

IV. Cidadania e saúde

más allá del SIDA: la cuestión de la salud en las comunidades GLBT (gay, lesbianas, bisexuales, personas transgénero)

Carlos F. Cáceres

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

22 MÁS ALLÁ DEL SIDA:

LA CUESTIÓN DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES GLBT

(GAY, LESBIANAS, BISEXUALES, PERSONAS TRANSGÉNERO)

Carlos F. Cáceres

COMUNIDADES GLBT Y SU COMPLEJA RELACIÓN CON LA 'SALUD'

La cuestión de la salud en las comunidades GLBT ha sido, durante dos décadas, casi sinónimo de Sida (y tal vez ETS - Enfermedades de Transmisión Sexual) específicamente en hombres gay y bisexuales (o, como el uso del acrónimo impuso, en 'hombres que tienen sexo con hombres' ó 'HSH'). Ciertamente, el Sida en hombres gay y bisexuales hizo visible en todo el mundo occidental a la comunidad gay (masculina) en su conjunto, y el foco de atención inicial no fue precisamente *su salud*, sino el temor por lo que se veía como un potencial papel de vectores de una epidemia desconocida. Pero luego de la explosión de la epidemia, y conforme se fue haciendo clara la dimensión de enfermedad severa y letal que experimentaba esta parte de la población, de alguna manera se constituye, más abiertamente en algunos lugares que en otros, un interés de las ciencias sanitarias por la salud de los hombres que tenían sexo con otros varones y, por extensión, tiempo después, por la salud de lo que comienza a verse como comunidad gay, lésbica, bisexual y transgénera ó GLBT.

Las limitaciones de la perspectiva inicial eran obvias:

- Primero, el Sida es una enfermedad que ha afectado en especial a hombres, por lo que esta mirada excluye a las mujeres. Además, esta perspectiva mayormente ni siquiera dio cuenta de las particularidades de la población transgénera.
- Aún cuando enfocada en 'hombres que tienen sexo con hombres', esta perspectiva no suele tener en cuenta que éstos, los 'HSH', comparten con los demás hombres ciertos problemas de salud, y también experimentan, como ellos, dificultades para buscar atención por cuestiones de salud.
- Finalmente, debemos reafirmar que es crucial la consolidación de una visión de la salud, más que como la ausencia de enfermedades o problemas, como el derecho humano a alcanzar, de manera proactiva, una situación dinámica de bienestar físico, mental y social.

De otro lado, aunque el acrónimo 'GLBT' (aludiendo a gays, lesbianas, bisexuales y personas transgénero) comienza a consolidarse, no está libre de tensiones. Agrupar a individuos

gays, lesbianas, bisexuales y transgénéricos en un conglomerado tan amplio es, sin duda, reunir a grupos que tal vez sólo comparten el estigma y la discriminación a raíz de la diferencia sexual (Dean et al., 2000). Incluso dentro de un mismo país, los miembros de tal conglomerado no sólo difieren entre subpoblaciones (es decir, gays de lesbianas y otros) sino que también en el interior de cada subpoblación se presentan importantes diferencias en antecedentes culturales, étnicos, de edad, educación, ingreso y lugar de residencia. Adicionalmente, sin llegar a compartir identidades individuales y comunitarias, un grupo significativo de personas comparten conductas sexuales u optan por representaciones de género que no son las hegemónicas en la sociedad heterosexual con polaridad genérica, y su contacto con los individuos con identidades GLBT es a veces puramente sexual (por ejemplo, muchos ‘hombres que tienen sexo con hombres’ sin tener identidad gay). Incluir a estos grupos en la definición de comunidades GLBT es siempre un dilema, aunque cuando se discuten cuestiones de salud pública se suele hacerlo, dado que comparten con dichas comunidades riesgos y consecuentes necesidades sanitarias.

Plantear una reflexión sobre salud y comunidades GLBT no es sencillo, pues hasta inicios de los años 90 la Organización Mundial de la Salud mantuvo a la homosexualidad dentro de su Código Internacional de Enfermedades.¹ La reversión de esta indexación había comenzado hacia inicios de los años 70, cuando la Asociación Psiquiátrica Americana la retiró de la tercera edición de su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1997), publicada en 1973, dejando en ella sólo a la ‘homosexualidad egodistónica’ u homosexualidad rechazada por el individuo.² Claramente, la patologización de la diferencia sexual por parte de la ciencia médica oficial dejaba fuera de cuestión cualquier consideración de necesidades de salud en las poblaciones sexualmente diferentes que no plantease, además, abordar el ‘problema de fondo’.

De haberse mantenido esta postura del *establishment* médico, eso habría imposibilitado el planteamiento del derecho a la salud de la comunidad GLBT como un colectivo de individuos autónomos (presunción que implica salud mental), y también, por definición, el planteamiento de ‘derechos sexuales’ de las personas GLBT. Pero, aunque cambió, ello no revirtió de manera automática el conjunto de problemas que la situación previa había creado en relación con el acceso a la salud de las personas GLBT, relacionadas tanto al estigma y la discriminación por parte de los proveedores, como a la autoexclusión y ostracismo por parte de las mismas personas GLBT, y a la falta de conocimiento de los profesionales acerca de las necesidades de salud de éstas últimas y acerca de los abordajes que frente a cada una de ellas podían adoptarse.

Las dos últimas décadas han sido, sin duda, un período de muchos cambios culturales en relación con la sexualidad y el género, los cuales han influido en (y se han visto influidos por) el desarrollo de las agendas internacionales en relación con derechos reproductivos y sexuales,

¹ Aunque en 1985 Brasil optó por exceptuar la aceptación del ítem 302.0 de dicho código, que planteaba tal definición, a partir de la presión de grupos gay organizados (Terto, 2002).

² Ello no aplicaba, sin embargo, para las poblaciones transgénéricas.

de un lado, y derechos humanos, de otro lado. Las mismas nociones iniciales sobre identidades y comunidades gay y lésbicas fueron dando lugar a un consenso sobre la construcción social de la sexualidad, el papel político de la consolidación de identidades minoritarias y la diversidad de lo sexual, en parte recogida en el post-moderno discurso sobre lo *queer*.³ De alguna manera todo lo anterior ha conducido a la producción, tanto desde el activismo como desde los medios, de la comunidad (o comunidades) GLBT, crecientemente aceptada como una minoría o conjunto de minorías específicas, por varios Estados.

ENFOCANDO EL ACCESO A LA SALUD A PARTIR DE LA DIVERSIDAD

Cualquier intento por lograr una respuesta integral requiere de un entendimiento apropiado de la diversidad existente entre aquellos a quienes intentamos servir. En la mayor parte de sociedades, los miembros de las comunidades GLBT reflejan la diversidad de las personas en general.

Identidad sexual

Una dimensión fundamental de tal diversidad es, sin duda, la identidad sexual, y ésta, además, normalmente influye en la forma en que los individuos se aproximan a los servicios de salud (Guajardo, 2002; Manzelli & Pecheny 2002; Toro, 2002). La forma en que problemas de salud como el Sida han sido construidos socialmente como vinculados a la homosexualidad por lo general determinará una conciencia de riesgo incrementada particularmente en los hombres gay y bisexuales en relación con tales problemas.

La capacidad de discutir cuestiones personales en un servicio de salud es importante, y depende de la disponibilidad de servicios de confianza. En muchos casos, esto sólo está garantizado por servicios específicamente dirigidos a miembros de la comunidad GLBT, para cuya utilización una persona usualmente debe identificarse como miembro de la misma. Por otro lado, una persona identificada como GLBT en algunos casos estará dispuesta a presentarse de esa manera a proveedores de salud en servicios orientados a la población general, lo cual usualmente dependerá de factores como cuán pública es como GLBT (es decir, cuán 'fuera del *closet*'⁴ está), y cuánta apertura y confidencialidad le ofrece el servicio. Contrariamente, las personas que no se identifican como miembros de minorías sexuales (por ejemplo, hombres bisexuales identificados como heterosexuales), o que permanecen casi totalmente en el *closet*, usualmente están menos dispuestas a hablar a profesionales de salud de servicios orientados a la población general sobre problemas que ellos ven como directamente relacionados con sus prácticas sexuales.

³ Aunque su traducción del inglés llevaría a lo 'raro' en un sentido irónico, este término se utiliza en referencia a lo diverso, de una manera radical y posiblemente militante, en principio desde el punto de vista sexual, aunque extendiéndose a otros sentidos de ruptura con lo convencional.

⁴ La metáfora de un *closet* (armario) en el que se está o del que se sale ha sido tradicionalmente usada para aludir a un mantenimiento o ruptura del secreto sobre la sexualidad alternativa. La expresión se usa de manera relativa, haciendo referencia a públicos específicos frente a los cuales uno 'está en el *closet*' o 'sale de él'.

Ahora bien, aunque muchos gays, lesbianas o bisexuales pueden no adscribirse a los patrones de conducta pública que el resto de las personas asocian con la diferencia sexual, es decir, ‘pasan’ como heterosexuales, y pueden o no optar por revelar su condición sexual, ciertamente ésta no es una posibilidad para todas las personas GLBT. Muchas de ellas suelen ser cotidianamente identificadas como sexualmente diferentes. Más aún, las personas transgénéricas suelen haber optado de manera más permanente por una identificación pública con el otro género, y mayormente serán percibidas como transgénéricas (travestis, transexuales, etc.).

Etnicidad

El grupo étnico es otro espacio de diversidad. Los ‘latinos’ en los Estados Unidos ofrecen un ejemplo ilustrativo: El origen nacional plantea importantes diferencias entre ellos, así como el momento de la historia de sus familias en el que se produjo la migración. Las razones para ésta también son diversas, pero resulta de particular interés la migración producida en búsqueda de libertad sexual (Carrillo, 2002). Otra cuestión aquí es el grado de asimilación a la cultura mayoritaria, relacionada de forma importante al nivel educativo y la clase social. La integración de las comunidades latinas a la sociedad mayoritaria, que asume formas específicas en cada ciudad, es un factor estructural de gran importancia. Cuando se habla de grupo étnico, debe recordarse que cada grupo específico puede tener también un modelo etnomédico propio (en el sentido de entendimientos idiosincráticos de algunas dimensiones de la salud y la enfermedad).

En algunas sociedades, la oscuridad de la piel es fuente de estigma, y la combinación de estigma étnico y sexual puede ser objeto de exclusión social categórica, disminuyendo aún más las opciones laborales y el acceso a servicios.

Clase social, educación y nivel de ingresos

La clase social y el nivel de ingresos también son importantes, en la medida en que se relacionan con el grado en que la ‘salud’ es un bien valorado y protegido. Otras cuestiones de importancia son las normas sociales en relación con la salud y la sexualidad, así como, en otro terreno, la modalidad de acceso a los servicios de salud (si alguna), e incluso la capacidad de la persona para comprender y seguir prescripciones terapéuticas.

Edad

No debemos dejar de considerar la edad, en la medida en que se relaciona con una atribución variable de valor a la búsqueda de atención, así como a niveles variables de dependencia económica, de acceso a atención de salud, y de experiencia de *coming out*;⁵ igualmente, a patrones epidemiológicos específicos de cada edad y a una exposición a riesgos sexuales acumulada en el tiempo.

⁵ Nuevamente, la expresión alude al ‘*closet*’: Salir (del *closet*).

MÁS ALLÁ DEL SIDA: POBLACIÓN GLBT Y NECESIDADES DE SALUD COMPLEJAS

El VIH/Sida ha sido, sin duda, un crucial punto de partida para hacer visible a esta población y, paulatinamente, reconocer su legitimidad como objeto de esfuerzos programáticos orientados a promover y proteger la salud. Sin embargo, ya es tiempo de complejizar la mirada hacia la salud de las comunidades GLBT. Para comenzar, deben reconocerse las diferencias derivadas del hecho de que se trata de procesos inscriptos, al menos parcialmente, en el cuerpo, un cuerpo marcado por el género (categoría que, por lo demás, encierra también una diversidad que va más allá de la visión dual hegemónica).

Dean y colaboradores (2000) plantean una perspectiva interesante al listar los problemas más importantes de las comunidades GLBT en función de sus 'orígenes sociales'. Así:

- La 'conducta sexual' es origen de problemas como el VIH/Sida, las hepatitis A y B, la enteritis (por ejemplo, por giardia y ameba), otras ITS y el cáncer anal.
- Factores 'culturales' serían la base de los desórdenes alimenticios (debido al 'culto al cuerpo'); el uso de alcohol, tabaco y drogas; el cáncer de mama derivado de la nuliparidad femenina; los problemas de salud mental derivados de la nueva ansiedad en torno a la paternidad; y los conflictos especiales de las personas transgénericas (derivadas de la polaridad genérica hegemónica);
- La 'presión por definición de una orientación/identidad sexual y genérica' produciría depresión, ansiedad y suicidios; conflictos con la familia de origen; migración forzosa y desajustes económicos;
- El 'prejuicio y la discriminación' conducirían a visiones sesgadas de los proveedores, falta de sensibilidad, atención de baja calidad, discriminación laboral, habitacional y en el cuidado de niños; acceso limitado a atención y seguros de salud; la patologización de la diversidad de género, y los 'crímenes de odio';
- La "opción por 'permanecer en el *close?*'" conduciría a la automarginación en la búsqueda de atención preventiva, un retraso de la atención médica, o a una historia clínica incompleta o inexacta.

Cáncer

El cáncer de mama es el tema de salud más estudiado en las mujeres que tienen sexo con mujeres. Éstas parecen estar en mayor riesgo de desarrollar este problema debido a la mayor prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, el uso de alcohol y la nuliparidad, y también debido a su menor frecuencia de exámenes de mama (Haynes, 1995). En general, debido a su menor frecuencia de atención ginecológica pueden estar en mayor riesgo de morbilidad por cáncer ginecológico (Dibble, Vanoni & Miaskowski, 1997).

Entre los varones, además de los linfomas (tanto Hodgkin como no-Hodgkin, ambos asociados a la infección por VIH), se ha encontrado un mayor riesgo de desarrollo de cáncer anal (asociado a virus papiloma humano y lesiones anales escamosas intraepiteliales (Beckman et

al., 1989). La combinación de estos linfomas y el cáncer anal explican un riesgo incrementado en un 60% para todos los cánceres en la población homosexual masculina (Koblin et al., 1996).

VIH/Sida

El VIH/Sida se ha constituido en una epidemia devastadora de las comunidades gay, bisexuales y transgénéricas masculinas en casi todo el mundo. En la mayor parte de ciudades grandes de Europa y América, la prevalencia de la infección por VIH en estas poblaciones supera el 5%, y en algunos casos llega al 30% (Unaid, 2002).⁶ El 35% de los casos de Sida notificados en América Latina (Cáceres, 2002) y el 54% de los reportados en los Estados Unidos, corresponden a hombres que tienen sexo con otros hombres (CDC, 1999). La magnitud de la epidemia en la comunidad ha sido tan grande que inicialmente el Sida fue considerado una ‘plaga gay’ por el *establishment* médico y los medios; asimismo, dicho impacto, sentido al interior de las comunidades, motivó lo que fue visto como uno de los grandes cambios culturales resultantes de la epidemia: la adopción de prácticas sexuales ‘seguras’ por parte de fracciones significativas de los miembros de estas comunidades, cambio que incluso precedió a la difusión masiva de la noción de ‘sexo seguro’.

El advenimiento de terapias antirretrovirales efectivas, ampliamente disponibles en países desarrollados desde 1996, puede haber determinado una mayor aceptabilidad de ciertos riesgos en comunidades GLBT de estos países, con una disminución de la prevalencia de prácticas sexuales seguras y un aparente repunte de la epidemia en algunos grupos. Estas tendencias han generado no pocas controversias, y en todo caso han llevado a la conclusión de que es crucial mantener esfuerzos consistentes para prevenir nuevas infecciones, ahora en un contexto cultural en el que la infección ya no significa muerte.

Adicionalmente, el acceso a estas terapias por parte de muchas personas en ciertos países ha generado nuevos dilemas y retos: de un lado, la lucha por conseguir similar acceso en países en los cuales estos tratamientos no son cubiertos por los sistemas de salud y seguridad social, y, debido a su alto costo, son aún privativos de quienes tienen recursos económicos; de otro lado, el enfrentamiento de nuevas patologías resultantes de los efectos secundarios del tratamiento (por ejemplo, la lipodistrofia y las enfermedades cardiovasculares) así como de los problemas de adherencia al tratamiento, la cual se relaciona no sólo a la efectividad individual del mismo, sino también al posible desarrollo de resistencia a drogas, la cual tiene implicancias de salud pública.

⁶ Independientemente de que en algunos países, como Sudáfrica, por ejemplo, la prevalencia en poblaciones heterosexuales sea también muy alta. En Europa, las Américas y buena parte de Asia, sin embargo, la epidemia en población heterosexual es incipiente.

Otras infecciones de transmisión sexual – ITS

Las infecciones de transmisión sexual son más frecuentes en los hombres que tienen sexo con hombres (Council of Scientific Affairs, 1996). Aunque las tasas de estas ITS mostraron reducciones paralelas a las de la infección por VIH (y la adopción de prácticas protegidas), existen datos recientes de repuntes en la incidencia de gonorrea rectal y de sífilis en HSH (CDC, 1999), también paralelos a un repunte en la prevalencia del sexo anal no protegido.

Entre las mujeres que sólo tienen sexo con mujeres, las ITS son menos prevalentes que en mujeres heterosexuales o bisexuales, aunque entre ellas puede haber transmisión de virus papiloma humano, candidiasis, tricomoniasis y otras (Degen & Waitkevicz, 1982).

Salud mental e integración social

Tratando de completar esta visión con ejemplos de problemas de salud mental y social comunes, la depresión, la ansiedad y el suicidio (Dean et al., 2000); los desórdenes de la alimentación (anorexia y bulimia) (Silberstein et al., 1989); los ‘crímenes de odio’ o violencia homofóbica, la violencia sexual y la coerción sexual (Bradford, Ryan & Rothblum, 1994; Bradford & Ryan, 1988), así como la dependencia al alcohol, el tabaco y las drogas recreativas (Bloomfield 1993; Skinner & Otis, 1996), éstos son comunes en la sociedad en general pero más prevalentes en ciertos grupos de personas GLBT, en relación con la exclusión social, lo que en este caso adquiere la forma de estigma y discriminación, o más precisamente, de homofobia. También son prevalentes los problemas relativos a la vida emocional, incluyendo las relaciones con los compañeros y compañeras, así como cuestiones de parentalidad, y lo que se experimenta como ‘disfunciones sexuales’.

Las personas transgéneras, sin embargo, atraviesan situaciones especialmente difíciles. El estigma sobre ellas es particularmente opresivo, y resulta más limitante para la integración laboral y social. Para comenzar, la discriminación médica aún no ha sido eliminada, en tanto el llamado ‘desorden de identidad de género’⁷ es todavía un diagnóstico en el DSM-IV (APA, 1994). Aunque los autores del DSM-IV, sensibles a la crítica del diagnóstico como medio de control social, requieren que exista *distress* clínico significativo, o discapacidad en la función social, ocupacional u otras importantes para realizar el diagnóstico, dicho requisito es suficientemente vago como para dar amplio lugar a la interpretación subjetiva (Dean et al., 2000). Además de esta situación –que implica la persistencia de una base disciplinaria para el estigma– sufren problemas múltiples, derivados de la discriminación familiar y laboral. En muchos países de América Latina, en parte debido a su mayor exclusión social, menor acceso a servicios, y a la discriminación ocupacional que los impulsa a dedicarse al trabajo sexual clandestino, las personas transgéneras originalmente de sexo masculino muestran prevalencias

⁷ Fuerte y persistente identificación transgénera, que es el deseo de ser, o la insistencia en ser, del otro sexo; además, persistente incomodidad frente al sexo asignado, o un sentido de inadecuación en el papel genérico de dicho sexo (APA, 1994).

de infecciones de transmisión sexual que llegan a duplicar las prevalencias de la población de HSH en su conjunto (Cáceres, 2002).

ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN Y LAS RESTRICCIONES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS

El estigma como marca social genera discriminación, es decir, limitaciones en el ejercicio de los derechos civiles; en otras palabras, configura exclusión social (Toro, 2002). Como el estigma asociado a la diferencia sexual no es homogéneo (es decir, puede ser más o menos intenso según la presencia de factores ‘atenuantes’ o ‘gravantes’ en las personas discriminadas, así como según las características de quienes discriminan), produce también distintos grados y formas de discriminación en el ejercicio de derechos, incluyendo el acceso a servicios. El estigma asociado a la homosexualidad y la ambivalencia de género, asociado a un rechazo de patrones sexuales y de género heterodoxos, se ha potenciado con el estigma asociado al Sida y las ITS, asociado al temor a la degeneración y la muerte.

Las restricciones en el acceso a servicios tienen varias dimensiones, desde las más manifiestas hasta las veladas. En el primer caso se cuentan situaciones en las que personas GLBT pueden ser rechazadas abiertamente en un servicio, con el mensaje de que éste no está destinado a ellas; puede ocurrir también que el servicio sea brindado en el marco de un maltrato manifiesto. Puede darse también la situación de que, aun cuando sean recibidos y aparentemente haya una actitud receptiva, ésta se dé bajo la suposición de que se está realizando un acto de caridad generosa, y no cumpliéndose con un deber profesional frente a personas que ejercen el derecho a la salud. Independientemente de lo anterior, la calidad de los servicios prestados puede ser pobre a partir de un desconocimiento de situaciones más frecuentes en personas con estilos de vida GLBT (por ejemplo, consultas acerca de coito anal, o consultas de personas transgénicas).

La homofobia internalizada suele contribuir a esto: muchas personas renuncian a una atención de calidad por temor a ser rechazadas o por considerar que su problema eventual resulta de sus propias acciones. Así, pueden dejar de ir a un servicio o dan información incompleta o falsa, lo que dificulta su atención.

Existen factores agregados a los aquí mencionados, como, por ejemplo, los que afectan a muchos hombres que tienen sexo con hombres, que comparten con los demás varones muchos aspectos de la socialización hegemónica dependientes del género (Toro, 2002). Tanto la literatura sociológica como la de salud reproductiva reconocen que las ideologías de la masculinidad hegemónica imponen obligaciones sobre los hombres para ganar reconocimiento social como ‘varones’. Estas incluyen la asunción de riesgos físicos, el ser fuerte, el soportar el dolor y el ser sexualmente agresivo. Todos tienen impactos potenciales en la salud de los varones, incluyendo el riesgo de ITS. La idea de que la plenitud juvenil no es compatible con la enfer-

medad contribuye a distanciar a los varones, particularmente a los menores, de los espacios de atención de salud. En parte en razón de esto, los servicios orientados a varones muestran niveles de calidad limitados.

Aunque la existencia de servicios segregados, usualmente ofrecidos por organizaciones de servicios GLBT, es una solución para algunos, es posible que la solución más apropiada sea la integración de una perspectiva de diversidad sexual y de género en los servicios de salud, que asuma la posibilidad de clientes con diversas necesidades y les brinde una atmósfera de confianza que asegure la veracidad de la información proporcionada en la consulta. Ello ha de implicar transformaciones en el entrenamiento de los profesionales de salud y en el diseño de los servicios, lo cual demandará tiempo y compromiso político.

ENFOCANDO LA SALUD INTEGRAL DE LAS COMUNIDADES GLBT EN UN MARCO DE DERECHOS HUMANOS

¿Cómo podemos plantear el camino hacia una atención de salud integral para las comunidades GLBT?

Primero debemos asumir lo recomendado en las recientes recomendaciones de los organismos de Naciones Unidas para adoptar un enfoque de la salud basado en derechos. Según los tratados internacionales (entre otros, la Declaración Universal de Derechos Humanos,⁸ la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes,⁹ el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,¹⁰ el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,¹¹ la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,¹² y la Convención sobre los Derechos del Niño),¹³ todas las personas tienen los mismos derechos, y deben ser protegidas de la discriminación en el ejercicio de tales derechos. Según Maluwa (2002),

En el contexto del VIH/Sida, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas resolvió que ‘... la discriminación basada en el estatus de seropositivo al VIH o de Sida, real o presunto, está prohibida por la normativa internacional de derechos humanos existente, y

⁸ Adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 mediante la Resolución 217 A (III).

⁹ Adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1984 mediante la Resolución 39/46 de diciembre de 1984. Entró en vigencia el 26 de junio de 1987.

¹⁰ Adoptado por la Asamblea General mediante la Resolución de la A.G. 2200 (XXI), UN GAOR, 21st session, Supplement n. 16, UN Doc. A/6316 (1966). Entró en vigencia el 23 de marzo de 1976.

¹¹ Adoptado por la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966 mediante Res. A. G. 2200 (XXI); UN GAOR, 21st Session, Supplement n. 16 at 49, UN Doc. A/6316 (1966).

¹² Adoptada por la Asamblea General mediante la Resolución A. G. 34/180 del 18 de diciembre de 1979. Entró en vigencia el 3 de septiembre de 1981

¹³ Adoptada por la Asamblea General mediante res. AG 4/25 del 20 de noviembre de 1989. Entró en vigencia el 2 de septiembre de 1990.

que el término u otro estatus en las cláusulas de no-discriminación de los instrumentos internacionales de derechos humanos deben interpretarse como comprendiendo a la condición de salud, incluida la situación respecto del VIH/Sida'.¹⁴

Maluwa va más allá, al plantear cómo la discriminación contra los hombres que tienen sexo con hombres incrementa su vulnerabilidad a la infección por VIH y a la experiencia de medidas coercitivas y abusivas; y también incrementa la del resto de la población, pues los más afectados evitan deliberadamente los servicios de consejería preventiva, diagnóstico y tratamiento.

En segundo lugar, es preciso mejorar la información disponible para la planificación. En el caso de la infección por VIH (extensible a otros problemas de salud), se habla de esto como vigilancia de segunda –o incluso de tercera y cuarta– generación. La vigilancia de segunda generación se refiere al monitoreo de los niveles de riesgo comportamental en una comunidad; la de tercera generación correspondería al registro de las respuestas sociales a la epidemia, y la vigilancia de cuarta generación consistiría en el monitoreo de la situación del clima político y la situación de derechos humanos en cuanto al VIH/Sida. Para el resto de problemas de salud, sin embargo, es necesario construir todo un marco de investigación de la epidemiología y la sociología de la salud de las comunidades GLBT para la construcción de una acción programática orientada a ellas.

En tercer lugar, deberíamos adaptar nuestras opciones al contexto local de diversidad de los sistemas de atención, en términos de proveedores y fuentes financieras, y revisar viejas estrategias orientadas a la integralidad. Por ejemplo, el concepto de ‘minimización de oportunidades perdidas’ desarrollado en Salud Materno-Infantil en el sentido de ofrecer atención integral a individuos que se acercan por servicios específicos, es especialmente útil para planear la captación de personas GLBT que se acercan por servicios orientados a ITS o VIH para el ofrecimiento de otros servicios preventivos, tales como vacunas contra la hepatitis, otros exámenes de ITS, o la investigación de la presencia de otros problemas. En este sentido, la Gay and Lesbian Medical Association (GLMA, 2002a) sugiere que los hombres gay y otros HSH deberían discutir, como mínimo, los siguientes diez temas con sus proveedores: VIH/Sida/sexo seguro; uso de sustancias, ansiedad/depresión, inmunización contra la hepatitis, ITS, neoplasia de próstata, testículo y colon, alcohol, tabaco, dieta/ejercicios y papiloma anal. Asimismo, las lesbianas y otras mujeres que tienen sexo con mujeres deberían discutir con sus proveedores, como mínimo: cáncer de mama; ansiedad/depresión; cáncer ginecológico; dieta/ejercicio; uso de sustancias; tabaco; alcohol; violencia doméstica; osteoporosis; y salud cardiovascular (GLMA, 2002b).

Finalmente, en la medida en que muchos miembros de las comunidades GLBT están integrados en otras comunidades (por ejemplo, jóvenes), al planear servicios para éstas

¹⁴ Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos 1995/44; 1996/43, 1999/49; 2001/51 y Resolución de la Sub-Comisión 1995/21.

debemos sistemáticamente pensar en las necesidades de los integrantes GLBT de dichas comunidades, independientemente de que los usuarios y usuarias revelen sus preferencias o identidades sexuales.

Opciones para personas con identidad GLBT

Como opciones específicas para personas identificadas como GLBT, ciertas instituciones de salud tienen la capacidad de desarrollar programas de atención que enfocan aspectos físicos, mentales y sociales de la salud (incluyendo la homofobia, por ejemplo). Estos servicios pueden ser ofrecidos a los hombres que acuden por servicios específicos. Para ello, una aproximación multidisciplinaria sostenida por una red de referencia y contrarreferencia, así como por una buena planificación, sería esencial.

El entrenamiento del personal de salud sería clave en este caso, no sólo para desarrollar capacidades técnicas sino también para incorporar nuevas normas sobre salud, incluyendo la tolerancia y el respeto. Los puntos de entrada a este sistema pueden incluir tanto servicios especializados en poblaciones GLBT como servicios orientados al público en general. Una implicancia última de la existencia de tales programas, de modos integrados o más específicos, sería la toma de conciencia, por parte tanto de los clientes como de los proveedores, de que el acceso a la salud es un derecho, una forma en que su condición de ciudadanos es ejercida.

Opciones para personas no identificadas como GLBT

Las personas que no se identifican –o prefieren no identificarse– como GLBT, por lo menos con algún grado de apertura, tienen obviamente necesidades adicionales, y desafortunadamente se conoce poco sobre las formas más apropiadas para llegar a ellos en los servicios de salud generales. Claramente es importante desarrollar más investigación para identificar estrategias que permitan maximizar las oportunidades de visualizar las sexualidades alternativas en varios contextos clínicos, de modo de facilitar una relación más transparente y útil entre proveedores y clientes.

Puede preverse que el entrenamiento de proveedores de servicios de salud para comunicarse mejor con estas personas y ofrecerles una atmósfera de confianza que les permita hablar sobre sus vidas es crucial, y que es necesario desarrollar habilidades tanto técnicas como sociales. Los procedimientos de referencia y contrarreferencia, así como varios tipos de sistemas de apoyo, serían necesarios. Finalmente, una perspectiva de derechos es también fundamental tanto para personas identificadas como para personas no identificadas como miembros de comunidades sexuales alternativas, y ésta debe involucrar tanto la dimensión de derechos sexuales como la de salud como derecho humano. Ambas serán fundamentales, tarde o temprano, para el desarrollo de una conciencia pública donde la salud y el bienestar integrales sean una meta para todos.

CONCLUSIÓN

Luego de toda una historia de exclusión en las definiciones de normalidad sanitaria, se abre para las comunidades gays, lésbicas, bisexuales y transgénéricas la posibilidad de pensar en la salud como un derecho ciudadano. Aunque la diversidad intrínseca de estas comunidades es un reto para el diseño de una respuesta adecuada, resulta fundamental comprender mejor las experiencias de salud y enfermedad más comunes en ellas. Es también crucial abordar y comprender las actuales limitaciones en el acceso, y utilizar una perspectiva de derechos humanos y de integralidad, que permitan luego la aplicación creativa de estrategias para un progresivo, pero definido, aumento del acceso de estas comunidades históricamente excluidas a la protección de la salud por parte del Estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.ed. (DSM - IV). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1997.
- BECKMAN, A. M. et al. Human papillomavirus infection and anal cancer. *International Journal of Câncer*; 43:1.042-1.049,1989.
- BLOOMFIELD, K. A. A comparison of alcohol consumption between lesbians and heterosexual women in an urban population. *Drug and Alcohol Dependence*, 33:257-269, 1993.
- BRADFORD J. & RYAN, C. *The National Lesbian Health Care Survey*. Washington, D.C.: National Lesbian and Gay Health Foundation, 1988.
- BRADFORD J.; RYAN, C. & ROTHBLUM, E. D. The National Lesbian Health Care Survey: implications for mental health care. *Consulting and Clinical Psychology*, 52(2):228-242, 1994.
- CÁCERES, C. La epidemiología de la infección por VIH/Sida entre los hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe: situación actual y recomendaciones para la vigilancia epidemiológica. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: UPCH/Onusida, 2002.
- CARRILLO, H. *The Night is Young: sexuality in México in the time of Aids*. Chicago: University of Chicago Press, 2002.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2). *HIV/AIDS Surveillance Report*. Atlanta, GA: Midyear Edition, 1999.
- COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health care needs of gay men and lesbians in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 275(17):1.354-1.359, 1996.
- DEAN, L. et al. *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health: findings and Concerns*. Conference Edition (January 2000). <http://www.glma.org/policy/whitepaper/hpwp.html>
- DEGEN, K. & WAITKEVICZ, H. J. Lesbian health issues. *British Journal of Sexual Medicine*, 32:40-47, may 1982.
- DIBBLE, S. L.; VANONI, J. M. & MIASKOWSKI, C. Women's attitudes toward breast cancer screening procedures: differences by ethnicity. *Womens Health Issues*, 7(1):47-54, 1997.
- GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION - GLMA. *Ten things gay men should discuss with their health providers*. The Gay and Lesbian Medical Association. 17 July 2002a. <http://www.glma.org/news/releases/n02071710gaythings.html>

- GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION - GLMA. *Ten things lesbians should discuss with their health care providers*. The Gay and Lesbian Medical Association. 17 July 2002b.
<http://www.glma.org/news/releases/n02071710lesbianthings.html>
- GUAJARDO, G. Contexto sociocultural del sexo entre varones. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: UPCH/Onusida, 2002.
- HAYNES, S. Breast cancer risk: comparisons of lesbians and heterosexual women. In: BOWEN, D. J. *Cancer and Cancer Risks Among Lesbians*. Seattle: Fred Hutchinson Cancer Research Center Community Liaison Program, 1995.
- KOBLIN, B. A. Increased incidence of cancer among homosexual men, New York City and San Francisco, 1978-1990. *American Journal of Epidemiology*, 144:916-923, 1996
- MALUWA, M. A Rights-based framework for preventing the transmission of HIV among men who have sex with men. Document presented at an United Nations Inter-Agency Meeting on Working with Men who Have Sex with Men for HIV/Aids Prevention and Care, Geneva, Unaid, 2002.
- MANZELLI, H. & PECHENY, M. La prevención del VIH/Sida entre los hombres que tienen sexo con hombres. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: UPCH/Onusida, 2002.
- SILBERSTEIN, L. R. et al. Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine*, 51:337-346, 1989.
- SKINNER, W. F. & OTIS, M. D. Drug and alcohol use among lesbian and gay people in a Southern U.S. sample: epidemiological, comparative, and methodological findings from the Trilogy Project. *Journal of Homosexuality*, 30(3):59-92, 1996.
- TERTO, V. Conclusiones: la salud de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres. Retos para la tercera década de la epidemia de VIH/Sida. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: UPCH/Onusida, 2002.
- TORO, J. *La vulnerabilidad de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres a la epidemia de VIH/Sida en América Latina: el otro lado de la masculinidad*. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: UPCH/Onusida, 2002.
- UNAIDS. *Report on the Global HIV/Aids Epidemic*. Geneva: Unaid, 2002.