bisexual, puedan ser consideradas neutrales. Este presupuesto es totalmente falso, ya que desconoce que mantener prácticas homoeróticas y, sin duda, transgeneristas, siempre resulta un interdicto.

Políticamente, no existe neutralidad posible. Mantener prácticas homoeróticas en el contexto andino, y en otros muchos, es siempre considerado una actividad desvalorizante. De esta manera, el reconocer o negar la identidad no resulta ser el gran problema, el *quid* se encuentra en la negación y estigma por parte de los discursos hegemónicos sobre la propia práctica (no exclusivamente sexual) homoerótica y transgenerista. Sin duda, el hecho que las personas no reconozcan sus prácticas sexuales, otra vez más allá del reconocimiento identitario, resulta una problemática estructural, que el uso del término HSH profundiza. Una intervención en salud debe partir de que las prácticas homoeróticas y transgenerista son construidas en condiciones de inferioridad, la cual se expresa en los tratos discriminatorios por parte del personal de salud, la negación del estado por intervenir según sus propias evidencias epidemiológicas, la resistencia a tratar públicamente temas como la discriminación, entre otras.

Después del 2000, y en diferentes años para cada país, aparece en la región una cuarta etapa. En esta, se heredan las deficiencias en cuanto a la implementación del modelo creado en el tercer periodo, 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. (Véase cuadro N° 3).

El Fondo Mundial es una institución financiera internacional creada durante el 2002 con el fin de administrar (sea recabando o asignando recursos) fondos para prevenir y tratar el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. A lo largo de su existencia ha intervenido en 151 países, entre ellos los cuatro países andinos. Su principal estrategia consiste en promover un trabajo conjunto entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, con la intención de focalizar su atención en la población con mayor vulnerabilidad. Según el propio Fondo Mundial, su gestión implementada está basada en “los principios de implicación del país y financiamiento basado en el desempeño”, mediante los cuales “los países ejecutan sus propios programas determinados por sus prioridades y el Fondo Mundial facilita financiamiento con la condición de que se obtengan resultados verificables”.

En la región andina, el Fondo Mundial ha tenido diversas participaciones como se observa en el **Cuadro N° 16**:

**CUADRO N° 16 RONDAS IMPLEMENTADAS DEL FONDO MUNDIAL EN
LA REGIÓN ANDINA**

R onda/ P aís	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
2		<p align="center">Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención en ITS/VIH/sida con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia (Organización Mundial para la Migración) Del 01/07/2004 hasta 03/06/2008</p>	<p align="center">Proyecto Nacional para la lucha contra el VIH/sida en Ecuador Del 01/03/2005 hasta 28/02/2011</p> <p align="center">Proyecto Nacional para la lucha contra el VIH/sida en Ecuador (CARE Ecuador) Del 01/06/2006 hasta 28/02/2010</p>	<p align="center">Fortalecimiento de la prevención y el control del sida y tuberculosis en el Perú (CARE-Perú) Del 04/11/2003 hasta 31/12/2008</p>
3	<p align="center">“Acciones complementarias de promoción de la salud, vigilancia, tratamiento y prevención, para la sostenibilidad del control del VIH/sida, Tuberculosis y Malaria en Bolivia”. (Centro de investigación, educación y servicios) Del 01/07/2004 hasta 01/07/2006</p> <p align="center">“Acciones complementarias de promoción de la salud, vigilancia, tratamiento y prevención, para la</p>			

	sostenibilidad del control del VIH/sida			
4	<p>Tuberculosis y Malaria en Bolivia”. (PNUD, Bolivia)</p> <p>Del 01/05/2006 hasta 31/01/2007</p> <p>“Acciones complementarias de promoción de la salud, vigilancia, tratamiento y prevención, para la sostenibilidad del control del VIH/sida, Tuberculosis y Malaria en Bolivia”. (Asociación Ibis-Hivos)</p> <p>Del 01/02/2007 hasta 31/01/2010</p>			

R onda/ P aís	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
5				<p>Cerrando brechas: hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio para VIH/sida y TB en Perú</p> <p>(CARE-Perú)</p> <p>Del 01/09/2006 hasta 30/09/2011</p>
6				<p>Planes nacionales Multisectoriales: integrando recursos para la lucha contra el VIH/sida en el Perú</p> <p>(CARE-Perú)</p> <p>Del 01/10/2007 hasta 30/09/2012</p>
9	<p>Reducción de la prevalencia de nuevas infecciones de ITS y VIH y de la morbilidad y mortalidad en Bolivia</p> <p>(Asociación Ibis-Hivos)</p> <p>Del 01/09/2010 hasta 31/12/2012</p>	<p>Construyendo capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios preventivos y de salud y reducir la morbi-mortalidad y vulnerabilidad en asociada con el VIH/sida en grupos clave afectados</p> <p>(Cooperative Housing Foundation International, USA)</p> <p>Del 01/04/2011 hasta 31/03/2013</p>	<p>La respuesta del Ecuador al VIH: un acercamiento multisectorial hacia el acceso universal y la prevención en población con mayor riesgo</p> <p>(Ministerio de Salud)</p> <p>Del 01/01/2011 hasta 31/12/2012</p> <p>La respuesta</p>	

			del Ecuador al VIH: un acercamiento multisectorial hacia el acceso universal y la prevención en población con mayor riesgo (Corporación Kimirina) Del 01/01/2011 hasta 31/12/2012	
10				Construyendo capital social para la prevención del VIH y el acceso a la salud integral de la población trans, gay y HSH, sin transfobia, ni homofobia en el Perú (INPPARES) Del 01/01/2012 hasta 31/12/2013

**Fuente: Fondo Mundial, en: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Home/Index>
Elaboración propia.**

Estas intervenciones han tenido diversos componentes, los cuales serían difícilmente sintetizables, sin embargo habría que especificar algunos aspectos desde una perspectiva TLGBI. En primer lugar, las primeras referencias a la población gay y trans cuando aparecían, solo eran mediante el uso de “poblaciones en riesgo” o dentro del término PVVS, que en la región andina está compuesto por gays y mujeres trans en más del cincuenta por ciento. Por ejemplo, en el caso colombiano, la segunda ronda debido al énfasis que se hizo en el desplazamiento, invisibilizó a la población TG. En este sentido, muchas rondas han hecho énfasis en poblaciones que no representan una comunidad vulnerable al VIH, como el de las mujeres embarazadas. Paralelamente, el término “HSH” apareció con mayor insistencia entre los indicadores de cada una de las rondas. En las últimas rondas implementadas (novena y décima) en cada uno de los países ha surgido el uso del término transgénero o trans, en el caso de Bolivia todo el acrónimo.

Por otro lado, el énfasis de la mayoría de rondas ha sido brindar tratamiento, dejando de lado la prevención o no asegurando una implementación de estrategias adecuadas, enfatizando tamizajes en poblaciones que no muestran alta prevalencia y dejando de lado a las que sí la tienen. Usualmente, las rondas consideran entre las medidas de prevención a tomar la distribución de preservativos para hombres, la consejería pre y post test de VIH, educación entre pares y el tamizaje. También ha incluido medidas como lucha contra el estigma, participación comunitaria, planificación intersectorial y la construcción de tejido comunitario.

En este contexto, la gestión del Fondo Mundial presenta algunas características muy importantes. Primero, el esfuerzo que realiza para integrar a los diversos componentes sociales es un gran aporte; sin embargo, no mejora ni crea mecanismos para crear una negociación más pareja entre la representación de los estados y la representación tanto de las ONG, las comunidades, sean de PVVS o colectivos gays y trans. En la práctica esto puede resultar en hacer más de lo mismo, sobre todo si somos conscientes que presenciamos una cultura jerárquica entre el personal de salud en relación con los/as usuarios/as de los servicios. Además, muchas veces, su instancia de control y gobierno no posibilita este trabajo de negociación de la manera más adecuada, dejando la implementación exclusivamente a criterio de quienes lo operan.

Segundo, debido a que el Fondo Mundial privilegia las prioridades establecidas por cada gobierno, en contextos de poca capacidad de negociación de las PVVS y otras comunidades con el estado, las propuestas no siempre terminan recogiendo sus demandas. Sin embargo, las últimas rondas han recogido componentes más comunitarios que las anteriores, y por tanto una visibilidad más importante. Tercero, el énfasis que el Fondo Mundial hace en obtener resultados verificables, introduce en la gestión de las rondas un falso conflicto dentro de la implementación entre los aspectos técnicos y los aspectos comunitarios o políticos. Es decir, se construye una disociación entre ambos lados de la ejecución originando profundos conflictos. A veces el resultado verificable se obtiene en detrimento de la participación y la integración de las mismas personas. Ambas características permiten que la implementación esté basada en la estructura que ya existe, sin preocuparle mucho la innovación.

Cuarto, el modelo financiero del Fondo Mundial basado en la gestión privada de recursos ha desarrollado una estrategia que incentiva la competencia en favor de la obtención de mejores resultados. Aunque la idea es involucrar a quienes “saben hacer” o trabajar el tema, es decir, los considerados “expertos”, para poder intervenir

eficientemente, el esquema termina “clientelizando” a quienes participan desde la sociedad civil, sean ONG o colectivos. De tal manera que quienes deberían llevar las demandas terminan ofreciendo servicios, preocupados por su ubicación en el mercado del VIH. Finalmente, el mismo modelo termina siendo la ruta ideal para conducir la gestión del VIH, transformándose en un terreno complejo de actuación, donde la tensión resulta ser el principal motor de la intervención.

Por último, debido a las características anotadas arriba, dicha gestión en su conjunto muchas veces tiende a reproducir prácticas consagradas en la administración o en la gestión, precisamente, utilizando como justificación un discurso de “eficiencia”. Esta “eficiencia” deviene de la familiaridad que se tiene con estas prácticas, a pesar que en la realidad no hayan sido un significativo avance. En la práctica, ninguna estrategia que no aborde la discriminación de manera directa y además no gaste el presupuesto de manera proporcional en la población que presenta la mayor prevalencia (personas con prácticas homoeróticas y transgeneristas, con o sin identidades gays, bisexuales y trans), podrá obtener resultados adecuados y verdaderamente eficientes.

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; y aunque sin duda se formulan críticas desde la sociedad civil, 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) en un contexto donde en todos los países se presentan varios problemas en su distribución.

Este es un escenario muy complejo para las poblaciones gays, bisexuales y trans (y ni que decir de las mujeres lesbianas, hombres trans y personas intersexuales quienes siquiera aparecen en la única estrategia sanitaria dirigida al colectivo TLGBI) debido a diversos factores. Sin duda, el Fondo Mundial ha servido de gran apoyo para implementar acciones de carácter paliativo, por ejemplo el tratamiento antirretroviral, lo

cual en algunos contextos representa la única vía de preservar la vida las personas. En el caso de Bolivia, la cooperación internacional cubre casi la totalidad de los costos para dicho tratamiento o en el caso de Perú representó un incentivo para que el estado asuma posteriormente el gasto en su integridad. También, le concede un lugar dentro de espacios hasta antes no explorados a muchos colectivos y comunidades, sin embargo esto no implica igual capacidad de negociación, o en el mejor de los casos, dicha negociación permanece en los cuadros más tecnificados dentro de dichas comunidades. Esto permite legitimar algunas demandas aunque no siempre a través de la visibilización política, sino más bien mediante un discurso victimizante. Por otro lado, las principales dificultades son la “clientelización” de los y las activistas dentro de la implementación de la gestión y específicamente, la reproducción de modelos que no han abordado la problemática de una manera integral.

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 TLGBI, 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 indiferencia 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. Digo 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). Estas condiciones permiten ver que la borradura discursiva opera una borradura en la vida real, de ahí que podamos entender el uso que hacen algunos y algunas activistas del término “*homosidio*”⁴⁵, donde se descubre la perversa relación establecida por los discursos hegemónicos entre homicidio, sida y homosexualidad.

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

⁴⁵ Este término fue creado por Jorge Bracamonte, activista peruano, y utilizado durante la realización de la quinta ronda del Fondo Mundial en el Perú.

3.4.1. Instancias nacionales de gestión y coordinación multisectorial: responsabilidades y funcionamiento

Desde los inicios de la epidemia, los estados organizaron su respuesta a través de la creación de instancias gubernamentales con el fin de controlar la epidemia y las poblaciones consideradas de “riesgo”. Estas instancias estuvieron y están insertas en los procesos descriptos. Posteriormente, la presencia del Fondo Mundial obligó la creación de un espacio mixto de concertación entre el gobierno y la sociedad civil, llamado Mecanismo Coordinador País (MCP), que dirigiera la implementación de las rondas en cada país. En la práctica, dichos ámbitos confluyen en la coordinación de la respuesta frente a la epidemia del VIH. Las primeras regulando las políticas públicas y las segundas implementando acciones para fortalecer o crear estrategias para obtener resultados específicos en torno a las rondas. Entre ambas instancias se establecen alianzas, aunque mantienen distinto estatus normativo y ámbitos de acción.

Así tenemos que, como se observa en el **Cuadro N° 17**, Bolivia cuenta con el Consejo Nacional de VIH-SIDA (CONASIDA), Ecuador tiene la Comisión Nacional de VIH/Sida y el Comité Ecuatoriano Multisectorial de VIH/Sida (CEMSIDA), Colombia cuenta con el Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA y el Consejo Nacional de SIDA (CONASIDA), y Perú ha implementado la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA.

CUADRO N° 17: INSTANCIAS ESTATALES ENCARGADAS DE COORDINAR LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN CONTRA ITS Y VIH/SIDA EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ

Bolivia *Consejo Nacional de VIH-SIDA (CONASIDA)*, 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.

Ecuador Por un lado está la *Comisión Nacional de VIH/sida*, como instancia de coordinación, concertación y asesoría, de conformidad a lo dispuesto por la *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (de acuerdo a la ley integral de VIH del 2006)*.

Por otro lado, se ha creado en el 2011 el *Comité Ecuatoriano Multisectorial de VIH/sida (CEMSIDA)*, donde el *Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS (PNS, creada en 1987)*, 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).

Colombia *Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA* (De acuerdo al decreto 1543 de 1997 que regla el manejo de VIH). *Consejo Nacional de Sida, CONASIDA* (según el Plan Nacional de VIH 2008-2011).

Perú *Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA (2004)*. 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.

**Fuente: Informes nacionales de cada país.
Elaboración propia.**

En relación a las instancias de coordinación multisectorial para la prevención y control de ITS y VIH/sida, encontramos que se trata de espacios presentes en Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú. Como se observa en el **Cuadro N° 18**, en Bolivia se cuenta con el Consejo Departamental de VIH/Sida (CODESIDA) y el Colectivo Nacional de Trabajo en Respuesta al VIH/SIDA (CONATRE), en Ecuador existe el CEMSIDA, en Colombia el Comité Ejecutivo de Promoción, Prevención, Asistencia y Control de las ETS y del SIDA, y el Consejo Nacional de SIDA (CONASIDA), y en Perú se ha implementado la Comisión Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA).

CUADRO N° 18: INSTANCIAS DE COORDINACIÓN MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS Y VIH/SIDA	
Bolivia	<p><i>Consejo Departamental de VIH/sida (CODESIDA)</i>, que se encarga de coordinar con los departamentos.</p> <p>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.</p> <p>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>
Ecuador	<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>
Colombia	<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).</p> <p><i>Consejo Nacional de Sida (CONASIDA)</i>.</p>
Perú	<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>

**Fuente: Informes nacionales de cada país.
Elaboración propia.**

En relación con el caso peruano, cabe mencionar que a partir del año 2002 el Ministerio de Salud realizó una serie de cambios en su estructura organizacional y los programas nacionales fueron sustituidos por el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, debilitándose las intervenciones sanitarias específicas sobre enfermedades. Ese mismo año el Ministerio de Salud, en colaboración con la Sociedad Civil, conforma la Comisión Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA), la cual está presidida por el Ministerio de Salud y cuyo propósito fundamental fue elaborar de manera conjunta un proyecto para financiar el Tratamiento antirretroviral para las personas que viven con VIH y presentarlo al Fondo Mundial de ayuda para la lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el Sida. En el año 2004 dada la necesidad que requiere el país de un programa de prevención y control de VIH/sida se crean las Estrategias Sanitarias Nacionales, una de ellas fue la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS-VIH-Sida, a la cual se le encargó el reto de brindar atención tratamiento con TARGA a las personas viviendo con VIH después de que se le adjudicara la donación de 23 millones de dólares de ayuda para la lucha contra la epidemia del sida.

3.4.2. 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.

Como se observa en el **Cuadro N° 19**, para el período de análisis que nos ocupa, Bolivia cuenta con el Plan Estratégico Multisectorial 2008-2011 (PEM), Ecuador dispone del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/sida 2007-2015 (PEM), Colombia cuenta con el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011, así como con el Plan Intersectorial de Respuesta al VIH y SIDA 2004-2007, y el Perú implementó el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011

para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú, el Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud 2008-2011 (PESEM) y el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020.

CUADRO N° 19: PLANES ESTRATÉGICOS NACIONALES O LOCALES SOBRE ITS/SIDA EN BOLIVIA, ECUADOR, COLOMBIA Y PERÚ	
Bolivia	<i>Plan Estratégico Multisectorial 2008 - 2011 (PEM).</i>
Ecuador	<p><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.</p> <p><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).</p>
Colombia	<p><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>).</p> <p><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>.</p>
Perú	<p><i>Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú.</i></p> <p><i>Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud (PESEM) 2008 – 2011.</i></p> <p><i>Plan Nacional Concertado de Salud (2007-2020):</i></p> <p>Objetivo 6.- Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 7.- Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida. Al respecto indica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 sintomático de las Infecciones de transmisión sexual.

**Fuente: Planes estratégicos de cada país.
Elaboración propia.**

Estos planes estratégicos nacionales producidos en la región andina 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 a 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 disponibilidad 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 específicas” (J. 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 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. Paralelamente, se desarrollan planes por cada departamento.

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. En la práctica, la atención y el tratamiento están circunscritos a la administración de una EPS y sus respectivas instancias de menor jerarquía.

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 difusión 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 Multisectorial 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 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. También, existen algunos planes regionales, los cuales reproducen básicamente, el modelo de intervención.

Todo este conjunto de planes estratégicos representan la construcción de un proceso de respuesta frente a la epidemia. Sin embargo, en la realidad, padece, al igual que sus pares en los respectivos países, de una desarticulación con la planificación nacional. En ese sentido, Cáceres afirma que “si bien es un avance importante contar con el PEM, al parecer no está articulado a los otros planes nacionales, entre otros, el Plan Nacional de Derechos Humanos, el Plan Nacional de Superación de la Pobreza, el Plan Nacional de Igualdad entre Mujeres y Varones, o el Plan Nacional de Acción contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.” (Cáceres 2009, 35). Esta problemática expresa la incapacidad por parte de quienes diseñan y operan las políticas públicas para generar una respuesta integral frente a una realidad en la cual intervienen múltiples factores que deben ser reconocidos más allá de criterios epidemiológicos. Por eso mismo, hace poco sostenible crear y mantener acciones a largo tiempo para obtener resultados más significativos.

Otro aspecto que asemeja este plan con los otros es el uso del término HSH, el cual construye serias tergiversaciones al momento de realizar acciones específicas. Por ejemplo, “las vigilancias centinelas aún no contemplan la diversidad de grupos poblacionales que forman los HSH. Considerar esto es fundamental en un país cuyo perfil epidemiológico es concentrado”. (Salazar y otros 2010, 67). Sin embargo, esta invisibilización no es solo nominal, sino que implica recortes en la misma elaboración de presupuestos de los mencionados planes, los cuales afectan una intervención adecuada con respecto a la concentración demográfica de la epidemia. Este hecho constituye serias contradicciones, ya que “estas actividades reconocidas y mencionadas como prioritarias, aparecen en los presupuestos con montos mínimos, focalizando presupuestos más elevados en otras actividades no dirigidas a las poblaciones en mayor vulnerabilidad como la población trans...”. (Salazar y otros 2010, 70).

En balance general, podemos observar que cada uno de los planes toma en cuenta de manera diferencial la presencia de gays y mujeres trans, algunos mediante el acrónimo “HSH”, además combinándolo con menciones tales como “poblaciones de riesgo”, “poblaciones de alto riesgo”, “poblaciones vulnerables” y “poblaciones excluidas”. Esto construye una contradicción entre un discurso desde el enfoque de los derechos humanos y una reproducción de los prejuicios, que finalmente mantiene una respuesta insuficiente.

Esta insuficiente respuesta se concentra de manera usual en componentes como la vigilancia epidemiológica y el acceso tratamiento, dejando de lado medidas de prevención, las cuales cuando aparecen siempre son mediante referencias generales, que en la práctica terminan desapareciendo. Esto demuestra que aún persiste “una tendencia biomédica y fundamentalmente epidemiológica, sin un complemento cultural y político que sustente la situación de las poblaciones en mención; incluso la población de mujeres (gestantes) y la población general”. (Salazar y otros 2010, 70).

En algunos planes 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. Claramente, un balance sobre estas supuestas medidas, en donde se encontrarían legislación contra la discriminación o políticas afirmativas, arrojaría un resultado negativo.

3.4.3 Gestión de la prevención

La prevención en temas de salud para la población TLGBI en la región, ha estado enfocada principalmente en acciones de prevención del VIH/SIDA como una línea más en el desarrollo de acciones de promoción y defensa de derechos humanos y la no discriminación de la población TLGBI, siendo los principales referentes en el tema las organizaciones de hombres gay (y en los últimos años han ido incorporándose progresivamente algunos grupos de trans femeninas) y los organismos no gubernamentales proveedores de servicios relacionados a VIH/SIDA (Izazola 2003, 112).

En Bolivia de acuerdo a UNGASS, la prevención está enfocada a la realización de acciones comunicativas y campañas, donde se trabaja con la comunidad TLGBI (a pesar que en el documento oficial señala a todo el acrónimo, en la práctica solo se

implementa con gay y trans femeninas), apoyándose actividades propias de dicha comunidad como el día del orgullo y el festival de cine de la diversidad. Sin embargo, no se cuenta con una estrategia de difusión y promoción para HSH y población TLGBI, sobre todo en barrios alejados, a los cuales no llegan los servicios gratuitos de salud para prevención de VIH, ni la información necesaria. Asimismo, la discriminación persistente dificulta la labor que se viene desarrollando, por ejemplo en campañas que promueven el uso del condón (ADESPROC 2010).

Por otra parte, en la bibliografía analizada, no se ha identificado mayor detalle sobre estrategias diferenciadas, faltan reactivos para realizar las pruebas en muchos establecimientos de salud públicos. ADESPROC recomienda reformular el trabajo coordinado entre establecimientos de salud y organizaciones TLGBI, así como la realización de acciones dirigidas a empoderar a estas poblaciones, de manera que puedan gestionar los reclamos correspondientes ante el Programa Nacional de ITS y VIH, entre otras acciones en su beneficio (ADESPROC 2010).

En Ecuador, la estrategia de prevención en grupos TLGBI presenta dificultades, pues sólo se toma en cuenta la prevención de contagio vertical entre gestante y feto, y el país no dispone de estrategias orientadas a promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes (UNGASS 2010, 44). Asimismo, como se da a conocer en la Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015, elaborada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, se ha focalizado la entrega de condones a personas que integran grupos más expuestos como el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el de trabajadoras sexuales (TS) y el de personas privadas de la libertad (PPL) (Ministerio de Salud Pública Ecuador 2011). Por un lado, la entrega aparece como el único servicio del Programa Nacional de VIH/sida para con la comunidad TLBGI en el tema de prevención. Por otro lado, el uso del acrónimo HSH evidencia la imposibilidad de ligar la misma prevención con la superación de una estructura de vulnerabilidad producto de la discriminación y la exclusión que, finalmente, es la que permite una epidemia concentrada en hombres gays, bisexuales y mujeres trans.

En Colombia se han realizado campañas sobre el uso del condón y se han publicado 6 guías de prevención (2011) orientadas a las siguientes poblaciones: HSO, jóvenes en contextos de vulnerabilidad, mujeres trabajadoras sexuales, mujeres en contextos de vulnerabilidad, población privada de libertad y mujeres trans.

En el Perú se cuenta con un Sistema de Atención Médica Periódica a Grupos Vulnerables TS y HSH, que cuenta con setenta establecimientos localizados en veintisiete DISA, de los cuales el 34% tiene acreditación de CERITS⁴⁶ (24 establecimientos), mientras que el 66% restante dispone de la acreditación de la UAMP (36 establecimientos). La mayoría de los CERITS y UAMPS están ubicados en hospitales (Plan Estratégico VIH 2007-2011, 29).

Asimismo, el Ministerio de Salud implementó una estrategia de pares (PEPs) en la cual los promotores recibían capacitación y un estipendio económico por la labor de distribución de preservativos y material informativo, la motivación a sus pares para realizarse el descarte de ITS y el tratamiento en caso de necesitarlo. Sin embargo, esta estrategia perdió fuerza en el período 2001-2003, por la implementación de una política conservadora (Plan Estratégico VIH 2007-2011, 28). En el 2004 se emite la Directiva 09-2004-MINSA/DGSP “Sistema de promotores educadores de pares en población vulnerables (sic) de ITS y VIH/SIDA”, con la finalidad de fortalecer la Red de Promotores Educadores de Pares en poblaciones vulnerables para la ITS y el VIH/SIDA, pero con el establecimiento del sistema de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), nuevamente se deja de lado la estrategia de pares (CARE Perú 2009, 12-13).

3.4.4. Gestión de la atención y el tratamiento

En Bolivia se cuenta con diez Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIRs) y tres Centros Regionales de Vigilancia y Referencia (CRVIRs), los cuales se encargan de la prevención y el tratamiento de ITS, VIH y Sida.

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 antirretroviral y el seguimiento de laboratorio con CD4-CD8, carga viral y hemograma completo cada seis meses de manera gratuita. La atención sin costo para el paciente está amparada por la Ley 3729 de prevención del VIH/Sida, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con VIH/Sida” (ADESPROC 2010, 38).

⁴⁶ Centros de Referencia de ITS

Sin embargo, la persistencia de prejuicios en relación al VIH/Sida limita el acceso de la población a una atención pública integral, periódica y oportuna⁴⁷, a lo que debe sumarse la falta de insumos para la toma de muestras para VIH/Sida. Se estima que el 85% de los pacientes que atienden los CDVIR's corresponde al grupo de las trabajadoras sexuales comerciales TSC, mientras que la atención específica a GLBT-HSH y a PVVS es muy limitada (ADESPROC 2010, 48).

Según el Plan Estratégico Multisectorial 2008-2011: “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”.

En Bolivia, el Estado se abastece y distribuye a nivel nacional los medicamentos contra el VIH/sida a través de la Central de Abastecimiento de Medicamentos y Suministros (CEASS), del Ministerio de Salud.

En relación a las directrices que orientan el tratamiento de pacientes con VIH/Sida, Bolivia cuenta con el Plan Estratégico Nacional de VIH/Sida, 2008-2012, el cual contiene:

- 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 Sindrómico.
- 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 antirretroviral para la atención Integral de PVVS.
- Manual de Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/sida.

⁴⁷ De acuerdo a la información proporcionada por ADESPROC, las actitudes discriminatorias y la falta de sensibilización del personal de salud sobre diversidad sexual son los principales obstáculos que dificultan el acceso de la población TLGBI a servicios de salud, siendo la población trans femenina la más afectada.

- 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

VIIH.

- Guía de capacitación para la realización de la Prueba rápida para el

VIIH.

En Ecuador, la atención del Estado a personas que viven con el VIH/sida (PVVS) se lleva a cabo en 250 centros de consejería y tamizaje y en veintiocho Unidades de Atención Integral a PVV a nivel nacional, con desconcentración en la entrega de ARV y equipos de salud capacitados en el manejo integral a PVV. El tratamiento antirretroviral es gratuito⁴⁸ y se entrega a las PVV en 72 horas máximo luego de recibido el pedido. El Estado realiza la compra de ARVs⁴⁹, preservativos y drogas de sustitución a través de los mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales.

Se dispone de ARV en presentaciones pediátricas, también se proporciona sin costo alguno, medicación para enfermedades oportunistas, se practican los exámenes de CD4 y carga viral y se entregan preservativos a PVV mensualmente.

En relación a las directrices que orientan el tratamiento de pacientes con VIH/Sida, Ecuador dispone de los siguientes documentos:

- Guía de Atención Integral de Personas que Viven con VIH (PVV), elaborada inicialmente en 2004 y con varias actualizaciones, la última realizada en el 2009. (MSP).
- 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 (Fundación Ecuatoriana Equidad 2008)⁵⁰.

⁴⁸ Priorización para el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral y Cuidado en VIH del 2008-2013.

⁴⁹ De acuerdo al UNGASS, 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).

⁵⁰ La Sesión Sexta de este documento sirvió de base y herramienta de trabajo para la redacción de la Guía nacional de normas y procedimientos de atención integral a hombres gay, bisexuales, hombres

- Guía de Atención integral en VIH/sida 2010 (PVV).

En Colombia, los medicamentos y procedimientos diagnósticos para pacientes con VIH y sida han sido incorporados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) incluyendo en el tipo subsidiario: “El 75% de los pacientes TAR requirientes 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). Cabe destacar que en Colombia todos los centros tendrían la capacidad de dar tratamiento. Sin embargo, la accesibilidad se ve limitada debido a factores sociales y culturales que conjugan discriminación y prejuicios.

Los antirretrovirales son parte del POS (se detalla qué medicamentos son cubiertos). En caso que se necesitara otro medicamento de alto costo, la Sentencia T201 del 2005 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 Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, artículo 4º, numeral 10, 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.

En relación a las directrices que orientan el tratamiento de pacientes con VIH/Sida, Colombia dispone de los siguientes documentos:

- Guías para el Manejo de VIH/sida. (Ministerio de Protección Social, 2005). Es material obligatorio de acuerdo a la ley, es de manejo clínico y está dirigido a médicos y personal de salud. No habla de discriminación, no aborda el estigma, no es didáctico y no aborda la problemática diferenciada, y menciona solamente a HSH.
- Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA (2006): 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.

que tienen sexo con hombres y personas transgénero, del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Esta guía fue validada en dos talleres nacionales realizados por el Programa Nacional SIDA/ITS del MSP, con el auspicio de ONUSIDA. En ellos participaron profesionales de la salud de los diferentes Centros de Atención de Salud Sexual, así como miembros de las organizaciones gay y trans vinculados al trabajo de prevención del VIH/SIDA. (Fundación Ecuatoriana Equidad 2008, 8).

En el Perú la atención de salud a la población TLGBI, se orienta principalmente a la población HSH (donde se incluye a las personas trans femeninas), que es atendida por el MINSA a través de los Centros Especializados de Referencia de ITS y VIH/sida (CERITS). En el 2004 se estableció la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA a través de la Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA. La atención médica periódica (AMP) incluye el consentimiento informado, consejería pretest y postest, y orientación sobre prevención de ITS y VIH/sida.

Los antirretrovirales fueron introducidos en 1999, llegando inicialmente a cerca de mil personas beneficiarias del Seguro Social y 140 a través de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas, sin embargo el establecimiento de un programa nacional desde el MINSA⁵¹ fue posible en 2004 con el cofinanciamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria – FMSTM. El estudio realizado por CARE por encargo del MINSA estimó la población beneficiaria en 7000 personas con VIH y SIDA (MINSA – ESN PC ITS-VIH /SIDA ENITSS 2005).

El Programa Nacional de Atención Integral de la Infección por VIH incluía TARGA. El régimen principal ofrecido fue una combinación de AZT, 3TC y NVP o EFV, mientras que el tratamiento de rescate era bien la combinación de SQV/RTV, 3TC y DDI o la de LPV/RTV, 3TC y d4T. (CARE Perú 2009, 8).

La implementación del programa de TARGA ha sido especialmente señalada por los actores como uno de los logros alcanzados por el Estado y el país. En tal sentido, 7.659 PVVS 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).

A pesar de este importante avance relacionado al VIH/Sida, como señala la Red Peruana TLGB⁵², el acceso a la salud de la población TLGBI presenta la siguiente problemática:

- La población de lesbianas y bisexuales son invisibilizadas en los servicios de salud sexual, reproductiva y salud mental.
- El servicio de salud no contempla consejerías de transformación del cuerpo, atención en ITS y VIH/sida a las mujeres

⁵¹ Programa Nacional de Atención Integral de la Infección por VIH.

⁵² Informes nacionales de la Red Peruana TLGBI de los años 2010 y 2012.

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.

En relación a las directrices que orientan el tratamiento de pacientes con VIH/Sida, Perú cuenta con los siguientes documentos:

- Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva elaborado por el MINSA, aprobado por R.M. 290-2006/MINSA, el 20 de marzo del 2006, pero que no incluye a población TLGB.
- Plan Estratégico Nacional de VIH/sida.

3.5 Pobreza, salud y heteronormatividad: el gusto social heteronormativo y la gestión en salud TLGBI

La construcción de la posición del sujeto TLGBI ha sido crucial para estructurar el régimen de la pobreza contemporáneo que afecta a las personas; es decir, existe una dimensión involucrada con la producción de dicho régimen que implica la distribución generada por el propio sujeto sexual. En este sentido, hay un enlace que subyace en la distribución de los recursos que implica la economía sexual (definida desde el sistema de género moderno/colonial), donde ni la libertad ni la dignidad modernas pueden contener del todo la justicia social. Si bien en un sentido meramente analítico las disposiciones de la representación de la normatividad definen un lugar para cada persona; de manera integral, se debe entender las múltiples interacciones por las cuales el sujeto TLGBI se conforma en medio de la construcción de normas y de la implementación de las políticas dentro de un contexto social. Ubicar la producción del lugar del sujeto TLGBI en la construcción del régimen de la pobreza justamente permite de manera interseccional analizar la manera de como el posicionar la subjetividad TLGBI produce pobreza. Es un enlace relativamente extraño, según lo analizado, en la academia y en distintos modos de enunciar la supuesta certeza.

He afirmado que las identidades son posiciones conformadas entre dos dimensiones: las formas concretas de la subjetividad y la historia de gubernamentalidad.

Esta producción de la subjetividad, sobre la cual hay que plantear una genealogía que se desplaza entre el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad, implica

la capacidad que tienen las instituciones para crear subjetividades; es decir, para producir la posición del sujeto.

Así pues, el primer elemento ha sido plantear la genealogía entre el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad, para comprender como las subjetividades TLGBI aparecen en el diseño, planificación e implementación en el ámbito de la salud.

Ensayar la relación entre la gubernamentalidad y la producción de subjetividades en el ámbito de la salud muestra la relación entre la normativa y la representación de la subjetividad. Hay una historia visible que muestra el hecho de que el sujeto TLGBI empezó como un sodomita y continuó siendo un criminal. Luego, fue un objeto de las políticas públicas donde se dispuso una serie de mecanismos de control dadas básicamente en las políticas sobre VIH/sida en los países andinos. Sin duda, el espectro se ha abierto en muchos países andinos reproduciendo la misma posición del sujeto sexual dentro de otros ámbitos que sin duda desplazan la misma la posición dentro de una matriz hegemónica.

El segundo elemento ha sido analizar el lugar donde son colocadas las personas TLGBI dentro de la norma y la gestión de la salud, mostrando cómo se ha ido incorporándolas. En este proceso, sin duda, a partir de la despenalización, el ámbito de la salud ha sido un referente continuo en el imaginario social referido a las personas TLGBI desde el cual se ha permitido construir una presencia. Entre la patologización y despatologización se ha instituido un lugar donde las demandas de dicha comunidad se vuelven legibles ante el estado y han conformado diversas estrategias de los colectivos para incidir en pro de la obtención de sus derechos. Si vemos todo el espectro de esta lucha, se puede entender las aún existentes dificultades para politizar diversos aspectos de la vida de las personas TLGBI, cuya subjetividad política se encuentra aún representada por los fundamentos del sujeto sexual moderno.

Con base en estos dos elementos, se puede ver las posibilidades de reflexionar sobre la relación entre la pobreza, la salud y la heteronormatividad. Por un lado, la posición del sujeto sexual construye ámbitos de vulnerabilidad donde se relocala a las personas TLGBI. Tal como se ha visto en este capítulo, existe una serie de ámbitos donde la violencia, la exclusión y la discriminación son las estrategias por las cuales la heteronormatividad incorpora relaciones de clasificación y redistribución que sustenta los mecanismos de pauperización. Sin duda, aunque esta estructura no es exclusiva del ámbito de la salud, la misma genealogía desarrollada muestra como el discurso médico y el de la salud pública han territorializado estos escenarios de manera diferenciada para

cada posición identitaria. Hemos visto como la propia condición de la vida se vuelve un punto fundamental en esta economía libidinal, donde se conjugan diversos aspectos, como la educación, el trabajo, la familia, la intimidad, entre otros. En los límites de la propia vida de las personas TLGBI se puede revelar la presencia de una dimensión que consolida esta violencia, el gusto social heteronormativo, fondo donde el sujeto sexual se reproduce a través de una serie de rituales incorporados. Este gusto social heteronormativo se constituye entre la historia de la gubernamentalidad y las formas concretas de la subjetividad y dificulta las posibilidades de politizar otras formas de existir, más allá de la heterosexualidad obligatoria.

Este gusto social heteronormativo configura las posibilidades para reproducir una necropolítica, en la misma producción de las políticas del estado. Mbembe afirma que “hacer morir o dejar vivir constituye, por tanto, los límites de la soberanía, sus principales atributos” (Mbembe 2006, 19), donde “La soberanía consiste en ejercer un control sobre la mortalidad y definir la vida como el despliegue y la manifestación del poder” (Mbembe 2006, 20). En la construcción de la política en torno a las personas TLGBI es claro que una manera de producir muerte es mediante aquellos mecanismos que sostienen y reproducen el estatus de prescindibles, identificables dentro de la genealogía del discurso médico. Dicho discurso se intersecta con otros garantizando su legitimidad, y con el tiempo también ha permitido el tipo de inclusión/exclusión implementados en las sociedades.

Este discurso médico y de salud pública es parte del gusto social heteronormativo donde se establece un sistema clasificatorio que permite la participación dentro de lo político por parte de cada persona. Paralelamente, este gusto es sostenido por la gubernamentalidad, que en nuestro caso de estudio impone una matriz hegemónica de intervención. En un primer momento con la patologización de la orientación sexual y la identidad de género y luego con la reductiva política sobre VIH/Sida, la cual constriñe las múltiples demandas de salubridad de las comunidades TLGBI a medidas de control y tratamiento, dejando de lado usualmente la prevención u otros aspectos fundamentales. Entre la despatologización y los cambios dados en el diseño de las mismas políticas de salud sobre el VIH, aún se mantiene una implementación que promueve la discriminación y la violencia.

En este escenario es importante comprender que la despatologización y las políticas de VIH se han estructurado en medio del establecimiento de reformas en los sistemas de salud que afectan la misma posibilidad de comprender la salud pública

como parte del ejercicio de lo político. Nos enfrentamos a una liberalización de la salud en diversos grados, donde las inequidades social y de género en el acceso a la atención de la salud, son una de las particularidades más resaltantes. Esta situación se expresa sin lugar a duda en los perfiles epidemiológicos de los principales problemas de salud de la población, y además, en la forma en que son atendidas las personas en relación con los recursos usados, la calidad de los servicios, así como la mayor o menor exposición a los malos tratos o a prácticas de discriminación y violencia por razones sociales o de género. Este fraccionamiento de los sistemas de salud tiene como efecto que, tal como lo señala Ewig al estudiar las consecuencias de dichas reformas neoliberales del sector salud sobre la equidad de género en el Perú, se conformen múltiples subgrupos de hombres y mujeres, sobre los cuales ocurren diferentes efectos a partir de las interacciones entre las estructuras sociales intersectadas de género, raza, clase y localización (Ewig 2012).

En este sentido, tal como hemos mostrado, durante la época estudiada, la hegemónica presencia del VIH/sida sintomatiza este modelo salubrista de intervención conformado entre la despatologización y la necesidad de dar un nuevo lugar al sujeto sexual en el discurso médico. Se ha visto en la revisión de la normativa como la ausencia a una referencia clara a la orientación sexual o la identidad de género dentro del campo de la salud pública es consistente en los casos estudiados, solo en el caso ecuatoriano existe una mención dentro de la ley nacional de salud en el acápite referido al ámbito de la comunicación. En el balance, solo las normas sobre VIH suponen una intervención con respecto a la población estudiada, y en particular a personas gays, hombres bisexuales y trans femeninas, usualmente sin una referencia directa y clara a su problemática. Y se establece sin ninguna mención a lesbianas, mujeres bisexuales, trans masculinos e intersexuales.

Esto sin duda se expresa también en la implementación de los programas de VIH/sida, que a través de la creación de perfiles epidemiológicos definen quienes pueden ser objetos de intervención de un programa, excluyendo así a las poblaciones antes mencionadas. De esta manera, epidemiológicamente hablando se revela una “...cosificación entendida como el *devenir-objeto* del ser humano o a la subordinación de cada cosa a una lógica impersonal y al reino del cálculo y de la racionalidad instrumental.” (Mbembe 2006, 24-25). La manera de construir dichos indicadores permite ver como la salud pública no está interesada en mirar las demandas sino en disponer una vigilancia.

Esto es claro todo vez que a pesar de que los mismos datos epidemiológico demuestran que las poblaciones de hombres gay y bisexuales y mujeres trans son las más afectadas debido a una epidemia concentrada en la región andina, se dedican más recursos a pruebas de tamizaje dirigidos a mujeres embarazadas e incluso a mujeres en edad fértil. Por otro lado, también se ha podido observar como el sistema público dedica más recursos a tratamientos que a prevención, lo cual si bien garantiza la sobrevivencia de las personas que viven con VIH, no permite crear estrategias de prevención más eficientes. Cabe resaltar que la prevención sería algo que permitiría visibilizar las múltiples situaciones que generan vulnerabilidad en relación con estas poblaciones y por tanto haría posible un debate público sobre aspectos como la desinformación, la discriminación, la violencia, entre otras cosas.

También, se puede encontrar dificultades en la gestión debido a diversos factores, por ejemplo la pertinencia de las instancias que coordinan los programas de VIH, o la eficacia de la misma planificación nacional o regional, la cual muchas veces no centra sus esfuerzos en las poblaciones específicas mientras que presenta una serie de deficiencias en su capacidad de implementar aquello planificado.

Esta situación resulta de una manera de actuar del gusto social heteronormativo, categoría que da cuenta de cómo la gubernamentalidad construye el ámbito público mediante el establecimiento de una naturaleza humana con base en una heterosexualidad obligatoria, adscrita al sujeto sexual moderno. Este gusto social evita la posibilidad de pensar racional y éticamente los desplazamientos subjetivos producidos por personas prácticas eróticas y afectivas disidentes (de la heterosexualidad). Propiamente, establece un estado de excepción a través de estrategias específicas. La formación de este gusto social heteronormativo se enlaza con la fundación de un pacto racial y sexual que cataliza el ejercicio político. Mbembre nos recuerda que esta excepcionalidad está ligada al sistema de esclavitud ya que “En ciertos aspectos, la propia estructura del sistema de plantación y sus consecuencias traducen la figura emblemática y paradójica del estado de excepción.” (Mbembe 2006, 31). En el momento en que el ejercicio político es visto como consecuencia del gusto, se funda una naturaleza humana moderna que exige un nuevo modelo ideal ligado a la racionalidad que esconde y actualiza constantemente una clasificación⁵³.

⁵³ Un ejemplo paradigmático es el caso de Kant quien al establecer el gusto como base de las operaciones racionales y éticas, desarrolla un modelo de naturaleza humana de donde excluye a mujeres y a las poblaciones no europeas. En el primer caso, Kant en su *Crítica a la razón práctica*

La política pública de salud, en tanto resultado del ejercicio del gusto social heteronormativo en el discurso médico, va creando ámbitos donde la subjetividad TLGBI ha sido producida. A partir del análisis propuesto del material estudiado, se puede ver que dicha estructura ha permitido construir tres estrategias de dominación (y de resistencia). En este punto hay que entender que el discurso médico también es un campo simbólico en continuo conflicto donde se puede encontrar diversas vertientes y enfoques.

La primera está referida a la reproducción de la separación entre lo público y lo íntimo en favor del orden sexual (que constituye un régimen privado de la subjetividad en el orden de lo sexual), estableciendo la imposibilidad de politizar las demandas. En el ámbito de la salud, esto se condice con el hecho de que el diagnóstico y la terapéutica, base de la intervención en salud, desde un inicio estabilizan la dualidad salud/enfermedad en la posición del sujeto sexual como un acto individualizante que produce una ruptura entre la persona y su medio social.

La segunda está definida por la mantención de un ideal de cuerpo continuo, instalado en el destino biológico que mira la subjetividad como espejo de una serie de variables cifradas en la dualidad salud/enfermedad que reafirma que el ser humano únicamente es un conjunto de variables biomédicas. El discurso médico ha establecido un cuerpo a partir del régimen de la sexualidad que ha construido un modelo de normalidad mediante el cual se establece una nosología, un diagnóstico y una terapéutica de carácter restrictivo. Esto se ve en la patologización de manera contundente, y también en los procesos posteriores a la despatologización donde los ideales del cuerpo sano determinan una serie de prácticas salubristas, como por ejemplo en la reasignación de sexo obligatoria para “solucionar la incongruencia de género” o la imposición de prácticas saludables en un sentido muy difuso que muchas veces no se relacionan en nada con el mismo proceso salud/enfermedad, sino más bien en el establecimiento de un estilo de vida “decente”.

Finalmente, la tercera estrategia consiste en establecer un sentido de la ley como simple instrumento de repetición. El discurso médico ha constituido un sentido de ley con base en la ley científica, que pretende ser universal e inmodificable, lo cual

plantea que el carácter de las mujeres y los niños no se condice con los derechos ciudadanos. Para el segundo caso, de igual manera, sostiene en términos generales que aquellas poblaciones no europeas carecen de la suficiente razón y tiene costumbres impropias a una vida moral plena cf. Emmanuel Chukwudi Eze, “El color de la razón: la idea de ‘raza’ en la antropología de Kant” (en Mignolo 2001, 201-253).

promueve una visión hegemónica de cómo llevar a cabo la vida, muchas veces incluso en detrimento de la propia orientación sexual e identidad de género. Este sentido de la ley convive y sostiene la de otros discursos como ejemplo el jurídico o el pastoral. La continuidad [hetero]normativa instala aquí la posibilidad para una gestión de la muerte que se incorpora en el trecho comprendido entre la historia de la gubernamentalidad y las formas concretas de la corposubjetividad. Y desde luego, localiza las resistencias.

Capítulo cuatro

Salud, pobreza y discriminación: Demandas y reacciones del movimiento TLGBI en la región andina

Hasta el 2000, dentro de los países andinos, el discurso jurídico había sido elaborado a espaldas de las demandas de las personas TLGBI. Este proceso mostró diversos niveles de interacción entre la producción de la norma y la construcción de la demanda por parte del mismo movimiento, permitiendo la aparición de múltiples estrategias discursivas a partir de los contextos específicos. Esta primera generalización da cuenta, sin duda, de la construcción del posicionamiento de un sujeto sexual producido por los dispositivos psicosociales del discurso pastoral, médico y jurídico. Los primeros significantes fueron apareciendo en la consolidación de un puente entre el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad, que fue conjugando progresivamente raza, práctica sexual y clase. Lo cual posicionó al sujeto TLGBI como pecador, desviado y criminal. Este enmarcamiento va de la mano con los mecanismos de la vigilancia, castigo y escritura, tal como sugiere Foucault.

Este proceso histórico, según la revisión comparativa realizada evidencia en el siglo XX un quiebre en lo normativo y lo jurídico. No se puede olvidar que en la región andina un largo primer momento estuvo caracterizado por la penalización de la homosexualidad, inclusive hasta 1997.⁵⁴

Hacia finales del siglo XX se configura en los estados andinos una visibilización del sujeto TLGBI a partir de la incorporación de la orientación sexual y posteriormente de la identidad de género en diversos instrumentos normativos y jurídicos, como se ha dado cuenta ya en el segundo capítulo de esta investigación. Entre el 2000 y el 2010 se ha producido, de manera diferenciada, una suerte de representación del sujeto en el discurso jurídico, a partir de un proceso de articulación, alianzas y negociación con diversos actores sociales (el estado, movimientos sociales, entre otros). Esta aparición del sujeto TLGBI, si bien ha abierto un abanico de posibilidades, se encuentra

⁵⁴ En el caso boliviano las reformas liberales de la Constitución de Cádiz (1812) abrieron tempranamente la posibilidad de una despenalización de la homosexualidad. Por su parte, en el Perú, esta se produjo en la reforma del Código Penal de 1924. En Colombia, a pesar que hubo una despenalización temprana (1837) y se volvió a penalizar, parcialmente, en 1890, y del todo en 1936, para finalmente en 1981 retirar definitivamente su criminalización. En Ecuador, la despenalización llegó recién en 1997 a partir de una sentencia del Tribunal Constitucional.

enmarcado en los límites de una representación política a partir de la posición del sujeto sexual, cuya articulación se dio a partir del lenguaje de derechos humanos y las políticas sobre VIH/SIDA.

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 a diario en relación con la historia de la gubernamentalidad, específicamente en el ámbito de las políticas públicas en salud.

Para el período estudiado, esta inacción de los estados andinos en el ámbito normativo puede ser ejemplificada a través de la reflexión que realiza el Instituto Igualdad, en los siguientes términos: “un análisis específico de [la] 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 se evidencia 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, por ejemplo, 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 asumirse las personas afectadas” (Colombia Diversa 2010, 21).

Entonces, a partir de estos límites en la representación jurídica del sujeto TLGBI se ha observado en el tercer capítulo cómo, específicamente, en la gestión pública de salud se reproducen una serie de limitaciones con respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la gestión de la salud en general, así como una implementación deficiente en la gestión del VIH/sida.

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 se debe a la aparición del movimiento TLGBI en la región, el cual articuló y sigue articulando desde la década de los ochenta del siglo XX, una serie de demandas que visibilizan las relaciones heteronormativas de poder y denuncian la discriminación y exclusión. Por ello, es importante leer las políticas públicas a la luz del proceso histórico del movimiento TLGBI en la región, el cual impulsó aquellos escenarios que abrieron el camino para comprender esta dimensión, y principalmente los derroteros hacia el futuro. Es por ello que en el presente capítulo se ofrece un panorama general del movimiento TLGBI en los países andinos a partir de un análisis de la producción académica sobre el movimiento y los testimonios de los y las activistas de cada país, en tanto sus organizaciones son las que han venido

promoviendo los cambios en las políticas públicas de los cuales damos cuenta. Un análisis más detallado del movimiento, si bien resultaría sumamente interesante, escapa a los alcances de la presente investigación, cuyo objetivo es el análisis de los límites de la representación en el discurso de la salud pública y sus implicancias en la vida de las personas TLGBI. No obstante, soy consciente que pensar a través de los y las líderes de dicho movimiento nos problematiza sobre las mismas lógicas de representación ocurridas al interior de este; sin embargo, esta investigación ha priorizado la articulación de un campo discursivo compuesto por diversos proyectos dentro del propio movimiento con el fin de reflexionar sobre el espectro de maneras de abordar la problemática de salud.

Además, esta preocupación por desarrollar un diálogo entre los y las activistas TLGBI responde al hecho de una manera de interpretar la política pública estrictamente de la misma gestión, lo cual “[...] 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).

Por esta razón, se realizará una lectura cruzada entre una periodización y una tipologización temática del movimiento TLGBI con el fin de estructurar una lectura entre los ciclos del movimiento y la articulación de sus demandas. Este ejercicio se construye a partir de los testimonios de los y las activistas TLGBI y los debates sobre los procesos políticos del movimiento, ya que mi propuesta remarca la importancia de enfocar el carácter de las demandas públicas, las cuales cruzan períodos distintos y se desarrollan desde múltiples estrategias en contextos específicos. En particular, debemos centrarnos en la problemática de la salud debido a que la representación en el discurso normativo ha enfatizado dicho ámbito, y por tanto, los y las activistas han dedicado mucho esfuerzo en reconceptualizar las prácticas gubernamentales referidas a la salud.

4.1. Gusto social heteronormativo, salud y estilos de reacciones desde lo TLGBI

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 tema de la salud ha sido un aspecto gravitante en las maneras cómo se ha desarrollado estos estilos de construir las reacciones frente a la posición del sujeto sexual. En este sentido, es importante interrogarnos sobre cómo ha sido leído el gusto social heteronormativo por los y las líderes del movimiento TLGBI en la región. 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 siempre una tarea en construcción.

Al analizar las entrevistas realizadas a activistas lesbianas, trans femeninas, trans masculinos y gays, 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.

Cabe resaltar que los antecedentes para visibilizar la relación entre pobreza y orientación sexual e identidad de género se encuentra en los distintos liderazgos del movimiento TLGBI, los cuales privilegiaron la problematización de la posición sexual a través de un discurso de despatologización de la orientación sexual, que posteriormente permitieron las luchas referidas a la incorporación de los gays y las mujeres trans en las políticas de VIH. La etapa en la cual los movimientos homosexuales lucharon en contra de la despatologización se correspondió con la lucha contra la descriminalización de la homosexualidad mediante la progresiva incorporación del lenguaje de derechos humanos en contra de la discriminación. En un primer momento, esto estuvo centrado específicamente en la orientación sexual. Es en el contexto de las políticas de VIH que las demandas de la comunidad trans son expuestas. Esto no significa que dichas demandas sólo estuvieran ligadas a la problemática del VIH, sino que fueron covariantes.

Esta primera actitud, focalizada en la crítica a la posición sexual, hacía énfasis en mostrar cómo las sociedades y los gobiernos excluían y discriminaban a las personas por llevar a cabo prácticas sexuales distintas de lo heterosexual. Por lo tanto, dichas demandas estaban vinculadas a cierta aceptación de este estilo de vida en los ámbitos jurídico, social, cultural y político. Este primer estilo es determinante para establecer las relaciones entre el movimiento TLGBI y el Estado. Fue así como se hizo énfasis en

promover un conjunto de leyes que incorporaran a personas gays y lesbianas. De esta manera, se articuló un discurso cuyo eje fue la práctica sexual, dejando de lado una serie de demandas que progresivamente aparecieron en el debate político gracias al surgimiento de otras narrativas subjetivas que fueron más allá de la sola crítica del sujeto sexual.

Esta perspectiva es problematizada cuando a través de los testimonios podemos ver cómo cada una y uno plantean con mucha claridad las 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 dinámica seguida en la constitución del movimiento TLGBI andino, el cual estuvo originalmente compuesta, en su mayoría, por personas que tuvieron acceso a condiciones socioeconómicas privilegiadas, determinadas por su posición de clase. Sin duda, esto determinó una manera de construir la representatividad entre los y las líderes y la comunidad TLGBI en su conjunto. Debido a este posicionamiento social, muchas veces el discurso sobre la discriminación elaborado por estos 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 —propia de la década de los setenta y ochenta, cuando surgen los primeros liderazgos en la región— que veía a la pobreza estrictamente en términos económicos, sin reflexionar sobre otros niveles de exclusión. Ambos factores crearon una *falsa contradicción* al momento de abordar la pobreza en relación con la orientación sexual y la identidad de género, ya que establecieron un aparente hiato entre las condiciones económico-sociales y la sexualidad.

Con el paso del tiempo, la diversificación de las demandas del movimiento TLGBI propicia el quiebre de esta *falsa contradicción*, ya que son incorporados otros sujetos cuyas realidades económica, cultural y política implican la construcción de otras miradas al proyecto ciudadano moderno, que no se alojan solamente en los mecanismos oficiales de la vida política, sino que contemplan otras dimensiones usualmente ocultadas. Este proceso puede ser reconocido en el siguiente testimonio:

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 (Entrevista con Diana Navarro, activista trans colombiana).

Esto, sin duda, muestra el hecho de que el sujeto TLGBI incorpora y problematiza la pobreza de manera diferenciada, a partir de la posición que a cada persona se le asigna en el contrato sexual. Un contrato construido que evidencia la interseccionalidad con otras dimensiones, como la racial, la económica, la cultural, entre otras.

En este orden de ideas, pueden ser leídas las contribuciones de las activistas ecuatorianas Elizabeth Vásquez y Ana Almeida del proyecto Transgénero, quienes problematizan y conceptualizan la pobreza en distintos niveles, a partir de la experiencia de mujeres y hombres trans, y de sus demandas de salud diferenciadas. Como comentan en la entrevista realizada, 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, aun a pesar de la exclusión social que existe. Tomando en cuenta la experiencia en trabajo comunitario de las activistas entrevistadas, ellas afirman que distintas demandas en salud pertenecen a formas y contextos diferenciados de pobreza, lo cual exige un abordaje no homogéneo, de modo que así sea posible analizar los síntomas y cuadros de salud de los cuerpos de acuerdo a los contextos de pobreza en los que se habita. En el mismo sentido, el proyecto Transgénero plantea una construcción política de las demandas, que sea establecida con base en el diálogo de las realidades de las personas, y que integre la genealogía de cada narrativa, incluido el ámbito de la salud (Almeida y Vásquez 2010).

En ambas declaraciones se evidencia cómo la pauperización es vivida a través de las experiencias del cuerpo, las cuales son limitadas por el gusto social heteronormativo, 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” (Butler 2002, 42).

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, se puede ver cómo los y las activistas efectúan un ejercicio de traducción muy efectivo. Pese a que este discurso ha servido y sirve como una plataforma para articular demandas dentro del movimiento TLGBI, el uso y la interpretación que cada grupo realiza de éste muestra la diversidad de estilos de hacer política dentro del movimiento. Por un lado, existe un estilo que promueve un uso de los derechos humanos que prioriza y no cuestiona al sujeto de derecho, puesto que lo supone siempre homogéneo, es decir, letrado, blanco/mestizo y burgués. Y, por tanto, privilegia estrategias normativas. En contraste, se puede encontrar un creciente grupo cuyo estilo plantea una transformación social del derecho que exige un cambio en la manera de entender a esa misma subjetividad de derecho. Esto implica la ejecución de otras estrategias, como, por ejemplo, viene a ser el “alternativismo legal” (Almeida y Vásquez 2010, 34).

Específicamente, en el ámbito de la salud se puede comprender esto a partir del testimonio de la activista trans Charlotte Schneider, quien sostiene que la salud debe ser entendida como un derecho y, en ese sentido, ser garantizada por el Estado para todos y todas, y no como un servicio al cual pueden acceder sólo los que pueden pagar una atención. Para Schneider, el sistema de salud actúa bajo una lógica “perversa”, y es así como apunta: “El núcleo tiene que ser el derecho, no puede ser lo prestacional”. Mientras que Diana Navarro se expresa 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 brindado por el régimen “subsidiado” claramente deficiente en comparación con el que es pagado:

“Al que no accede, entra al grupo de subsidiados. Este grupo es más complejo. Lo 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” (Entrevista con 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. Este ejemplo muestra cómo la posición sexual juega un papel importante en la pauperización de las personas y, además, en los estilos de reacción del movimiento TLGBI.

Hoy en día, 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, niega 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.

Al contemplar los diversos niveles donde la pobreza se incorpora en el cuerpo de las subjetividades TLGBI se hace visible las múltiples representaciones que los y las líderes TLGBI construyen sobre el quehacer político de la comunidad. De esta manera, se puede afirmar que el gusto social heteronormativo ha posibilitado espacios de dominación y resistencia. Por ello, el discurso médico ha servido para definir una serie de estrategias en el campo de los derechos humanos que han moldeado unas narrativas subjetivas, donde la ley y el lenguaje crean los límites y sus posibilidades.

Así pues, nos enfrentamos al hecho de entender cómo surgen las demandas políticas en el entramado de las formas concretas de subjetividad, donde control y goce operan a la vez en los mismos cuerpos. Ya que

‘la lengua (que no consiste, pues, más que en diferencias) no es una función de un sujeto hablante’. Esto implica que el sujeto (identidad consigo mismo o en su momento, consciencia de la identidad consigo mismo, consciencia de sí) esté inscripto en la lengua, es ‘función’ de la lengua, no se hace sujeto hablante más que conformando su habla, incluso en la llamada ‘transgresión’, al sistema de prescripciones de la lengua como sistema de diferencias, o al menos a la ley general de la diferencia [con a]... (Derrida 1968, 14).

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).

A partir de esto, y en relación con mis reflexiones previas sobre el interdicto y el inter-dicto, se deriva mi uso de las categorías dispositivo de control y dispositivo de goce. El primero está ligado al interdicto y el segundo al inter-dicto.

El dispositivo de control es un modo del discurso que somete y construye medios para sujetar al ser humano. No es posible olvidar aquí que sujeto deriva de *subjectum*. En torno al cogito cartesiano, es la primera vez que la palabra *subiectum* designa al ‘yo’, ya que con anterioridad solo designaba al *substratum*, el *hypokeimenon*, es decir, “lo que está extendido delante, el cual, en cuanto fundamento, lo reúne todo en sí” (Chauvet 1991, 43). En este proceso, el ser humano, al convertirse en el primer y único *subiectum* se transforma en el centro de referencia donde todo otro ente encontraría su fundamento. En este sentido, los dispositivos de control son aquella instancia de la muerte en Lacan, y a su vez, tienen un efecto material en la construcción de nuestra economía libidinal, con respecto a nuestros placeres, sentimientos, afectos, entre otros.

El dispositivo de goce, en cambio, es el modo del discurso que posibilita la subjetividad como residuo, aquello ligado a lo real (en su acepción lacaniana). Mira una dimensión de la subjetividad usualmente borrada, ya que es el medio por el cual el ser humano hace posible la síntesis y asume lo abyecto. Está ligado al deseo, siempre entendido como presente y no como falta.

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 esto permite pensar mi 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, Máscaras 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, y a su vez, al deseo y las prácticas homoeróticas y transgeneristas presentes en los cuerpos.

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 (Lugones 2007, 186-209). Dentro de estas líneas de análisis, ¿cómo la densidad corporal, 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.

En este contexto, es interesante recordar aquello que decía Michel de Certeau (1997) 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 *damnés* [...] 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, puedo 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 transformación de la relación entre lo privado y lo público, la concepción de un cuerpo fracturado 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, 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 segundo 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. Y 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 ley⁵⁵

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.

Se debe destacar 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.

4.2. Politizando la intimidad en el movimiento TLGBI: entre lo público y lo privado

El primer dispositivo de control es la separación entre lo público y lo privado, organizado por el contrato [hetero]sexual, el cual es el eje de la reproducción del gusto social heteronormativo. Dicho dispositivo es el que permite establecer las relaciones básicas de exclusión, debido a que fundamenta el lugar del sujeto sexual en su economía libidinal.

Históricamente, se puede demostrar que frente al gusto social heteronormativo las primeras posibilidades de legitimar una representación social la tuvieron los gays y las lesbianas. Sin duda, los primeros líderes, quienes eran hombres homosexuales⁵⁶,

⁵⁵ Habría 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.

⁵⁶ Hay que indicar que las mujeres lesbianas progresivamente fueron incorporadas a estos primeros grupos, aunque su participación fue parcial. Según Norma Mogrovejo, hubo dos vertientes de la lucha lésbica. La primera, influida por la revuelta de Stonewall (Estados Unidos), y la segunda, por los vínculos con el movimiento feminista latinoamericano. Poco a poco, estas primeras mujeres

tuvieron el privilegio de género, gracias a su posición en el contrato sexual, para articular y visibilizar las primeras demandas colectivas. A pesar de este panorama, estos intentos iniciales estuvieron ligados, de una u otra manera, a construir un espacio de demanda donde la práctica sexual homosexual pudiese ser aceptada por las normas y la sociedad. Fue así que existió la intención de incluir a las personas homosexuales combatiendo directamente discursos pastorales, médicos y jurídicos. Reivindicando, muchas veces, la subjetividad ciudadana. Este espacio de demanda se caracterizó por hacer público aquello que el discurso hegemónico disponía/imponía como privado.

En concreto, es posible rastrear una mayor politización de la presencia TLGBI en la región andina, alrededor de la organización social y política desde los años setenta del siglo XX, acorde con el clima mundial de transformaciones culturales y políticas. Algunos autores indican que los movimientos europeos y norteamericanos por la liberación homosexual influyeron en el cambio que iba a tener la arena política en la región. Sin duda, debido a que los primeros líderes, en su mayoría, atentos a lo que ocurría en las sociedades europeas y estadounidense, tuvieron, precisamente, como modelos a estos grupos de reivindicación homosexual. 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 en los países andinos guardan algunas semejanzas entre sí, propias de un proceso político mundial y de una historia como región.

Para comprender este proceso se puede tomar los aportes de Sonia Álvarez sobre el movimiento feminista (S. Álvarez 2001, 352) y aplicarlo a una periodización del movimiento TLGBI. Es así que se revela este 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, de acuerdo con Carlos Figari, quien se centra en los casos de Argentina y Brasil y México, 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 las décadas del sesenta y setenta del siglo pasado, estuvo marcada por una confluencia en espacios de socialización sin fines políticos para

establecieron relaciones más orgánicas con el movimiento gay. Norma Mogrovejo, *El movimiento lésbico latinoamericano: 25 años de 'herstoria'*, (en Bracamonte 2001, 283-297).

“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).

En este primer momento, para el caso andino, desde el cruce de la periodización con la tipologización propuestas previamente, adquiere relevancia 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 fueron articulando discursos afirmativos desde la misma cotidianidad. En Colombia, se tiene conocimiento de la vulneración de derechos de personas homosexuales, travestis y trabajadores sexuales 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).

De igual manera, en el Perú, las reuniones entre quienes luego fundarían la primera organización homosexual se realizaban en las casas de sus miembros, los cuales mantenían vínculos políticos y académicos como consecuencia de su militancia en la izquierda.

La segunda etapa, de acuerdo a la periodización general de Figari, sucede desde mediados de la década del ochenta, con el registro de los primeros casos de VIH/sida en la región, hasta principios del nuevo siglo. La asociación que se hizo del virus con la homosexualidad planteó una serie de retos y estilos de organización a los grupos TLGBI 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 prolijados 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, se debe 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 claros de ello. En el caso colombiano, en los años ochenta, como parte de las agendas políticas de algunos colectivos de homosexuales y transgeneristas, el tema de los derechos humanos apareció vinculado a los debates contemporáneos acerca de la democratización y la ciudadanía, para luego, a lo largo de los años noventa, expandirse en una variedad de temas (Serrano 2006, 350). En el Perú, en 1982, se crea la primera organización gay, un año antes de que se registrara el primer caso de VIH, lo cual ya revelaba la existencia de un proceso previo.

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 ocurrirá lo mismo con los términos “travestis”, “transexuales”, “bisexuales” e “intersexuales”. Esto muestra cómo las primeras luchas fueron transformadas para

desplazar las demandas políticas más allá de la posición del sujeto sexual, incorporando otros niveles de la intimidad que antes no eran politizados.

Surgen además, poderosas y articuladas asociaciones nacionales e internacionales de organizaciones LGBTI (gay, lésbico, travesti, transexual, bisexual e intersexual), como la ILGA (*Internacional Lesbian and Gay Association*) 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, antes que alrededor de demandas políticas. En la región andina, esta pluralidad aparece entre finales de los noventa y con mayor énfasis durante la primera década de este siglo, en específicos procesos nacionales de participación.

Para la región andina, en esta segunda etapa, se dan los primeros pasos hacia la institucionalización desde la década de los ochenta sólo en dos países: Colombia y Perú. 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”. Es así que “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” (Serrano 2007, 553). Es así como aparecen conceptualizaciones que vinculan la libertad con la autonomía sexual y los derechos humanos, o la idea de que los derechos humanos son también sexuales, y viceversa. Estas búsquedas fueron asumidas por los movimientos homosexuales cuyos posteriores resultados permitieron ligar las identidades subjetivas con la política, de tal forma que fue posible pensar nuevas condiciones del sujeto de derecho (Serrano 2007, 554).

En Perú, durante los primeros años de la década del ochenta, aparecen las primeras organizaciones de gays y lesbianas, principalmente en Lima. El primero,

aunque tuvo poco tiempo de actividad, recibió la denominación de Acción por la Liberación Homosexual (APLHO), y fue creado en 1982, siendo conformado por homosexuales y lesbianas. Al siguiente año, en 1983, se creó el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), una organización de gays y lesbianas que terminó constituyéndose como el de mayor trayectoria en el Perú (Merino y Forno 2010, 91-116). Según Forno y Merino, “comenzó a partir de pequeños grupos de personas de clase media vinculados con las elites intelectuales y artísticas locales” (Merino y Forno 2010, 96). 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 (Mogrovejo 2000, 308).

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, ya que aunque la homosexualidad no estaba 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 violencia política suscitada por el conflicto 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 y Cornejo 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 acciones 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 y otros 2008, 222).

Este núcleo duro contra el cual se enfrentan, sumado a la estrategia de la visibilidad de la intimidad (estrategia política para quebrar la privacidad), comenzó a esbozar la idea de mostrar la legitimidad de la homosexualidad mediante un discurso que articulaba 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 Pecheny 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 y otros 2008, 228).

Durante el 2000, en la región andina, se da una tercera etapa, en donde aparecen representaciones políticas desde las diversas comunidades del movimiento TLGBI. Sin duda, esta pluralidad se debe a procesos reivindicativos en diversos ámbitos, como el normativo, el jurídico, el político, el cultural, entre otros. Un aspecto crucial es la gestión de la interlocución con dos niveles: el Estado y la “sociedad civil”. Donde este modelo de institucionalización se ha fortalecido, asumiendo un protagonismo importante. 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.

En Ecuador, a partir de 2001 se da un quiebre en el movimiento TLGBI, 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 TLGBI. 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 TLGBI 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 TLGBI 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. Wilmer Galarza, expresidente del Colectivo TLGBI 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 incidencia 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 altiplánico, 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 participa casi una veintena de colectivos de Lima y provincias, con miras a incidir legislativamente. Según Merino y Forno, “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” (Merino y Forno 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, una 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.

A partir de esta revisión histórica, se observa con claridad, para el área andina, que el establecimiento de mecanismos de diálogo con el Estado, a pesar de los éxitos o fracasos obtenidos, 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 construidas 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 reducidos o inexistentes. En suma, un modelo complaciente que olvida la demanda de las personas, privilegiando otros elementos, ya sean recursos financieros u otros. Por tanto, asumo el hecho de que este modelo de institucionalización no es *per se* una dificultad, sino más bien un estilo tecnocrático aplicado a la gestión social.

Las consecuencias de este estilo de activismo son diversas. La primera es depositar el protagonismo en ciertas instancias del activismo permite que algunos y algunas líderes sean catapultados a una situación de privilegio, a partir de la cual son capaces de establecer los límites de la producción de demandas y la negociación de estas.

Un ejemplo de esto es revelado en el testimonio de una activista lesbiana colombiana, quien critica la elitización del movimiento TLGBI, el cual está desconectado de las personas, incluyendo al nivel real de participación de la comunidad en las acciones políticas y de demandas sociales:

[...] 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 (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

La segunda consecuencia es que el modelo establecido termina por reducir la capacidad de exigir otras demandas. Así pues, las demandas y la participación se vuelven incipientes ya que mucha gente sigue sin ser visible. Esto provoca que no se sientan sujetos de derecho. No se denuncia por temor. Y 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 [...] (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

Por otro lado, como se ha visto, la interlocución con el Estado es un factor de primer orden durante la primera década del siglo XXI, 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).

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

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 (Entrevista a Jorge Pacheco, activista gay, Colombia).

Sin duda, este énfasis (“hacer cabildeo”), en muchos sentidos, ha debilitado los lazos comunitarios y ha privilegiado otras maneras de intercambio. Una muestra de ello es que ahora las redes sociales han reemplazado el trabajo comunitario en el quehacer activista. El empleo de estos medios genera la virtualización de las personas, lo que conlleva a una disminución del diálogo político en la práctica. Este estilo de activismo,

aunque funcional, implica una anulación de la participación efectiva de aquellos que no cuentan con un cargo dentro del movimiento.

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 (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

En cambio, el activismo enfocado a asuntos comunitarios y culturales ya no ha sido tan desarrollado. Es más, si se observa la historia de los movimientos, este tipo de activismo se ha ido perdiendo. Por ejemplo, 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 (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

Una tercera consecuencia de este estilo de activismo es posibilitar una respuesta del Estado limitada a los imaginarios de la demanda política. En la experiencia histórica de la gubernamentalidad andina los Estados nunca han sido promotores activos de los derechos TGLBI. En este sentido, que los interlocutores del movimiento fijen contenidos de negociación mínimos, provoca el diseño de una política parcial, y muchas veces ineficiente para un grueso sector de la comunidad.

Es así que en esta relación de interlocución entre ciertos liderazgos y el Estado se termina por suscitar una atomización de las diferencias y una guetización de las comunidades. 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 (Entrevista a Diana Navarro, activista trans femenina, Colombia).

Estas mismas 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”. Se participa dando la información a la institución que luego les puede servir para establecer las necesidades que como grupo se pueda tener, pero no se participa modificando el observatorio. Es así que señalan que no hay propiamente un movimiento trans, sino una movilización de activistas trans, cuyas intervenciones han sido muy focalizadas, aunque no en el tema de salud necesariamente.

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 (Entrevista a Charlotte Shneider, activista trans femenina, Colombia).

De esta manera, en términos generales, podríamos decir que en los casos en donde hay mayor participación formal, se da una aparente desvinculación comunitaria, que genera una dinámica de conflicto al interior de esta. El ceñirse a un modelo que prioriza una interlocución formal con el Estado motiva la concentración de legitimidad en ciertos y ciertas líderes. Estos liderazgos son impulsados por agendas previamente legitimadas (como el VIH), por vínculos con el poder gubernamental, o por su posición geográfica, entre otros aspectos.

Una muestra de este modelo de activismo en torno al VIH se puede encontrar en Bolivia y Perú (aunque no solo en estas naciones andinas), el cual ha generado espacios

privilegiados de interlocución con el Estado, que sin embargo no han sido aprovechados para desarrollar políticas integrales, ni en salud ni en otros ámbitos que afectan a la comunidad TLGBI. En el Perú, se opina que se ha dado una participación paralela entre el movimiento de personas con VIH y el 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 (Entrevista a Julio César Cruz, activista gay, Perú).

Al respecto es interesante anotar lo que La 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” (en Brito s/f).

Con respecto al vínculo con el poder gubernamental cabría mencionar el reciente proceso liderado por Diane Rodríguez, en torno a la creación de la Federación Ecuatoriana de Organizaciones LGTB, y su apoyo a la gestión del presidente Rafael Correa. Con respecto a la posición geográfica, el caso de Colombia resulta paradigmático. Ya que las políticas públicas más importantes han sido desarrolladas en ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, y no a través de una política nacional.

Un balance general de la región nos muestra un movimiento con diversos componentes y niveles de interacción que ha ido construyendo 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 de forma continua, 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 y representaciones del movimiento TLGBI, de manera que puedan impactar en los imaginarios sociales, jurídicos y políticos de cada país.

4.3. La fragmentación del cuerpo: Salud, pobreza y demandas corporales

El segundo dispositivo de control es el cuerpo continuo entendido como un espacio y un tiempo conformados en y por el fondo del gusto social heteronormativo, cuya genealogía corresponde a la planteada en los capítulos anteriores en relación con el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad moderno.

En una primera instancia, el cuerpo continuo se entrama con la construcción de la separación entre lo público y lo privado. En sentido propio, el cuerpo continuo se establece en el ámbito de lo privado, ya que esto permite y promueve la reproducción de un modelo corporal único, homogéneo y lineal definido por el sentido de ley universal que establece algunos elementos básicos como la normalidad y la complementariedad sexual (entre los dos sexos). El cuerpo continuo como modelo establece un distanciamiento entre lo corporal y lo público, ocultando cómo las relaciones de poder lo constituyen siempre.

Con respecto a la cuestión TLGBI, la genealogía desarrollada muestra cómo este síntoma conjugó desde temprano una serie de dispositivos que hicieron de las prácticas sexuales y afectivas no hegemónicas un depósito de lo abyecto. Este imaginario construido por el discurso pastoral, jurídico y médico, enfatizó desde el siglo XIX elementos anátomo-fisiológicos. El cuerpo continuo se enfrentó constantemente a la discontinuidad que representaba una “práctica sexual anormal”, y en especial con aquellas referidas a lo que luego sería denominado homosexualidad o transgeneridad.

Si el cuerpo continuo se aloja en lo privado es justamente porque el gusto social requiere de una instancia cerrada para producir su quehacer político, es decir, el gusto

como instancia a priori de la práctica política –y estética. Esta es la base del establecimiento de los límites de la humanidad en términos de dignidad y libertad. En este punto si la base es la continuidad del cuerpo, aquellos cuerpos discontinuos son excluidos del ámbito de lo público en tanto son ininteligibles para el centro hegemónico, aquel del sujeto sexual. Esta ininteligibilidad produce exclusión y por tanto establece una redistribución desigual de los diversos recursos, la cual pauperiza a toda aquella persona que no incorpora dichos ideales; en nuestro caso a las personas TLGBI. Así tenemos, que las demandas en salud dependen también del grado de pobreza en el cual vive la población TLGBI, lo cual configuraría estados de salud diferenciados, que se viven en la cotidianidad. Un claro ejemplo se presenta en las trabajadoras sexuales trans femeninas, las cuales presentan mayor índice de infecciones respiratorias por su exposición al frío de la noche.

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. Muchos 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 (Entrevista a Elizabeth Vásquez, activista transfeminista, Ecuador).

En el campo de la salud, la consecuencia de la exclusión ha sido el despliegue de estrategias de patologización del cuerpo homosexual y trans. Progresivamente, se ha dado una despatologización de la homosexualidad que aún mantiene límites con respecto a otras discontinuidades, es decir mantiene una metáfora de la ausencia, propia del régimen privado de la subjetividad. Este carácter construye el cuerpo discontinuo a partir de datos epidemiológicos que fijan el proceso salud/enfermedad en variables

objetivables que determinan la posibilidad de fijar la anormalidad, excluyendo un sinnúmero de factores que intervienen en la misma producción social del síntoma. En esta misma línea, el VIH ha sido un factor determinante para continuar con la misma política propia del cuerpo continuo después de la despatologización, ya que sirvió nuevamente para definir una clasificación en torno a estilos de vidas adecuados e inadecuados. Por ello, no es casual que la problemática del VIH haya sido colocada como la principal estrategia de la política pública de salud para atañe directamente a un sector la comunidad TLGBI, ya que permite reterritorializar el régimen privado sobre las corposubjetividades de dichas personas, impidiendo una politización más integral de la cuestión TLGBI.

Por un lado, esto puede ser observado en el discurso normativo analizado con anterioridad donde subyace la presencia del cuerpo continuo de manera clara. En la normativa general, las resistencias a comprender la situación de las personas TLGBI conllevan a generar continuos regímenes de excepción, incluso en los estados donde el reconocimiento de la orientación sexual y la identidad de género han sido colocadas en las cartas constitucionales. Usualmente las menciones son parciales y corresponden a ampliar una condición que se supone restrictiva, cuyos mejores ejemplos son las resistencia a implementar integralmente políticas antidiscriminación, o las dificultades a aceptar demandas íntimas como el reconocimiento de la identidad en la población trans femenina y masculina o de los proyectos afectivos de las personas TLGBI.

Por otro lado, lo mismo se reproduce con mayor certidumbre en la gestión pública de la salud, donde los criterios tanto normativos como de gestión implican la construcción de una matriz hegemónica de intervención basada en el VIH. Desde las políticas controlistas y de vigilancia hasta las aquellas que diseñan estrategias de tratamiento y prevención que invisibilizan la epidemia concentrada. ¿Qué ocurre con las personas TLGBI que no viven con VIH/sida en esta dinámica estatal? Realmente nada, la gestión pública de salud no ha dicho nada ya que su único interés es intervenir en el individuo que presenta aquellos indicadores de la epidemia, sin tomar en cuenta aquellos elementos que podrían profundizar la discontinuidad del cuerpo homosexual y transgenerista.

Ubicados en este espacio, limitado los cuerpos discontinuos siguen siendo leídos como abyectos y procesados como inferiores gracias al régimen privado de la subjetividad que garantiza una exclusión. Dicho régimen estructura un abanico que permite que

aquellos que se posicionan más cerca del fondo del gusto social heteronormativo puedan construir herramientas más eficientes de interlocución.

Frente a este dispositivo de control -el cuerpo continuo-, se puede observar múltiples estrategias que han permitido una reacción, ubicadas entre el régimen privado y el surgimiento de la intimidación dentro de una historia plagada de múltiples interacciones.

Así pues, 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 en el acápite anterior 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.

Se debe partir del hecho de que el cuerpo ha sido la materia prima de reflexión del discurso médico ya que sobre él se erigen sus principales significantes. En ese sentido, el primer lugar del análisis debe ser conformado por el contraste entre las diversas posiciones dentro del movimiento que justamente dan cuenta de las dinámicas de la reterritorialización sobre el cuerpo continuo. Sin duda, las primeras estrategias elaboradas alrededor de los años ochenta abrieron una puerta para pensar la práctica homosexual como algo que debería interpelar el espacio público y, por tanto, configuraron una discontinuidad en el ámbito público dentro de la región andina. Desde las primeras demandas del incipiente movimiento gay y lésbico apareció la intención de pensar la práctica sexual como algo que debía ser representado dentro del quehacer político. Sin embargo, dicha apuesta se fijó solamente en la estricta inclusión de la práctica sexual, dejando de lado otras demandas en el mismo desarrollo de los colectivos. Esto se profundizó con la aparición del VIH que condujo a la demanda TLGBI en salud dentro de parámetros epidemiológicos, sin duda, no dejando de lado

otros aspectos comunitarios, que con el paso del tiempo se tecnicaron de manera profunda.

En ese sentido, 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, lo cual permite quebrar el régimen del cuerpo continuo ya que fragmentan dicha linealidad en pos de otras demandas.

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 (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

La historia oficial de la política de los movimientos TLGBI posiciona 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 TLGBI 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, como el feminismo 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 (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

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 elevada participación de la comunidad TLGBI 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 TLGBI, por lo que sus demandas son construidas desde posiciones específicas.

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 (Entrevista a Charlotte Shneider, activista trans femenina, Colombia).

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.

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 ha 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 (Entrevista a Diana Navarro, activista trans femenina, Colombia).

En este debate se puede observar algunos de los argumentos que han posibilitado la estructuración de un discurso que se representa a partir de la fractura del cuerpo. Es decir, entender el cuerpo no desde la continuidad sino como un espacio donde la fragmentación es posible. Entendamos que, durante siglos, el cuerpo continuo ha sido la

base de la exclusión y del sostenimiento del ejercicio de la violencia estructural como una necropolítica. Contra él se han dispuesto una serie de mecanismos al interior del movimiento TLGBI que si bien ha desplazado esta continuidad, muchas veces reproduce algunos elementos de aquello que se ha denominado el fondo del gusto social heteronormativo. El cuerpo continuo siempre produce muerte. Así tenemos, que la transformación del cuerpo en las personas trans femeninas, en una búsqueda de adecuar su corporeidad a su identidad de género, conlleva en muchos casos la exposición a severos riesgos de salud.

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 (Entrevista a Charlotte Sheneider, activista trans femenina, Colombia).

Específicamente en las políticas públicas de salud referidas al VIH se puede observar cómo el cuerpo continuo establece estándares de intervención basados en criterios epidemiológicos y salubristas que no consideran la integralidad de las personas TLBGI. Sin duda, las políticas de VIH reproducen la continuidad, en tanto vuelven a colocar a la persona TLGBI en un espacio de anormalidad, estigma y discriminación.

(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 profeso, 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 (Entrevista a Diana Navarro, activista trans femenina, Colombia).

Cabe mencionar que en los programas de VIH/sida e ITS, las mujeres lesbianas y los trans masculinos se encuentran invisibilizados dejándolos sin información ni protección, y también avalando un desconocimiento sobre las prácticas sexuales lésbicas y sus formas de abordarlas desde la 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 a 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... (Entrevista a Sandra Álvarez, lesbiana, Ecuador).

Así también, se observa desconocimiento en relación al sexo lésbico lo cual impide la promoción de métodos de prevención específicos para la práctica sexual lésbica, como el uso de condones femeninos, dedales, etc.

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 transfeminista, Ecuador).

Más allá del VIH/sida e ITS, encontramos otras demandas en salud por parte de la población TLGBI, como la demanda de salud integral que 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 (Entrevista a Charlotte Shneider, activista trans femenina, Colombia).

El primer paso hacia la salud integral es la lucha contra la estigmatización a la población TLGBI, demanda generalizada en los diversos colectivos.

Trabajar fuertemente el tema de estigma. Que una persona gay, bisexual, trans, vaya por cualquier cosa a un centro de salud y se lo atienda 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, Bolivia).

Así también se recoge la necesidad de contar con protocolos de atención diferenciados para cada población. 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.

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 (Entrevista a Jorge Pacheco, activista gay, Colombia).

Por otra parte se espera 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. Para ello es imprescindible que el personal de salud conozca que no existen sólo gays y lesbianas, sino también trans femeninas, hombres trans y población intersex, cada uno de los cuales presenta problemas específicos 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 entendía la diversidad (Entrevista a Elizabeth Vásquez, activista trans feminista, Ecuador).

La cobertura de salud y la calidad del servicio son también demandas generalizadas en la población TLGBI.

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 (Entrevista a Marcela Sánchez, activista lesbiana, Colombia).

Por otro lado, se identifican también fuertes demandas en 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 (Entrevista a Charlotte Shneider, activista trans femenina, Colombia).

Cabe mencionar que la población TLGBI vive en un contexto de vulnerabilidad en el cual algunas prácticas sociales y culturales se convierten en factores disruptivos de la salud mental. La discriminación, la exclusión y la violencia, profundizan cuadros sintomáticos como la depresión y la ansiedad.

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 (Entrevista a Diana Navarro, activista trans femenina, Colombia).

En el caso de las mujeres lesbianas y trans masculinos, aún se observa el uso de la violación como método de corrección de la orientación sexual y la identidad de género, lo cual perjudica gravemente la salud mental de estas poblaciones. Sin duda hay que tener en cuenta que la violación como estrategia correctiva dirigida hacia el cuerpo femenino se inserta dentro de una lógica patriarcal que ha encontrado en esta práctica una forma de opresión muy arraigada en la sociedad.

Por otro lado, se observa también que esta cultura patriarcal condiciona la violencia entre parejas a causa de roles heterosexistas, lo cual también provoca daños físicos y psicológicos importantes de atender.

El alcoholismo y la drogadicción se presentan como problemas no reconocidos en la población TLGBI, lo cual se hace difícil trabajarlos y recibir la adecuada atención.

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, Perú).

En relación a la problemática específica de la población lesbiana y la población trans masculina, se ha identificado 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.

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

Otros problemas de salud que afectan a la población lésbica y hombres trans son los cuadros médicos relacionados a la obesidad, la maternidad segura y el cáncer de seno.

Una demanda específica que comparten la población trans femenina y la población trans masculina es el reconocimiento a la identidad, el cual consideran como un derecho transversal al derecho a la salud.

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 femenina, Bolivia).

Estas colectividades también demandan poder acceder a médicos especialistas en tratamiento de transformación corporal.

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 (Entrevista a Raiza Torriani, activista trans femenina, Bolivia).

De esta manera, las múltiples demandas expuestas, 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, la homogenización del sujeto de los estudios en VIH, donde la experiencia es reducida a dígitos, y aspectos cualitativos propios de la diversidad son ignorados:

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... (Entrevista a Charlotte Shneider, activista trans femenina, Colombia).

4.4. Ley, usos del lenguaje y demandas TLGBI

El tercer dispositivo de control es la ley entendida como un mecanismo inmodificable y universal. Es resultado de la dicotomía público/privado, propia del contrato sexual y del cuerpo continuo. De esta manera, la ley encarna un sistema clasificatorio que operacionaliza la exclusión, la violencia y la discriminación, a través de un canon que se constituye a partir del fondo del gusto social heteronormativo. Además, la ley es el síntoma final de una serie de procesos complejos que, o bien constriñen las demandas, o posibilitan algunos cambios.

Frente a esto el movimiento TLGBI ha ido progresivamente asumiendo un uso del lenguaje normativo, que partió, a finales de los setentas, desde un primer nivel que apelaba a descriminalizar la práctica y el estilo de vida TLGBI. Décadas más tarde, las organizaciones TLGBI incorporaron el enfoque y la terminología de los derechos

humanos como una herramienta para legitimar sus demandas frente a la sociedad y el estado.

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).

Al hablar en este lenguaje, los y las líderes TLGBI posibilitan que a fines de los noventa se produzca el desplazamiento de la propia ley, a partir de sus demandas alojadas en la discontinuidad del cuerpo y el quiebre de la dicotomía público/privado. En este sentido, esta apropiación del lenguaje es un dispositivo de goce que opera mediante la erosión de categorías antes consideradas universales, homogéneas y abstractas. Un caso relevante, es el proceso por el cual en el Ecuador se incorpora la orientación sexual en la Carta Magna.

A inicios de la década de los noventa se produce la articulación de otros grupos en los países que no habían institucionalizado su demanda. Aparentemente, en Bolivia no se observa el proceso político TLGBI 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 en entrevista con el CLAM (2010), el ex presidente del Colectivo TLGB (actual grupo que reúne a distintas organizaciones y activistas en todo el país), Willmer Galarza, 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 y 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

FEDAEPS, 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, 87; Almeida y Vásquez 2010, 28). 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, 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. Así mismo, se formó PROSA, la primera organización de personas con VIH del Perú.

En balance, en esta época, vemos como la apropiación del lenguaje técnico proveniente de los derechos humanos y el VIH/sida se constituye en la punta de la

que esgrimen los movimientos TLGBI para iniciar un desplazamiento de la ley. Este desplazamiento posibilita entender la ley como reconocimiento del deseo. A pesar de la importancia del uso de este lenguaje por parte de una elite del movimiento, es importante considerar que en esta lógica de la representación existen grupos y personas que a su vez son excluidas de estos procesos. Esto reafirma la idea que en la formación de los discursos, los dispositivos de goce entrañan también dispositivos de control.

En este proceso 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.

Primero, 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 varios temas relacionados con la problemática homosexual, al parecer sólo en Ecuador las personas trans llegaron a conformar una asociación antes del 2000 (Páez 2010, 87; Almeida y Vásquez 2010, 28). 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, se intenta mostrar cómo la visibilidad es construida a través de intereses y estrategias concretas llevadas a cabo por 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 o el matrimonio igualitario, cada una de estas opciones

conforma un campo de acción, consolidando una agenda de prioridades, un número de alianzas y tipos de estrategias.

Segundo, en relación con la institucionalización del movimiento, usualmente ligada al modelo de la ONG, ante todo, afirmo 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, el cual sería el tercer aspecto crucial a considerar. Sin duda, representa una lógica de intervención que consolida estilos de trabajo e intereses de agenda específicos subvencionados por la cooperación internacional y/o el estado con el fin de brindar un servicio social (Pecheny 2008, 249).

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 Colombia a partir del 2000, este pensarse a partir de los derechos humanos por parte del movimiento TLGBI, 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 dicho 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 primera década del 2000, 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 confluír 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, activistas trans femeninas, Colombia).

En este proceso descrito, se ha hecho énfasis en cómo los usos del lenguaje técnico han permitido desplazar algunos significantes en el uso de los discursos hegemónicos. Sin embargo, como se dijo anteriormente, algunos colectivos buscan establecer nuevos lugares de enunciación que terminan por replantear los enunciados.

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).

Un buen ejemplo en el ámbito normativo es la propuesta de alternativismo legal del Proyecto Transgénero en Ecuador, la cual en diálogo con la teoría crítica y transfeminista del derecho rechaza “el reformismo legal acrítico y la simple

‘normalización jurídica’ de las personas trans” (Almeida y Vásquez 2010, 34) en pos de una transformación de las instituciones jurídicas.

Profundizando lo anterior, a propósito de Planeta Paz en Colombia, Serrano señala que “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).

Finalmente, la transformación del enunciado puede ser profunda, un ejemplo de ello nos lo dan las activistas colombianas trans, quienes 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 nuestro 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 (Entrevista a Diana Navarro, activista trans femenina, Colombia).

4.5. Lo erótico en lo político

El quehacer político como actividad humana es entendido como una práctica dialógica, la misma condición de animal político estaba ligada al hecho que los seres humanos hablamos. Siempre esta condición fue comprendida como una razón práctica, una *phronesis*, es decir una “sabiduría práctica”. Una traducción usual la une a la palabra consciencia. Es una habilidad para comprender la causa y la manera de cambiar

las cosas, en particular, nuestras propias vidas hacia “algo mejor”. En este punto, filosofía y política representaban dos caras de una misma moneda con base en el hecho de hablar. El lenguaje es el centro de estas representaciones. Su economía la de la condición humana.

Desde la tradición clásica, si la política es la búsqueda de la *phronesis*, la filosofía es el amor a la verdad. Ambas, por su arreglo con el lenguaje, se iniciaban en el asombro. Tanto la búsqueda como el asombro parten de una duda, de una incertidumbre. Se puede afirmar que hablar (filosófica o frónéticamente) parte de la forma fenomenológica que toma toda incertidumbre en la conciencia, es decir una pregunta. Ambas actividades están unidas “...en la relación que hay entre $\epsilon\lambda\theta\eta$ como el uso del $\epsilon\lambda\theta\eta$ y $\epsilon\lambda\theta\eta$ como preguntar” (Murata, 1999, 67).

Murata nos recuerda que “Preguntar en griego se dice $\epsilon\lambda\theta\eta$ μ , de ahí que $\epsilon\lambda\theta\eta$ o $\epsilon\lambda\theta\eta$ sea preguntar, y que $\epsilon\lambda\theta\eta$ μ tenga un sentido ejecutivo, hacer una pregunta, el cual nuestra lengua guarda, [...] y $\epsilon\lambda\theta\eta$ es lo que en un derivado castellano inusual sería un preguntadero (interrogatorio)...” (Murata, 1999, 68). El carácter fenomenológico de esta condición nos permite seguir en la argumentación, recordando que la pregunta inaugura una circunstancia especial en nuestra condición humana, una predisposición dentro de nuestra subjetividad que implica en un primer nivel analítico “un estado intermedio entre el saber y el no-saber” (Murata, 1999, 69) (más ligado a la falta y la prohibición), y por otro lado, en un segundo nivel, una praxis depositada en un lugar (no un intermedio), el cuerpo, donde los dispositivos condicionan una reacción, una agencia. Ambos sentidos nos exigen formularnos la siguiente pregunta ¿dónde está el/la sujeto/a que piensa, que produce conocimiento? La respuesta debe mostrar que ellos y ellas están en medio de la lucha, tejiendo un puente entre sus prácticas cotidianas y prácticas de conocimiento. Contrastar ambas visiones críticas conduce a pensar la ficcionalización como privatización, en donde lo privado se configura en la razón que estructura “ciertos supuestos como la universalidad, la neutralidad y el no-lugar del conocimiento científico hegemónico y la superioridad del logocentrismo occidental como única racionalidad capaz de ordenar el mundo” (Walsh 2007, 103). Entonces, la relación entre interrogación y cuerpo nos vuelve conscientes que ese no-saber está adjunto al goce, un lugar donde lo innombrable juega su ausencia/presencia.

En relación con esto, Bhaba plantea el entremedio (in-between) como una estrategia de traducción que siempre se desplaza contra la hegemonía de los

metarrelatos. Dentro de estas líneas de análisis, ¿cómo la densidad corporal, compuesta entre la corpo-política, el sociodiagnóstico y la interseccionalidad, puede comprender el “entremedio”? Por un lado, es importante rescatar la potencialidad de esta metáfora desde el sur como un concepto que podría exacerbar lo heterogéneo desde los márgenes con una des-identificación que fisura los bloques hegemónicos. Sin embargo, el sur como un “entremedio” es epistemológicamente incompleto frente al “lugar”. El primero se mueve en el orden del discurso eurocentrado, mientras que el segundo se mueve en la corpo-política. Es decir, nos debemos preguntar ¿cuál es la densidad corporal del entre lugar como forma de traducción? Acaso existe un entre lugar más allá del lugar. El “entre lugar” es una crítica dentro de una perspectiva discursiva simplemente lingüística que puede evadir el innegable problema del conflicto en la misma producción de conocimiento sobre y desde la cultura.

Por ello, ante esta predisposición ubicada en la pregunta dentro de la formación de la política y la filosofía, mis reflexiones se centran en el hecho que el carácter de la pregunta se encuentra en la misma relación etimológica entre *ἔ* y *ἐ* *ὄ*. “Toda pregunta tiene en su raíz al *ἔ*, que es desde donde esta toma su impulso, pues *ἔ* encarna la pregunta y por ende, constituye [...] lo que ella es.” (Murata, 1999, 70). Por tanto, el asombro, la interrogación, la pregunta como actitudes fenomenológicas iniciales de la filosofía y la política muestran lo erótico como predisposición/práctica que constituye el lugar de la política. Este lugar no es otro que nuestro cuerpo/intimidad.

Cuando la ley toca al cuerpo surge el goce (abyección), adjunto al cuerpo. Y a la vez ambos sentidos del interdicto/inter-dicto. Tras las huellas de Freud, quien articuló los fundamentos de la interpretación psicoanalítica al establecer la intencionalidad de lo orgánico en el ser humano mediante la estructura del síntoma, Lacan desplaza (profundiza), cada vez más, su atención en aquello innombrable, aquella fisura insignificante, ubicable en la manera en que el cuerpo es un instrumento del goce. Lo Real es donde la palabra se ha detenido, el goce un residuo de él. En primera instancia, propongo unir lo erótico con esta operación ocurrida entre la ley y el cuerpo (el goce), y su residuo, como resultado de la intervención de los dispositivos psíquico-sociales. Por tanto, el asombro, la pregunta y la interrogación se constituyen en dispositivos de goce, en esa instancia de la intimidad donde ley y deseo convergen. Por otro lado, leyendo a Audre Lorde se puede percibir el sentido de lo erótico y también su ubicación. “The erotic is a resource within each of us that lies in a deeply female and spiritual plane,

firmly rooted in the power of our unexpressed or unrecognized feeling” (Lorde 1984. 53).⁵⁷ Con lo cual, aunque nos posiciona en el mismo problema de la concepción de lo femenino, reconoce la interioridad como el lugar signado por el carácter de inexpressado e irreconocido de nuestros sentimientos.

En esta misma línea, Lacan establece una relación entre su comprensión del inconsciente y la propia interpretación psicoanalítica. En su trabajo *El seminario sobre la carta robada*, él reflexiona sobre el carácter intersubjetivo de nuestro objeto, en el sentido que “el inconsciente es el discurso del Otro” (Lacan 1994a, 10), lo cual implica un descentramiento de la condición subjetiva hacia lo exterior, y donde la heterogeneidad es su condición propia. Este reflexión, inserta dentro del desarrollo de la filosofía francesa de la diferencia, permite desplazar la intención de la interpretación, justamente porque “...la exactitud del registro de la verdad [...] Se sitúa allí donde el sujeto no puede captar nada sino la subjetividad misma que constituye otro en absoluto” (Lacan 1994a, 14). Como Lacan señala, este sentido de la verdad, una que se esconde/muestra en la apariencia, indica el efecto del discurso en la subjetividad. Seguir esta ruta de desplazamiento de la subjetividad desemboca en construir una interpretación ligada a lo Real, aquello innombrable, donde el sentido se empecina (mediante la iteración) en gozar. Sin duda, apelar a esto, nos lleva a reflexionar en los últimos aportes de la obra lacaniana, los cuales sitúan la “gran caza” en los propios límites del discurso, aquel lugar donde la letra y el litoral se difuminan (Lacan 2012, 22).

De una u otra manera, esta suerte de desplazamiento es una deconstrucción de la subjetividad, la cual interpela la propia interpretación, de tal modo que, como dice Lacan, “...si propongo al psicoanálisis la letra/carta como en espera [*en souffrance*], es que muestra allí su fracaso. Y es por eso que allí lo aclaro: cuando invoco así las luces, es para demostrar donde hace *agujero*” (Lacan 2012, 21). El agujero en esta última enseñanza parece ser una más adecuada metáfora de la vida psíquica, ya que el sentido, si es que existe (siempre una verosimilitud), es [en inter-dicto], una verdad mentirosa.

Este giro persiste en lo político, donde el goce adjunto al cuerpo sustenta la búsqueda de la *phronesis*. No en los sentidos naturalistas o simplemente legalistas. Y cabe decir para quienes no lo hayan intuido ya, lo erótico no es lo sexual. Lo sexual (y

⁵⁷ "Lo erótico es un recurso que reside dentro de cada una de nosotras, asentado en un plano profundamente femenino y espiritual, y firmemente enraizado en el poder de nuestros sentimientos inexpressados y no reconocidos." Audre Lorde, "Uses of the erotic: the erotic as power" (en Lorde 1984, 53).

el sexo) pertenece al régimen de la sexualidad, construido desde un modelo eurocéntrico, inserto en la modernidad. Sus procesos en múltiples sentidos fueron conformados por los dispositivos de control y de goce del discurso eurocéntrico pastoral, médico y jurídico. En el caso andino, es claro que es en la colonia donde se colocan los elementos para comprender el régimen de la sexualidad.

Lo erótico busca desplazar este régimen, justamente porque “...is a measure between the beginnings of our sense of self and the chaos of our stronger feelings” (Lorde 1984, 54)⁵⁸. De esta manera, nuestra dignidad no está en un supuesto sentido de igualdad, está en el reconocimiento de la otredad.

La posibilidad de reflexionar en torno a la construcción de las corposubjetividades de las personas TLGBI en la región andina, sometidas a una estructura económica y libidinal construida mediante un conjunto de dispositivos psicosociales, nos permite reflexionar sobre dos aspectos fundamentales, el papel del cuerpo como lugar de interpelación, y el lenguaje como estrategia de interpelación. A lo largo de la presente investigación, he 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, he 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

⁵⁸ “...es un espacio entre los inicios de nuestra conciencia del propio ser y el caos de los sentimientos más fuertes.” (traducción personal)

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. Mi comprensión permite hacer concordar la dinámica TLGBI con el de procesos culturales amplios. A la vez, nos hace visibles las nuevas superficies y lugares 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.

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. El segundo es la centralidad en la vida como eje axial de las prácticas culturales. El tercero, 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. El 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.

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 (Santos 2009)

De esta manera lo erótico en lo político representa la forma en la que los y las líderes del movimiento TLGBI han construido un lugar que desplaza los dispositivos de control construidos por el gusto social heteronormativo. La separación entre lo público y lo privado, el cuerpo continuo y el sentido homogéneo de la ley han sido dispositivos que se hacen presentes también en el ámbito de la salud, no solo desde la norma, sino desde la gestión de la política pública.

Lo erótico en lo político se manifiesta a través de los dispositivos de goce, lugares y momentos que reconfiguran la relación entre lo público y lo privado, fragmentan el cuerpo e instalan el deseo como núcleo de la ley.

Capítulo quinto

Algunas consideraciones finales

La salud pública se presenta como un discurso fundamental para poder comprender aquellos procesos sociales en torno a la construcción de las corposubjetividades y de los procesos políticos del movimiento TLGBI. De esta manera, este trabajo ha dedicado sus esfuerzos en establecer una lectura sobre la relación entre la historia de la gubernamentalidad y la construcción de formas concretas de subjetividad con el fin de mostrar como ocurre la producción del gusto social heteronormativo como fuente de pauperización y exclusión. En particular, la salud pública encuentra en el discurso médico un espacio donde se reproduce una serie de dispositivos con respecto a la construcción de las subjetividades de las personas TLGBI. Este vínculo original se entrelaza con otras dimensiones y realidades, como el discurso pastoral y jurídico, los cuales han constituido los principales significantes del imaginario contemporáneo.

El rastro seguido ha sido determinado por el análisis de las relaciones entre el dispositivo de la sodomía y el régimen de la sexualidad que establecieron las características de la cartografía por donde se constituirán los dispositivos de control y desde luego los dispositivos de goce en relación con las personas TLGBI. El lazo entre ambos se consolida en el establecimiento del sentido de dignidad humana dentro de los primeros debates sobre los pobladores indígenas donde raza, género y sexualidad se afirman como elementos clasificatorios que darán paso a los múltiples procesos posteriores. Por un lado, el dispositivo de la sodomía explica como a partir del discurso pastoral como herramienta civilizatoria se conjuga la raza y la sexualidad. En los andes, sobre él, el régimen de la sexualidad irá constituyendo la posición del sujeto sexual en los discursos jurídicos y médicos.

Para estudiar sobre las maneras en que esta posición del sujeto sexual se ha desarrollado en la salud pública, este trabajo ha analizado tres ámbitos de manera privilegiada. El primer ámbito de análisis estudió la normativa general y la referida a salud. En torno a la región andina, nos encontramos frente a un panorama donde existen modelos normativos inclusivos (Bolivia y Ecuador), lo cual no significa una adecuada implementación; modelos no inclusivos (Colombia) pero con mecanismos jurídicos de

protección y modelos excluyentes (Perú). 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. En el ámbito de la salud, específicamente, la normativa no responde a las demandas TLGBI, principalmente debido a una falta de desarrollo secundario que permita operativizar menciones nominales.

En este punto, se ha podido observar que las dinámicas de la representación ocurridas en el corpus jurídico y legal son restrictivas y a la vez, están constituyendo nuevos imaginarios sobre el sujeto TLGBI, donde se conjuga la inclusión/exclusión. Parcialmente, la posición del sujeto sexual se ha desplazado en algunos escenarios que sin embargo aún siguen privilegiando modelos hegemónicos para dar cuenta de las posibilidades de la ciudadanía de las personas TLGBI, a partir de las reconfiguraciones de la economía libidinal.

El segundo ámbito estudió la gestión de la salud pública con respecto a las personas TLGBI. Los resultados de este análisis reflejan, en primera instancia, que el modelo de gestión para dicha población está basado en las intervenciones sobre VIH/sida, las cuales tienen como característica principal un visión sanitarista y epidemiológica en detrimento de una atención integral. Este modelo no es incluyente, invisibiliza las problemáticas de salud de cada colectivo, en especial las de las mujeres trans, los hombres trans y las lesbianas, lo que no implica que los hombres gays sean mejor atendidos. Esto se inserta dentro de sistemas de salud con serios problemas para brindar un acceso universal, por diversos motivos, donde la fragmentación y/o la privatización del sistema ocupan el principal lugar. En este contexto, la discriminación por orientación sexual y la identidad de género es algo cotidiano, sobre todo en la población TLGBI que vive en situación de pobreza, principalmente las personas trans.

En particular, la gestión referida al VIH/sida si bien ha mejorado en los últimos años, aun no resulta efectiva, si tenemos en cuenta que la prevalencia más alta está ubicada entre gays y trans femeninas. Toda situación pauperiza a las personas TLGBI mediante diversos mecanismos.

En este punto ha sido crucial ver los puentes entre la gestión en salud y el gusto social heteronormativo ya que esto nos permite comprender los contextos de

vulnerabilidad donde la vida de las personas TLGBI discurre. En ese sentido, la gestión en salud aparece como un síntoma del gusto social heteronormativo que determina la manera como lleva a cabo el quehacer político. Además, constituye la lógica sobre la cual los dispositivos de control pauperizan a las personas sosteniendo los mecanismos de exclusión/inclusión.

El tercer ámbito dialogó con las demandas de las personas TLGBI con respecto al ejercicio de sus derechos, principalmente los referidos a salud. En primer lugar, los y las activistas señalaron que la discriminación es el problema fundamental. Además, indicaron que existe una seria invisibilización de las condiciones que construyen su vulnerabilidad al momento de diseñar políticas públicas de VIH/sida, las cuales no abordan integralmente la atención. Debido al hecho que solo existen servicios dirigidos al control de esta epidemia, el resto de demandas no son resueltas. Entre ellas, podemos mencionar una atención ginecológica adecuada, tratamientos hormonales, reasignación de sexo, salud mental, entre otras. En medio de la estas percepciones referidas a diversos aspectos de la salud pública, los y las líderes muestran los elementos que han conformado las reacciones en contra de los dispositivos de control. De esta manera, se ha visto como los dispositivo de goce han sido conformados por tres estrategias, el desplazamiento de la relación publico/privado, la ruptura del cuerpo continuo y el reconocimiento de la ley como depósito del deseo.

Estos tres niveles de análisis nos han permitido comprender las estructuras y las dinámicas a partir de las cuales el gusto social heteronormativo pauperiza a las personas TLGBI en el campo de la salud. En cada uno de estos ámbitos se conjugan los dispositivos de control desarrollados por los estados andinos. Frente a ello se ha visto las respuestas elaboradas por los y las líderes TLGBI, como estrategias jurídicas, comunitarias, políticas y culturales que constituyen un lugar a partir del cual se desplazan los diversos significantes del discurso hegemónico.

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.
- Alejandro Brito, “Entrevista con Rafael La Dehesa. El Estado y los movimientos LGBT: encuentros y desencuentros”, en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=5438 (acceso el 24 de marzo de 2015).
- Almeida, Ana y Elizabeth Vásquez. 2010. *Cuerpos Distintos: ocho años de activismo transfeminista en Ecuador*. Quito: Manthra
- Álvarez, Roland. 2011. *Meanings of decent work for Peruvians trans sex workers*. Dissertation for obtaining of master of arts in development studies, La Haya: International Institute of Social Studies.
- Álvarez, Sonia. 2001. “Los feminismos latinoamericanos ‘se globalizan’: tendencias de los 90 y retos para el nuevo milenio”, en Escobar *et al.*, *Política cultural & Cultura política*. Bogotá: Taurus/Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- 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, edit. 1995. *Protocolo de atención del paciente VIH/sida. Comité permanente de sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*. Lima: Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Arizola Tirado, Luis. 1945. *Variaciones determinadas por la edad, el sexo y la educación en la formación espiritual del individuo*, Tesis para optar por el Título de Doctor en Filosofía, Programa Académico de Filosofía, Psicología y Arte. Lima: UNMSM,

- Arroyo, Juan y otros. 2004. *Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos*. Lima: CIES.
- Arroyo, Juan. 2000. “La reforma del sector salud en el Perú 1990-98. En busca de nuevos modelos de política social”, en: *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad del Zulia, Vol. VI, N° 2, mayo-agosto.
- Artieda, Pedro. 2012. “La homosexualidad masculina en la narrativa ecuatoriana”, Tesis de maestría, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador.
- 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*. Lima: Vía Libre/MHOL.
- 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.
- Borrillo, Daniel. 2001. *Homofobia*. Barcelona: Bellaterra.
- Bourdieu, Pierre. 1988. *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bourdieu, Pierre. 2010. *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. Buenos Aires: siglo XXI.
- Bracamonte Allain, Jorge y Álvarez, Roland. 2005. *Situación de los Derechos Humanos de lesbianas, trans, gays y bisexuales en el Perú. Informe anual 2005*. Lima: MHOL.
- 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: FIOCRUZ.
- Briones, Francisco. 2011. "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. 1999. *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bronfman, Mario y otros. 2000. *De la investigación en salud a la política: La difícil traducción*. México: 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: PUCE.
- 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, 2009, en <http://www.ucaldas.edu.co/docs/seminario_familia/HOMOEROTISMO_HOMOFOBIA_Colombia_Walter_Bustamante.pdf> (acceso 15 de enero de 2012)
- Butler, Judith. 1995. "Las inversiones sexuales" en Ricardo Llamas, comp. *Construyendo sidentidades. Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: siglo XXI.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith. 2006. *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires: Paidós.
- 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 *et al.* (eds.), *Sexualidad, Ciudadanía y derechos humanos en América Latina*, Lima, IESSDEH-UPCH, 2011.

- Cáceres, Carlos y Cuba, Víctor, edit. 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 otros. 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 y otros. 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 y otros. 2009. “Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: Revelando falsas paradojas” en Parker, Richard y otros, edit. *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*. Lima: Sexuality Policy Watch.
- 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.
- 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, edit. *Sexualidade e Política na America Latina: Historias, Interseções e Paradoxos*, Rio de Janeiro, Sexuality Policy Watch/ABIA, 2011, en <http://www.upch.edu.pe/faspa/index.php?option=com_content&view=article&id=399&Itemid=407> (acceso 10 de julio de 2012).
- 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*, Vol. 37, N° 5, Brighton, Institute of Development Studies, 2006, 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
- 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: Presencia.
- CARE Perú. 2009. *Fortalecimiento de la prevención y control del VIH y SIDA en el Perú*. Lima: CARE.
- 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*, N°9, Ecuador, Programa Andino de Derechos Humanos-Universidad Andina Simón Bolívar, abril.
- Castillo, Carlos. 2000. “Reconsideración de la sociología a la luz del psicoanálisis. Los aportes de Sandor Ferenczi” en *Debates en sociología* N° 25-26 2000-01, Lima.
- Césaire, Aimé. 2006. *Discurso sobre el colonialismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Chamberland, Line. 2007. “La Homofobia en el trabajo”, en *América Latina en movimiento, sexualidades disidentes*, Revista diversidades 2, Quito, Ecuador, mayo 2007
- Chapman, Kate, *LGBT patients*, 2011, 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.
- Chauvelot, Diane. 2001. *Historia de la histeria. Sexo y violencia en el inconsciente*. Madrid: Alianza editorial.
- Chauvet, Louis-Marie. 1991. *Símbolo y sacramento. Dimensión constitutiva de la existencia cristiana*. Barcelona: Herder
- Chávez, Susana y otros. 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.
- Chávez, Susana. 2004. *Cuando los fundamentalismos se apoderan de las políticas públicas*. Lima: CMP Flora Tristán.

- Chukwudi Eze, Emmanuel. 2001. "El color de la razón: la idea de 'raza' en la antropología de Kant", en Walter Mignolo, comp. *Capitalismo y geopolítica del conocimiento: el eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*, Buenos Aires: ediciones del signo.
- Citro, Silvia. 2009. *Cuerpos significantes: Travesías por los rituales tobas*. Buenos Aires: Biblos.
- 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", 2008, 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-vo8hZd5pE9kwWB5pz0B77JLbvHTO-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 Alternativo 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.
- Consejo Nacional de Derechos Humanos (CNDH). 2005. *Plan Nacional de Derechos Humanos*, en: *Diario Oficial El Peruano*, Lima, 11 de diciembre de 2005.
- Consortio de Universidades. 2005. *Apuntes acerca de la Comunicación en Salud en el Perú*. Lima: Consortio de Universidades.
- Contreras, Carlos y Cueto, Marcos. 2008. "Camino, Ciencia y Estado en el Perú, 1850-1930", en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol.15, N°3, Rio de Janeiro, 2008, en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000300005> (acceso 23 de abril de 2012).

- Corcuera, Ricardo y otros. 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, Catalina Hidalgo y Alicia Quintana. 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, Sonia Correa y Susy Jolly, edit. 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.
- Correa, Sonia y Susy Jolly. 2006. *Sexuality, development, and human rights*, april 6°. Stockholm: EGDI.
- Cosme, Carlos; Martín Jaime, Alejandro Merino y José Luis Rosales. 2007. *La imagen in/decente*. Lima: IEP.
- Cottet, Pablo y otros. 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, 2011, 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.
- De Certeau, Michel. 1997. *La invención de lo cotidiano: I Artes de hacer*. Jalisco: Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- 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, 2012, en http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=5438 (acceso 30 de abril de 2012).

- Dean, Laura y otros. 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, 2000, en <http://www.dialog.unimelb.edu.au/project/links/pdf/glma%20white%20paper%20jan%202000.pdf> (acceso 11 de julio de 2012).
- Deleuze, Gilles y Félix Guattari. 2002. *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- Deleuze, Gilles y Félix Guattari. 1985. *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, Gilles. 2010. *La lógica del sentido*. Buenos Aires: Paidós.
- Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York. 2006. *Boletín de Salud*, Vol. 5, N° 5, Nueva York, 2006, en <http://www.nyc.gov/health> (acceso 11 julio de 2012).
- Derrida, Jacques. 1968. *La diferencia*, en: http://www.ddooss.org/articulos/textos/Derrida_diferencia.pdf (acceso 15 de marzo de 2013).
- 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.
- Dianderas, Juan. 1923. *Contribución para la profilaxia de la blenorragia en el medio militar*, Tesis para obtener el título de Bachiller en Medicina, Facultad de Medicina Humana. Lima: UNMSM.
- Diaz, Rafael. 1998. *Latino Gay Men and HIV. Culture, Sexuality and Risk Behavior*. Nueva York: Routledge/ Chapman & Hall/ Incorporated.
- Dussel, Enrique. 2000. “Europa, modernidad y eurocentrismo” en Lander, Edgardo, edit. *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CLACSO.
- Egúsquiza, 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)
- Escobar, Arturo. 2005. *Más allá del Tercer Mundo. Globalización y diferencia*, Bogotá: Universidad del Cauca/ Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

- Ewig, Christina. 2012. *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Facio, Alda. 1992. *Cuando el género suena, cambio trae (Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*. Costa Rica: ILANUD.
- Fanon, Frantz. 2009. *Piel negra, máscaras blancas*. Madrid: Akal.
- FEDESALUD (Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social). 2005. *Guía para el Manejo de VIH/SIDA, basada en la evidencia*, Bogotá: Ministerio de Protección Social/FEDESALUD,
- Felix, Guattari. 1976. *Psicoanálisis y transversalidad. Crítica psicoanalítica a las instituciones*. Buenos Aires: siglo XXI.
- Ferla, Luis. 2004. *Gregorio Marañón y la apropiación de la homosexualidad por la medicina legal brasileña*, FRENIA, Vol. IV-1-2004 en: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16401/16247> (acceso 1 de noviembre 2015)
- 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 y otros, comp. *Movilizaciones, protestas e identidades políticas en la Argentina del bicentenario*. Buenos Aires: Nueva Trilce.
- Fondo Financiero Distrital de Salud y otros. 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.
- Foucault, Michel. 2001. *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2010. *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. 2012. *Historia de la sexualidad, tomo I: la voluntad del saber*. Buenos Aires: siglo XXI.

- Francke, Marfil y Raquel Reynoso. 2007. *Salud y Enfermedad en los márgenes. Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión*, Lima, Consorcio CIES/ CARE Perú, 2007, en <<http://cies.org.pe/publicaciones/libros/diagnostico/DyP32>> (acceso 3 de Mayo de 2012).
- Francois Lyotard, 1990. *La economía libidinal*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Frasca, Tim. 2005. *AIDS in Latin America*. Nueva York: Palgrave MacMillan.
- Freud, Sigmund, 2012. *Obras completas*. Buenos Aires: siglo XX.
- Fundación Ecuatoriana Equidad. 2011. *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.
- Galarreta, María. 2005. Salud de lesbianas en Lima: apuntes desde la experiencia de atención, en *Ciudadanía sexual*, N° 16, Lima, 2005, en <<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/boletin16.htm>> (acceso 15 de enero de 2013).
- GALF (Grupo de lesbianas feministas). 2003. *La libre orientación sexual, un derecho de las mujeres*. Lima: GALF.
- Gay, Peter. 1992. *La experiencia burguesa. De Victoria a Freud, tomo I: La educación de los sentidos; tomo II: Tiernas pasiones*. México: FCE.
- 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*, N° 10, Brasil, Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos CLAM/Instituto de Medicina Legal, abril, 2012. 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 Egúsqiza, Miriam, comp. *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud*. Lima: EDHUCASALUD/IFHHRO.
- GPI (Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo. 2010. *Legislación comparada de VIH en Latinoamérica y el Caribe desde una perspectiva de derechos humanos –ECUADOR*. Panamá: GPI.
- Gregorio Marañón. 1975. *Obras Completas*, tomo VIII. Madrid: Espasa Calpe.
- Hernández, Toli, coord. 2011. *Salud de lesbianas y bisexuales en LAC, construyendo nuevas realidades*. Chile: ILGA LAC.
- Herrera, Manuel. 2009. Violencia, discriminación y homicidios contra LGBT en 2009, en: *Reporte anual sobre derechos humanos de las personas lesbianas, gays, trans y bisexuales en el Perú 2009*. Lima: Raíz 2.0/ Boletín Diversidad.
- 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 Egúsqiza, 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).
- INEC. 2013. *Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- 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, 2011, en <<http://www.hass.rpi.edu/~godoyc/InstituteofMedicineWhitePaper.pdf>> (acceso 10 de Julio de 2012).
- Irigaray, Luce. 2007. *Espéculo de la otra mujer*. Madrid: Akal.
- Izazola, José, edit. 2001. *Políticas Públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Una revisión basada en la Conferencia Latinoamericana y del Caribe Fórum 2000*. México: Fundación Mexicana para la Salud, AC.
- Izazola, José, edit. 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, 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, 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. 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. 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. 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: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Kahssay, Haile y Peter Oakley. 1999. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Hong Kong: Organización Mundial de la Salud.
- Kann, Laura y otros. 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*, Vol. 60, N° 7, U.S. Department of Health and Human Services, 2011. En <<http://www.cdc.gov>> (acceso 10 de Julio de 2012).

Kant, Immanuel. 1993. *Crítica al juicio*. Buenos Aires: Losada.

Kennedy, Duncan. 1992. Notas sobre la historia de los Critical Legal studies en los Estados Unidos, en *Themis Revista de Derecho*, N° 25, 24 agosto 1992, Lima: PUCP, 103-108.

Kennedy, Duncan. 2002. La crítica de los derechos en los Critical Legal Studies, en *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*, visto en <http://duncankennedy.net/documents/La%20critica%20de%20los%20derechos%20en%20cls.pdf> (acceso 1 de noviembre 2015).

Kornblit, Ana. 2000. *Sida: Entre el cuidado y el riesgo: Estudios en población general y en personas afectadas*, Buenos Aires: Alianza Editorial.

Krieger, Nancy y Davey Smith. 2004. “*Bodies count,*” and *body counts: social epidemiology and embodying inequality*. *Epidemiology Review* N° 26, 92–103.

Krieger, Nancy, 1994. *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?* *Social Science of Medicine* N° 39, 887–903.

Krieger, Nancy. 2001. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. *International Journal of Epidemiology* N° 30.

Kristeva, Julia. 2001. *La revuelta íntima. Literatura y psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Kush, Rodolfo. 1976. *Geocultura del hombre americano*. Buenos Aires: Ed. Fernando García Cambeiro.

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*.

Lacan, Jacques, 1994b. *Escritos II*. México: siglo XXI.

Lacan, Jacques, 2002. *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, Jacques. 1983. *El Seminario de Jacques Lacan, Vol 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, Jacques. 1994a. *Escritos I*. México: siglo XXI.

Laclau, Ernesto. 1996. *Emancipación y diferencia*. Buenos Aires: Ariel.

Laquer, Thomas. 1994. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Crítica.

- Ledón, Loraine. 2004. “Cuerpo, enfermedad y procesos de vida en personas con transformaciones corporales producidas por enfermedades endocrinas”, Tesis de maestría, Lima, UNMSM.
- Ley No. 25275, 24 de julio de 1990, en: <http://docs.peru.justia.com/federales/leyes/25275-jul-23-1990.pdf> (accesado el 1 de noviembre de 2015).
- 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*, N° 68, Madrid, en <<http://www.reis.cis.es>> (acceso 10 de julio del 2012).
- López Vega, Alonso, 2009. *Bibliografía de Gregorio Marañón*, Madrid: Universidad Carlos III.
- López, Alejandra y otros. 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.
- Lorde, Audre. 1984. “Uses of the erotic: the erotic as power” en: *Sister, outsider. Essays and speeches*. New York: The crossing Press feminist series.
- Lucio, Ruth y otros. 2011. “Sistema de salud en Ecuador”, en: *Salud pública de México*, Vol. 53, suplemento 2 de 2011.
- Lugones, María. 2007. *Heterosexuality and the colonial/modern gender system*, *Hypatia*, Vol. 22, No. 1, Writing Against Heterosexism (Winter, 2007)
- Lugones, María. 2008. *Colonialidad y género*. *Tabula Rasa* N° 9, julio-diciembre.
- Liotard, François. 1990. *La economía Libidinal*, Buenos Aires: FCE.
- Maldonado Torres, Nelson. 2007. *Sobre la colonialidad del ser: Contribuciones al desarrollo de un concepto*, en: Santiago Castro Gómez y Ramón Grosfoguel (Editores), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- 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.
- Martel, Víctor. 2007. *La filosofía moral. El debate sobre el probabilismo en el Perú (siglos XVII y XVIII)*, Lima: UNMSM/ IFEA/ Lluvia editores.

- Mbembe, Achille 2011. *Necropolítica. Sobre el gobierno privado indirecto*. Madrid: Melusina.
- Meccia, Ernesto y otros. 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, 2004. En http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo/textos/13_4.htm (acceso 5 de mayo de 2012).
- Mejía, Alfredo y otros. 2007. *Los matices de la vulnerabilidad*, Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Mental Disability Rights International y APRODEH. 2004. “Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú”, Lima: APRODEH.
- Merchand, Caroline. 1990. *The death of the nature. Women, ecology and the scientific revolution*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Mérida, Rafael. 2007. “Sodoma, del Viejo al Nuevo Mundo” en *Treballs de Societat Catalana de Geografia*, N° 64, Barcelona: Societat Catalana de Geografia.
- Merino, Alejandro y Manuel Forno. 2010. “Derechos y ciudadanía TLGB”, en: Angélica Motta (ed), Perú: políticas en sexualidad, Lima: CLAM/PEG.
- 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. 1993. *Guía básica de información sobre el Sida*, Lima: MHOL.
- MHOL. 2011. *Conducta Impropia*, Boletín N° 4/5, Lima
- Mignolo, Walter. 2006. *El desprendimiento: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*, Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Mignolo, Walter. 2010. *El desprendimiento: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*, Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Millet, Kate. 1995. *Política sexual*, Madrid: editorial cátedra.
- Milmaniene, José. 1995. *El goce y la Ley*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de la Protección Social-Colombia. 2011. *Informe Nacional UNGASS -2010*, Bogotá, Ministerio de la Protección Social, 2011. 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 del Perú. 2010. *Informe Nacional sobre progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Periodo: Enero 2008-Diciembre 2009*, Lima, MINSA/ ONUSIDA, 2010. En <<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru/>> (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.
- Ministerio de Salud Pública-Ecuador. 2012. *Ecuador, Report NCPI*, 2012. En <<http://aidsreportingtool.unaids.org/>> 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, 2008. *Cuentas Nacionales de Salud Perú*, Lima: Dirección General de Epidemiología.
- Ministerio de Salud. 2005. *Derechos Humanos y Derechos a la Salud*, Lima: MINSA/OPS.
- 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.
- Mogrovejo, Norma. 2000. Un amor que se atrevió a decir su nombre. La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos feminista y homosexual en América Latina, México: CDAHL/ Plaza y Valdés.
- Mogrovejo, Norma. 2001. “El movimiento lésbico latinoamericano: 25 años de ‘herstoria’”, en Jorge Bracamonte, edit. *De amores y luchas: diversidad sexual, derechos humanos y ciudadanía*, Lima: Programa de Estudios de Género.
- 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, 2010.
- Moreira, María. 2007. “Evolución histórica del plan de derechos humanos del Ecuador y retos futuros. El papel del Servicio Exterior ecuatoriano”, 2007. En <http://www.dhnet.org.br/dados/pp/nacionais/pndh_equador_moreira_ev.pdf>.
- Motta, Angélica, edit. 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”
- Murratta, Eduardo. 1999. Lo erótico en la pregunta, en: Aletheia, revista de filosofía, año 5, n° 5, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- 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*, Lima: Asociación Vía libre.
- Nino, Alfonso y Vargas, Rosana. 2012. “Tendencias de la participación en salud en el Perú”, en: Petrerá, Margarita, comp. *Promoviendo el derecho a la Salud de los más pobres: cinco estudios de interés*, Lima, Consorcio de Investigación Económica y Social - Observatorio de la Salud.
- 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*, N° 11-12, Bogotá, 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, edit. 2007. *Claroscuros. Debates pendientes en sexualidad y reproducción*, Lima: UPCH.
- Pantelides, Edith y López Elsa, comps. 2005. *Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*, Buenos Aires: Paidós.
- Pecheny, Mario y otros. 2008. *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*, Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Pecheny, Mario y Jones, Daniel, edit. 2007. *Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*, ONUSIDA.
- Petrera, Margarita, comp. 2012. *Promoviendo el derecho a la Salud de los más pobres: Cinco estudios de interés*, Lima: CIES.
- Pimenta, Cristina y otros, 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 y otros. 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.
- Quintana, Alicia y otros. 2003. *Escuchen nuestras voces. Representaciones sociales e itinerarios de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes*, Lima: IES.
- 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.
- 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, 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, Susana. 2011. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad en *Acta Bioethica*, Vol.17, N° 1, Santiago, 2011. En <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v17n1/a08.pdf> > 17 de julio de 2012. Red Sida Perú, Plan Estratégico 2011-2015, Lima.
- Rance, Susana. 2000. Ponencia Presentada en la Mesa Redonda sobre derechos sexuales Jornadas del Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, Cochabamba, 30 de noviembre de 2000.
- Reyes, Esperanza. 2007. *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*, Lima: UPCH/IEP.
- Rich, Adrienne. 1996. “Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana”, en *DUODA Revista d'Estudis Feministes* núm 10- 1996, Barcelona, en www.raco.cat/index.php/DUODA/article/download/62008/90505 (visto en 15 de octubre 2015)
- Ricoer, Paul, 1991. *Sexualidad: la maravilla, la errancia, el enigma*. Buenos Aires: Editorial Almagesto.
- Ricoer, Paul. 1996. *El sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- 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.
- Rubin, Gayle, 1996. *El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo*, en: Marta Lamas, El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ PUEG, 35-96.
- Runa. Instituto de desarrollo y estudio de género. 2010. *Informe de derechos humanos sobre la población trans (transexuales, travestis, transgéneros) de la ciudad de Lima 2009*, Lima: Runa.
- Salazar, Ximena y otros. 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.
- 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.

- 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*, N°11, Ecuador, Programa Andino de Derechos Humanos-Universidad Andina Simón Bolívar, octubre.
- Salgado, Judith. 2008. *La reapropiación del Cuerpo, derechos sexuales en el Ecuador*, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/Abya-Yala/Corporación Editora Nacional.
- 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 y otros. 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.
- Santos, Boaventura de Sousa. 2009. Una epistemología del Sur, México: Siglo XXI/CLACSO.
- Santos, Boaventura de Sousa. 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.
- Santos, Boaventura de Sousa. 2006. *Conocer desde el sur para una cultura política emancipatoria*. Lima: Programa de Democracia y Transformación Global.
- 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).
- Schüssler, Elisabeth. 2000. *Cristología feminista crítica. Jesús, hijo de Miriam, profeta de la sabiduría*. Madrid: Editorial Trotta.
- Segato, Rita. 2014. *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres*, Puebla: El pez en el árbol.

- Sen, Gita; George Asha y Ostlin Pirotska. 2002. *Engendering International Health. The Challenge of Equality*, Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology.
- Serrano, José. 2006. “¿Es el discurso de los Derechos Humanos útil para la transformación social? Una discusión desde las luchas de los movimientos homosexuales”, en: Viveros, Mara (Edit.), *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*, Bogotá: Tercer Mundo Editores, CLAM, UN.
- Serrano, José. 1997. “Entre negociación y reconocimiento. Estudios sobre “homosexualidad” en Colombia”, en: *Nómadas*, N°6, abril, Colombia.
- Serret, Estela. 2009. “La conformación reflexiva de las identidades trans” en *Sociológica*, Año 24, N° 69, México.
- Shah, Sonia. 2007. “Experimentos clínicos en los pobres del planeta”, en <<http://www.lemondediplomatique.cl/Los-experimentos-clinicos.html>>.
- Simbaqueba, Juan y otros. 2011. *Voces Positivas. Resultado del índice de Estigma en personas que viven con VIH en Colombia*, Bogotá: RECOLVIH/IFARMA.
- Simon Watney. 1995. “El espectáculo del sida” en Ricardo Llamas, comp. *Construyendo sidentidades. Estudios desde el corazón de una pandemia*, Madrid: siglo XXI.
- Spivak, Gayatri. 2003. “¿Puede hablar el subalterno?”, en: *revista Colombiana de Antropología*, volumen 39, enero-diciembre, Bogotá.
- Steving, Ward. 1996. *Amor y violencia sexual. Valores indígenas en la sociedad colonial*, Lima: IEP.
- Subirats, Eduardo. 1975. *Sex Pol. La revolución sexual textos de la izquierda freudiana*. W. Reich. O. Fenichel, I. Sapir, Barcelona: Barral.
- Taylor, Gerald. 2007. *Amaras a Dios sobre todas las cosas. Los confesionarios quechuas, siglos VVI-XVII*, Lima: IFEA/ Lluvia editores.
- Tello, Janet, coord. 2007. *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 Nuria Homedes. 2011. “Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio” en *Salud Colectiva*, N° 7(2), Buenos Aires, mayo-agosto.
- Van den Berge, Marten y Giancarlo Cornejo. 2011. *Género y Sexualidades en Movimiento, itinerarios activistas LTGB en el Perú*, Lima, sin publicar.

- Vargas, Lita y María Elizabeth. 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 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.
- 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.
- 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.
- Velasco, Sara. 2009. *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*, Madrid: Minerva Ediciones.
- Velázquez, 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, 2011.
- Vidal, Francisco y Carla Donoso, edit. 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.
- Vitoria, Francisco. 1973. *Relecciones sobre los indios y el derecho de guerra*, Madrid: Espasa Calpe.
- Wade, Peter y otros. 2008. *Raza, Etnicidad y sexualidades: Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Walsh, Catherine. 2007. ¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a las epistemologías decoloniales, en: *Nómadas* N° 27.
- Wittig, Monique. 2006. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, Barcelona: editorial EGALES.
- Wright, Elizabeth. 2004. *Lacan y el posfeminismo*, Barcelona: Gedisa.
- Wynter, Sylvia. 1991. Tras el Hombre, su última palabra: sobre el posmodernismo, *les damnes* y el principio sociogénico, en *Nuevo texto Crítico*, Año IV, N° 7, primer semestre, Caracas.

Anexos

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.libertadglt.org/...-/15-ley-para-la-prevencion-del-vih-sida/> 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.libertadglt.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 activistas de Perú

Ruth Ramos (comunidad lésbica)

Charo Villegas (comunidad lésbica)

Patricia Salas (comunidad lésbica)

Piwy Vidal (comunidad trans masculina)

Roland Álvarez (comunidad gay)

Jorge Sánchez (comunidad gay)

Manolo Forno (comunidad gay)

Julio César Cruz (comunidad gay)

Giovanni Romero (comunidad gay)

Jorge Bracamonte (comunidad gay)

Gaby Mariño (comunidad trans femenina)

Belissa Andía (comunidad trans femenina)

Anexo 3: Listado de activistas de otros países de la comunidad andina

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).

Colombia

Marcela Sánchez (comunidad lésbica, Bogotá).

Lina Camacho (comunidad lésbica, Cali).

Consuelo Malatesta (comunidad lésbica, Cali).

Ochy Curiel (comunidad lésbica, 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 (comunidad lésbica, Quito).

Elizabeth Vázquez (comunidad lésbica, Quito).

Sandra Álvarez (comunidad lésbica, Quito).

Orlando Montoya (comunidad gay, Guayaquil).

Efraín Soria (comunidad gay, Quito).

Andrés Buitrón (comunidad gay, Quito).

Anexo 4. Guías de entrevistas

Guía para activistas gays y mujeres trans

(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 activistas lesbianas y trans masculinos

(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?