

# LA ATENCIÓN HOSPITALARIA: DE LAS PRÁCTICAS DEL EQUIPO DE SALUD A LA EXPERIENCIA DE PERSONAS HOMOSE- XUALES Y BISEXUALES

CONDICIONES DE  
VULNERABILIDAD AL  
VIH-SIDA E ITS  
Y PROBLEMAS DE  
ACCESO A LA ATENCIÓN  
DE LA SALUD EN  
PERSONAS  
HOMOSEXUALES,  
BISEXUALES  
Y TRANS  
EN LA ARGENTINA

Para obtener una información más detallada de las características metodológicas y los resultados obtenidos en el estudio sugerimos la lectura de los siguientes materiales:

Margulies, Susana; Stival, Matías y Name Julia,  
**El acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans: una aproximación desde los equipos de salud.**  
[www.msal.gov.ar/sida/investigaciones\\_informes.asp](http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp)

Margulies, Susana; Recoder, María Laura; García, María Guadalupe y Gagliolo, Gisela,  
**Sexualidad y vulnerabilidad al VIH en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans.**  
[www.msal.gov.ar/sida/investigaciones\\_informes.asp](http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp)

Núñez, Fabio; Sotelo, Juan y Recoder, María Laura,  
**Experiencias de estigma y discriminación en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans.**  
[www.msal.gov.ar/sida/investigaciones\\_informes.asp](http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp)

D'Elio, Fernando; Weller, Silvana y Recchi, Julia (colabs.),  
**Escenarios y estrategias para la prevención del VIH e ITS en la comunidad GTB.**  
[www.msal.gov.ar/sida/investigaciones\\_informes.asp](http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp)

# LA ATENCIÓN HOSPITALARIA: DE LAS PRÁCTICAS DEL EQUIPO DE SALUD A LA EXPERIENCIA DE PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES

Presentamos algunos de los resultados de la investigación "Condiciones de vulnerabilidad al VIH-Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina" desarrollada por la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) entre los meses de agosto de 2009 y julio de 2010 con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA, PNUD, UNFPA y el Programa de Antropología y Salud de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Se trató de un estudio exploratorio de carácter cualitativo realizado en 14 ciudades y localidades del país. Se entrevistaron 451 personas (218 personas homosexuales, bisexuales y travestis/trans y 233 profesionales y técnicos que trabajan en hospitales de las ciudades estudiadas)<sup>1</sup>.

Las relaciones entre el Estado, los Servicios de Salud, la sexualidad y los distintos individuos se han transformado innumerables veces en el decorrer de los últimos dos siglos, presentando siempre e ineludiblemente situaciones tensas y en conflicto. En la actualidad el papel del Estado argentino se orienta a proponer directrices y normatizar las acciones en el campo de la salud, así como velar

por el cumplimiento y la prestación de servicios de salud que **garantizan los derechos sexuales (atendiendo a su diversidad) y reproductivos de todas las personas** en el territorio. No obstante, garantizar acceso y calidad de atención respetando el derecho a la diversidad sexual supone, en gran medida, resignificar las representaciones y las prácticas de los integrantes de los equipos de salud, respecto del lugar y la valoración asignados a las sexualidades en su diversidad, dentro del proceso de atención. Sobre todo si creemos que los resultados de las políticas de salud son condicionados por el juego de interacciones entre los usuarios y los profesionales. En este marco, desplegamos a continuación resultados que describen **prácticas, circunstancias y experiencias en torno a los procesos de atención hospitalarios de personas gay y bisexuales**. En una primera instancia, mostraremos las distintas experiencias de atención de las personas gay y bisexuales entrevistadas. Y en un segundo momento, desagregaremos los distintos puntos de vista presentes en los equipos de salud de los hospitales que participaron en el estudio.

## Experiencias de atención de personas gay y bisexuales

Buscamos indagar aquí las relaciones entre las **modalidades de atención médico-hospitalaria y la orientación sexual**<sup>2</sup> de las personas, más específicamente sobre la orientación homosexual y bisexual. Nos preguntamos por los posibles tratos diferenciales, maltratos o dificultades de acceso que podrían sufrir estas personas cuando demandan atención. ¿Existe algún trato diferencial en los hospitales públicos por el hecho de ser gay o bisexual? ¿Cómo se sienten estas personas cuando son atendidas? ¿Cómo les gustaría ser atendidas? También nos preguntamos si existirían elementos, características o situaciones que facilitarían el acceso y mejorarían la calidad de atención de estas personas. Es en esta dirección que analizamos relatos de atención de personas gay y bisexuales que demandaron atención médica por diferentes problemas de salud: distintos padecimientos crónicos, eventos

1 **Ciudades y localidades que participaron del estudio:** Santiago del Estero, GBA-Corredor Sur, San Salvador de Jujuy, Olavarría, Neuquén, Mar del Plata, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mendoza, Salta, Rosario, GBA-La Matanza, Bariloche, Córdoba y San Miguel de Tucumán. Se realizaron **entrevistas semi-estructuradas**, con guía de pautas abierta y con preguntas específicas para cada grupo entrevistado.  
2 La **orientación sexual** refiere al deseo erótico y/o amoroso de una persona como parte de su sexualidad. Las **inclinaciones eróticas** de las personas son fluidas y cambiantes. Una clasificación de la orientación sexual según la **relación sexo-género-deseo** la divide en: **asexual** (ninguna elección de objeto de deseo), **heterosexual** (sexo opuesto como objeto de deseo), **homosexual** (mismo sexo como objeto de deseo), **bisexual** (opuesto o mismo sexo como objeto de deseo) y **pansexual** (múltiples objetos de deseo), entre otras.  
3 Se realizaron 218 entrevistas semiestructuradas a personas homosexuales/gay, bisexuales y travestis/trans de 14 ciudades del país. Los entrevistados fueron agrupados en cinco categorías: 1) homosexuales/gay (105 personas); 2) bisexuales (42 personas); 3) travestis/trans (57 personas); 4) heterosexuales (7 personas); y 5) otros (7 personas). Se trabaja aquí exclusivamente con las entrevistas de los dos primeros grupos.

graves, demandas de urgencia frente a situaciones violentas o accidentes, problemas emocionales<sup>3</sup>.

Como relatan los entrevistados, en algunas ocasiones, estas demandas tuvieron respuestas oportunas y adecuadas; en otras, en cambio, las personas se enfrentaron al maltrato y/o a la indagación sobre su orientación sexual sin motivo aparente. Si bien, en términos generales, los entrevistados manifestaron no haber vivido situaciones de maltrato o discriminación en el contexto de los servicios de salud por causa de su orientación sexual, sus relatos transitaron entre las buenas y las malas experiencias de atención. En ambos tipos de experiencia el lugar de la sexualidad en la atención se percibió y describió como una instancia tensa, incómoda, de difícil abordaje.

## Las buenas experiencias de atención

Encontramos tres aspectos comunes en las entrevistas a la hora de narrar buenas experiencias de atención en servicios de salud: la visibilidad, la reciprocidad y la noción de Derechos.

La idea de **visibilidad** refiere a las formas y los modos de presentación de la persona y está directamente asociada con las posibilidades de ocultar o no la orientación sexual: lo que se quiere mostrar/demostrar o no, lo que se nota y lo que no se nota. En el caso de algunas personas gay y bisexuales lo que se nota y/o lo que se muestra son modos, formas y sentimientos, “desviados” de las asignaciones (estereotipos) de lo masculino, de lo que supone “ser hombre” (las formas de hablar, de caminar, de vestir, por ejemplo). Frente a la visibilidad de los “amanerados”, las “locas”, los “putos” o las travestis, muchos entrevistados destacaron sus modos “reservados”, “discretos”, “tranquillos”, “relajados”.

Así, algunos entrevistados refirieron no haber vivido ningún tipo de trato diferencial en virtud de que “no se me nota”, “no se dan cuenta”.

**P:** ¿Vos nunca sufriste una actitud

*de maltrato en el hospital por tu orientación sexual?*

**R:** No, no para nada, no porque te vuelvo a repetir, no voy con un cartel que dice “me la como” “soy gay” (La Matanza, gay/homosexual)<sup>4</sup>.

(...) *lo que pasa es que yo no, vos me ves a mí y yo no parezco gay, dígame la verdad (...)* (Córdoba, gay/homosexual).

*No para nada, porque no saben si uno es gay o no (...)* a veces uno se da cuenta porque el hombre es muy afeminado (...) (CABA, gay/homosexual).

(...) *sí que he presenciado, gente que por ahí es muy afeminada y por ser afeminada se le cagan de risa (...)* (La Matanza, gay/homosexual).

También la **reciprocidad** en las relaciones es mencionada como un requisito indispensable para una buena atención. Algunos entrevistados señalaron que reciben buen trato porque “yo trato bien” “con educación”, “respetuosamente”, “sin ínfulas”, “no a los gritos”. En virtud de este esquema de reciprocidad, se presentaron situaciones en las que la base del maltrato reside en las actitudes y comportamientos de las propias personas que demandan atención:

(...) *los maricones son los que tratan mal a ellos, tampoco no podés ir con ínfulas de hacerte la gran diva y sos un asco como persona, de pronto vas a un médico y no podés ir alcoholizado ni drogado. Los médicos tienen una profesión, se mataron estudiando pero tampoco es para que venga un travesti de cuarta a humillarlos, eso es lo que pasa* (Neuquén, travesti/trans).

El correcto ejercicio del **derecho a la salud** debe garantizar acceso, calidad y gratuidad en la atención a todos los ciudadanos. Así, otros entrevistados consideraron que el buen trato se funda en el hecho de constituirse como sujetos de derecho y en función de ello operar los reclamos correspondientes para ser atendidos adecuadamente, si fuera necesario.

*Y algunos bien y otros mal, la última vez por el resfrío me atendió una doctora muy buena, porque algunos saben que vos tenés tus derechos y te podés quejar* (Santiago del Estero, travesti/trans).

(...) *los médicos, es un profesional, si trata mal a una persona se come un juicio, creo que para eso es un profesional, no creo que trate mal (...)* (GBA-Sur, bisexual).

## Las malas experiencias de atención

Se refirieron también, situaciones variadas en las que la orientación sexual se puso en juego generando un trato diferencial en la atención (desde la “incomodidad”, la burla hasta la negación de la misma).

En términos generales la **orientación sexual** de las personas gay o bisexuales parece quedar **implícita en la interacción** con el equipo de salud; sin embargo, **cuando emerge** provoca en la mayoría de las personas un malestar que puede convertirse en (mal)trato. La orientación sexual puede emerger en la relación ya sea por ser referida por la persona que demanda, o por ser supuesta o interrogada por algún miembro del equipo de salud.

Así, **expresar o no la orientación sexual al profesional** constituye una preocupación manifestada por muchos entrevistados: mientras algunos consideran positiva la posibilidad de expresar su orientación sexual, otros no lo consideran necesario. De hecho la inclusión de la orientación sexual durante la consulta resultó problemática desde distintos puntos de vista, como puede apreciarse en los siguientes extractos, tanto porque la indagación sobre la misma no guardó ninguna relación con el padecimiento,

(...) *cuando tuve hepatitis me hicieron 25.000 estudios, claro, pensaban que como era puto... (...) la A, la común, pero me dio de una manera tan virulenta, tan agresiva, que les llamó la atención (...) de hecho no tenía nada que ver que me preguntaran mi orientación sexual, por-*

<sup>4</sup> A lo largo del texto presentaremos **distintos testimonios de los entrevistados** que representan y refuerzan las ideas, sentimientos y prácticas que intentamos desplegar. Garantizando el anonimato, entre paréntesis se identifican la ciudad de pertenencia y la orientación sexual o identidad de género del entrevistado. En el caso de las entrevistas al equipo de salud, cargo, profesión o especialidad.

que era hepatitis A, me podría haber contagiado si fuera travesti o un bebé (...) (Mendoza, gay).

como porque su revelación produjo incomodidad en el médico:

(...) por ahí cuando le conté que había tenido hepatitis B, le quise comentar un poco cosas personales y como que cambió de tema o sea como que viste, ya está, y siguió con otra cosa, (...) obviamente que supo que yo era gay y habrá tenido miedo de que me gustara (Mar del Plata, gay).

Observamos también incomodidad cuando los profesionales asumen la **heterosexualidad** de la persona en la consulta y la expresan muchas veces, en comentarios y/o chistes que tensionan la interacción:

Eh... viste lo que yo te decía con el primer médico, él dio por descontado que yo no cogía y en la última entrevista él dio por descontado que yo era hétero y yo no aclaré ninguna de las dos cosas. Seguramente no se lo aclaré porque no me sentía cómodo (...) Se supone que tendrían que preguntarte cuál es tu condición sexual, te lo tienen que preguntar, no dar por supuesto. O sea "¿tu señora cómo anda?", esa pregunta tan boluda no te la tienen que preguntar abiertamente (...) (Neuquén, gay).

La **visibilización de la orientación sexual** de la persona a causa de la falta de privacidad y la violación de la **confidencialidad** de lo actuado en el accionar médico, son vividas como fuertes maltratos:

Cuando me hice ver el problema en el ano, el cirujano me hizo pasar una situación bastante horrible. Viene otro y le dice, mirá, es homosexual, [le dice] al otro cirujano y eso fue terrible para mí (...) [no hice] nada, aparte ya estaba puteando. Yo tipo era [expresión de hartazgo], que termine esto de una vez (...) viene otro médico y me mira ahí, tipo no, una mujer, eso sí me resultó bastante feo (La Matanza, gay).

La **responsabilización del paciente** por la enfermedad contraída asociada a una valoración moral negativa de las prácticas sexuales y de cuidado de las personas gay/homosexuales y bisexuales:

el primer médico ... me preguntó qué hacía, yo le dije que era trabajador sexual y se piensa que porque soy pendejo que no sé cuidarme (...) es como que me dijo ah, no te cuidaste, te agarraste sífilis porque no te cuidaste y yo lo que le dije, agarré y le dije, no, no es que no me cuidé, me cuidé, se me rompió el preservativo (...) me lo dijo mal, me fui, después volví y me atendió otra persona, una médica, que me sentí re-bien porque me trató bien y me dijo, bueno, esas cosas pasan (...) (Mar del Plata, bisexual).

Finalmente, la **imposibilidad de donar sangre** que tienen las personas gay/homosexuales y bisexuales.

Sí, sí, discriminan... puede llegar a pasar desde los enfermeros hasta los doctores. Me tocó a mí ir a donar sangre y vi la planilla que te hacen firmar en la cual vos ahí acreditás que estás apto para donar sangre y ahí dice que no podés tener relaciones sexuales con un hombre y que si las tenés te dicen que no podés, creo que sí, ese es un tema que me llamó mucho la atención porque yo no conocía de eso (...) (Jujuy, bisexual).

## Los equipos de salud en la atención de personas gay y bisexuales

Pero, ¿qué pasa en el trabajo cotidiano de los equipos de salud?, ¿cómo comprenden los distintos profesionales el lugar de la orienta-

ción sexual en la atención de las personas gay y bisexuales?, ¿cómo lidian con ella en las interacciones del día a día?, ¿cuáles son los significados y las prácticas vinculados al trato y a la atención de estas personas? Para acercarnos a algunas de estas respuestas desplegamos los resultados de 233 entrevistas realizadas a distintos integrantes de los equipos de salud de 13 hospitales de todo el país<sup>5</sup>. Agrupamos los relatos según distintos **puntos de vista** con respecto al **lugar de la orientación sexual en la consulta**. Puntos de vista que, atravesados por valores morales implícitos y/o explícitos, delimitan y definen las modalidades y las prácticas cotidianas en la atención de personas homosexuales y bisexuales.

### Una atención "universal" y "generalizada": "yo atiendo a todos por igual"

Frente a la pregunta "¿Hay cuestiones particulares a tener en cuenta en la atención de personas homosexuales y bisexuales?", la respuesta espontánea generalizada fue "NO": "yo atiendo a todos por igual", "no tendría por qué hacer diferencia", "es un paciente más", "se los trata como a cualquier otro paciente". Así la idea de hacer alguna diferencia o considerar alguna **"cuestión particular"** implicaría proceder de un modo **"no profesional"**. En varios casos esta idea fue formulada en forma explícita:

(...) Son pacientes como cualquier otro. Uno es un profesional, no hace diferencias (médico proctólogo).

(...) No, no. Ninguna [cuestión a tener en cuenta]. Ser profesional, nada más (enfermero).

Esta profesionalidad implica tanto la separación de **"la vida privada"** de las personas en el desempeño clínico como el poner entre paréntesis o suspender "lo que uno puede pensar de ellos":

Yo, en lo personal, no. (...) O sea, si

5 Los 13 hospitales que participaron del estudio fueron: GBA-Corredor Sur, San Salvador de Jujuy, Olavarría, Neuquén, Mar del Plata, Mendoza, Salta, Rosario, GBA-LaMatanza, Bariloche, Córdoba, San Miguel de Tucumán y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fueron consultados al respecto distintos profesionales: médicos (88), bioquímicos (5), enfermeros (62), farmacéuticos (11), psicólogos (13), técnicos (10), trabajadores sociales (13), voluntarios/consejeros en VIH (3) y personal administrativo (28), en un total de 233 entrevistas.

*un paciente es homosexual, bisexual o travesti o lo que fuera, mi conducta no [varía] (...) porque en realidad, el interés que uno pone es clínico, uno no tiene interés en la vida privada (médico infectólogo).*

*No, a todos iguales. Más allá de lo que uno pueda pensar de ellos, no, la atención (...) va a ser igual para todos (enfermero).*

**“Ser profesional”** supone así ser capaz de distinguir “la parte privada” (de la persona) de la “parte profesional”. Empero, esa expresión constituyó una “fórmula” con frecuencia desmentida por la presencia ineludible o la influencia de la “parte privada” en las relaciones clínicas. De este modo la fórmula se completaría: además de ser capaz de distinguir “la parte privada” de la “parte profesional”, cuando la primera aparece se debe procurar o hacer un esfuerzo por “tomarla” con “naturalidad”, intentar poner entre paréntesis la propia moralidad.

### Una atención “particular” y diferencial: del buen trato a la discriminación

No obstante, algunos entrevistados propusieron rasgos específicos a tener en cuenta en la atención de estas personas:

- “Les gusta que los traten con más suavidad, con más cariño.”
- “Es más la atención de la madre al hijo.”
- “Yo trato de que se [sientan] cómodos”, “que se sientan a gusto”, “contenidos”.
- “(...) de que ven que acá alguien (...) los recibe bien (...) Lo he abrazado, lo saludo con la mano como para que...”.
- “Estar muy atentos”, alertas frente a los “gestos o expresiones” propios.
- Utilizar palabras “neutras”.

Este trato especial y cuidado refle-

ja en algunos casos **visiones estereotipadas** sobre las personas gay y bisexuales y en otros una preocupación por contener las propias apreciaciones sobre el otro. En los dos casos la sexualidad de la persona que demanda atención se desdibuja, se opaca.

También son numerosos los casos en que los entrevistados dieron cuenta de **situaciones de rechazo** explícito o expresiones de burla por parte del personal de salud que, en ocasiones, impactan directamente en la realización de procedimientos y prácticas de atención:

*Vos lo ves en las actitudes de los colegas: ponerte más lejos cuando tenés una entrevista o por ahí no revisarlo o no tocarlo. Yo lo noto. (...) No lo dicen abiertamente pero vos notas un rechazo. Se hacen las cosas, obviamente, pero yo creo que sí, que [rechazo] hay (médico generalista).*

Los relatos de situaciones de rechazo o de (mal)trato son siempre referidos a terceros cercanos integrantes de la misma institución quienes, en su accionar, “ellos” (colegas, médicos, compañeros) marcan **la persistencia de inaceptables prácticas discriminatorias**. Opera así una pauta de censura contra estas manifestaciones y acciones discriminatorias por la cual se marca **un umbral de lo que puede ser dicho o actuado** en las interacciones con personas homosexuales y bisexuales. Sin embargo, es posible observar cómo, en los casos de muchos entrevistados, este “discurso esperable” y “políticamente correcto” combina tópicos, convenciones y estereotipos sobre lo “normal” en las prácticas sexuales y sociales, provenientes de un repertorio de clasificaciones estigmatizadas y estereotipadas. Así, encontramos argumentaciones contradictorias que empero no llegan a percibirse como tales:

*El tema de la homosexualidad en*

*relación con mi profesión lo vivo de la misma forma como el tema de la delincuencia. O sea yo no soy juez, soy enfermero. Entonces yo, si la persona es homosexual o tiene una orientación sexual diferente... no tengo por qué juzgarla, tengo que atenderla lo mismo que a un delincuente, el que robó, el que mató y qué sé yo, para mí es una persona, necesita atención mas allá de toda miseria y de toda cosa... No creo que es un delito (enfermero).*

### La “homosexualidad riesgosa”

Tanto las críticas al trato diferencial y/o al (mal)trato (realizadas desde posturas “universalistas” y “posicionamientos liberales”<sup>6</sup>) como la pauta de censura que define lo que es posible decir y hacer y lo que no, respecto a la homosexualidad en la atención médica, se pierden en los mismos relatos, a la hora del desarrollo de **consideraciones técnicas** o cuando se explicitaron las medidas de precaución para la realización de prácticas a pacientes homosexuales y bisexuales:

*Acá se utiliza un axioma que es un poco nefasto, diría yo, pero que es una realidad que es que los pacientes homosexuales, entre comillas, siempre es una generalidad, deben tomarse como VIH hasta que se demuestre lo contrario. Porque están asociados a conductas promiscuas. Es un axioma del cirujano, entonces cuando operamos a un homosexual y no conocemos su origen, no tiene una pareja estable, etc., doble par de guantes, gafas y ciertas maniobras de protección por esto, porque en general están asociados a las conductas promiscuas. (...) Entonces en las prácticas se toman precauciones que a veces, por decirte, con los heterosexuales no se toman (médico urólogo).*

*(...) que sea homosexual pero que tenga prácticas que no perjudiquen*

6 Un estudio realizado por Weller sobre sexualidad y servicios de salud identificó cuatro modelos de respuesta por parte del equipo de salud a la hora de incluir el tema de la sexualidad en la consulta. Estos son: a) el *modelo liberal* (similar al que aquí se describe); b) el *modelo autoritario normativo*; c) el generado por *la presión que ejerce el modelo biomédico* que obliga a separar lo biológico de lo social y subjetivo y d) el *modelo “conflictivo”* que caracteriza a los profesionales que logran percibir la tensión pero no encuentran todavía herramientas técnicas para dar respuesta. Weller, S., “Serviços de saúde e sexualidade: uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão”. Teses de doutorado. UNICAMP, Campinas/SP. 2004. <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000374325>

*a otras personas, como sexo oral, entonces se los deja, no para lo último, se les dice que esperen porque hay un paciente que vino de la urgencia (...) es lo que ocurre en el hospital. Pero no son discriminados, por ahí puedan tener estas expresiones, “me deja para lo último”, puede llegar a pasar, pero no son discriminados* (enfermero).

Podemos observar la presencia de la **asociación homosexualidad/conducta de riesgo/promiscuidad/VIH/sida**, referida tanto de manera implícita como explícita, en muchas de las entrevistas analizadas. Esta asociación condiciona las prácticas en la atención de las personas gay/bisexuales, mostrando la persistencia de la construcción histórica de “grupos de riesgo” y el conjunto de significaciones morales negativas asignado a “los homosexuales” con relación al origen y “difusión” de la epidemia del VIH-sida. La asociación homosexualidad/conducta de riesgo/promiscuidad/VIH/sida, estigmatiza, discrimina e impide comprender **los contextos de vulnerabilidad** que condicionan las formas de enfermar de estas personas.

Las tensiones entre lo “universal” y lo “particular”  
Remarcamos también la cuestión relativa a la universalidad y simultánea selectividad o gradación en la adopción de las precauciones en el trabajo. En particular fueron los enfermeros quienes, a pesar de reconocer la necesaria aplicación de las precauciones con **todos** los pacientes, al mismo tiempo reconocieron que respecto de la atención de pacientes homosexuales y bisexuales:

- “uno presta un poquito más de atención”,
- “la gente toma más precauciones”,
- “el cuidado lo tengo que extremar”,
- “con ellos en particular, sí, se debería tener más bioseguridad”,
- “hay que extremar las medidas”.

Esta atención mayor, estos cuidados que se extreman, frente a los pacientes homosexuales y bisexuales transforma a estos en pacientes

“codificados” o pacientes de “bioseguridad”. Pacientes que son diferenciados de otros, de “los heterosexuales” y a los que se trata diferencialmente en función de un riesgo equivocadamente asignado. Esto se contradice reconocidamente con la pretendida universalidad de las precauciones. Es posible observar cómo en un mismo relato se afirma la universalidad a la vez que se la niega, mostrándonos las variadas interpretaciones y sentidos –en disputa– otorgados por los distintos actores a sus prácticas cotidianas (vinculadas con la seguridad en el trabajo).

Así, mientras tomar recaudos especiales en la realización de prácticas estandarizadas universalmente resulta aceptable, no son aceptadas la “burla”, el “rechazo a atender” y otras manifestaciones homofóbicas. Vemos aquí con claridad el umbral de lo que puede ser dicho y hecho en la atención de personas gay y bisexuales y cómo operan, en tensión, los procesos de discriminación en la atención de estas personas.

## Algunas consideraciones para la gestión

- El análisis de las entrevistas nos permite reconocer los límites en la producción del discurso sobre los derechos de las personas gay y bisexuales con relación a su atención en el contexto de los servicios de salud. Observamos estos límites en las tensiones entre la universalidad y la particularidad de las prácticas de atención y cuidado, por un lado; y en las asociaciones estigmatizadas entre homosexualidad, promiscuidad y VIH/sida, por otro.
- Estos límites definen parte de las dificultades actuales de las personas para acceder a una atención oportuna por sus padecimientos y ratifican la continuidad de mecanismos de rechazo y discriminación en los servicios de salud.

Pero, también y al mismo tiempo, desencadenan procesos de reflexión y crítica por parte de ciertos actores profesionales, en relación con la responsabilidad de atender, haciendo “suyo” un universo de pacientes fuertemente estigmatizados pero también desconocidos para ellos. Consideramos necesario pensar estas tensiones en un contexto de fuerte y profunda movilización por el reconocimiento y el ejercicio del derecho a la diversidad sexual (y a la identidad de género), en donde se entrecruzan y disputan viejos y nuevos valores y criterios sobre la sexualidad y sus límites (o su falta).

- Vimos cómo este lugar tenso y confuso, explícito o implícito que se le asigna a la orientación sexual en la atención es vivenciado por las personas que demandan atención como “preocupación”, “incomodidad”, incertidumbre, “humillación” y “maltrato”.
- Para la mayoría de las personas (profesionales y **usuarios** del sistema de salud) es bastante difícil hablar sobre sexualidad. Esta es vista como algo privado, íntimo. Sin embargo, como vimos, las sexualidades (todas ellas) están presentes aunque silenciadas y juegan un papel importante muchas veces en las interacciones entre usuarios y equipo de salud. Así es preciso sobreponerse a las tensiones y vencer los límites establecidos por las prácticas y las rutinas profesionales ofreciendo el espacio para que la subjetividad de las personas gay y bisexuales emerja con comodidad en el proceso de atención.
- Esta tensión entre lo universal y lo particular la podemos encontrar también (ya no en el nivel de las prácticas, sino en el de la planificación y gestión de los servicios de salud), cuando recorremos las propuestas y modelos de atención para personas gay, bisexuales y *trans* implementados en otros países. Así, por ejemplo, algunas experiencias de atención dentro del modelo de salud pública inglés proponen consultorios especializados en sexualidades, respetando una ideología universalista de la

atención. Del lado opuesto, podemos observar experiencias en Estados Unidos, de consultorios especializados para la atención de personas gay y bisexuales, otros para la atención de personas lesbianas y otros para personas trans, remarcando las particularidades de cada grupo.

- A mitad de camino, desde la DSyETS estamos trabajando en la conformación de **equipos especializados en la atención de personas homosexuales y travestis/trans** en distintos hospitales del país, que nos permitan mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención.

**Dirección de Sida y ETS**  
**MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno  
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
República Argentina  
(005411) 4379-9017

[dir-sida-ets@msal.gov.ar](mailto:dir-sida-ets@msal.gov.ar)  
[www.msal.gov.ar/sida](http://www.msal.gov.ar/sida)

Septiembre de 2010