

PERCEPCIÓN DE PERSONAS DE ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL RESPECTO DEL ENFOQUE HACIA LA DIVERSIDAD SEXUAL UTILIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD VALDIVIA, CHILE

HOMOSEXUAL INDIVIDUALS' PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES' APPROACH TO SEXUAL DIVERSITY IN VALDIVIA, CHILE

RESUMEN

Introducción: La población diversa sexualmente ha sido poco considerada en su especificidad por el sistema de salud, el que omite sus requerimientos y demandas particulares. **Objetivo:** Describir las percepciones de usuarios/as homosexuales respecto a la atención brindada en el nivel primario de salud en la ciudad de Valdivia, en el sur de Chile, en su enfoque hacia la diversidad sexual. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo. La información se recolectó mediante entrevista semiestructurada, y procesada utilizando análisis de contenido. **Resultados:** Los temas específicos que afectan y preocupan a esta población son la prevención de infecciones de transmisión sexual y salud mental. A su vez, existe preocupación por la salud de mujeres lesbianas, asociado a la pesquisa tardía de cáncer cervicouterino y mamas debido a la inasistencia a controles ginecológicos y las dificultades de ejercer su derecho reproductivo. Emerge, por último, la preocupación por la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a la diversidad sexual. **Discusión y conclusiones:** Hay preocupación por algunos temas específicos de salud que coinciden con la literatura. Se perfila claramente la necesidad de generar cambios en nuestro sistema público de salud, los cuales han de abordar su complejidad cultural e institucional a través de acciones que trasciende la mera capacitación del personal de salud. Estos cambios deben originarse desde las autoridades gubernamentales, adecuando transversalmente el modelo de salud familiar e implementando programas específicos de salud que aborden la diversidad sexual.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Percepción de atención de salud, Homosexualidad, Diversidad sexual, Heteronormatividad.

ABSTRACT

Introduction: Sexually diverse individuals have been given little consideration in the health system, which does not address their particular needs and demands. **Objective:** To describe the perceptions of homosexual users with regard to the care provided by primary health services in the city of Valdivia, in southern Chile, and their approach to sexual diversity. **Methods:** qualitative, descriptive study. The information collected was through a semi-structured interview, and processed using content analysis. **Results:** The specific issues that affect and concern this population are the prevention of sexually transmitted infections and mental health. In turn, there is concern for the health of lesbian women, in terms of the late detection of cervical and breast cancer, due to their irregular attendance to gynecological appointments, and the difficulties they face in exercising their reproductive rights. Finally, the concern for the quality of life of older adults belonging to sexual diversity emerges. **Discussion and conclusions:** There is expressed concern for specific health issues that coincide with the literature. There is a clear need to generate changes in our public health system, which must address its cultural and institutional complexity through actions that go beyond the mere training of health personnel. These changes must be spearheaded by governmental authorities, who should transversally adapt these to the family health model and implement specific health programs that address sexual diversity.

Keywords: Primary health care, Perception of health care, Homosexuality, Sexual diversity, Heteronormativity.

María José Montecinos
Matrona, Magíster en Salud Pública. Instituto Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
m.montecinosmundaca@gmail.com

Ana María Silva
Socióloga, Doctora en Filosofía y Letras. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso, Chile

Artículo recibido el 12/07/2018.
Aceptado el 14/11/2018

INTRODUCCIÓN

Existen subgrupos poco considerados en su especificidad por el sistema de salud, como los son la población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexuales (LGBTI), también llamada de la diversidad sexual, ya que no han sido estudiados sus requerimientos y demandas particulares en salud.

En Chile, las personas de 18 años o más que se identifican como gay o lesbianas, equivalen a un 1,04%, lo que comprende a 146.001 habitantes¹. Sin embargo, esta cifra probablemente esté subestimada, por el temor a la discriminación que genera el reconocimiento de la homosexualidad en nuestro país.

A nivel local no existen datos estadísticos respecto al número de personas que se identifican como homosexuales, sin embargo, de acuerdo al último censo validado en nuestro país (año 2002), Valdivia cuenta con 140.559 habitantes, con una proyección hasta el 2013 de 164.600 mil habitantes², infiriendo, a partir de este último dato, que la población local gay o lesbiana sería de aproximadamente 1712 personas.

Al hablar de problemas de salud identificados en esta población, la asociación automática es hacia las tasas elevadas de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que para el año 2015 llegó a 2.1 millones los nuevos casos a nivel mundial³. En Chile, la mayor alza se presentó el 2011 con una tasa de 9,6 por 100 mil habitantes, siendo la vía sexual la principal causa de transmisión, y dentro de ella, mayoritariamente las prácticas homo/bisexuales⁴. Pero también existen otros problemas de salud prevalentes en esta población, reconocidos a nivel mundial: depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, suicidio o ideas de suicidio por estrés crónico, aislamiento social y poca asistencia a los servicios de salud⁵. Y en el caso específico de las mujeres lesbianas, la muerte por cáncer de mama y cáncer cervico uterino es uno de los temas poco abordados⁶.

Considerando todo lo mencionado, y teniendo más o menos claro algunos de los problemas de salud reconocidos en la población que se identifica como homosexual, cabe señalar que en Chile no existen estudios que recolecten información respecto a las demandas y percepciones de la población homosexual respecto a la Atención Primaria de Sa-

lud (APS); ni a su nuevo modelo de salud familiar que incita a la atención integral de las personas⁷, el cual se caracteriza por su énfasis en la promoción y prevención de salud de todas las personas, reemplazando al antiguo modelo biomédico por uno biopsicosocial.

Por esta razón, se hace relevante poder investigar, a través de los testimonios de las propias personas homosexuales, cuáles son sus demandas y necesidades específicas que requieren cubrir en salud y con esa información poder proponer programas de salud pertinentes e inclusivos.

En consecuencia, el objetivo de este estudio fue describir las percepciones de usuarios/as homosexuales respecto a la atención brindada en el nivel primario de salud en la ciudad de Valdivia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo y descriptivo, el cual detalla los relatos obtenidos a través de una entrevista semiestructurada, la cual incluyó cuatro grandes temáticas: necesidades específicas en salud, experiencias en relación a la atención brindada en el nivel primario de salud, opiniones respecto a la atención en el nivel primario de salud desde una mirada hacia la diversidad sexual y las expectativas de una atención adecuada en salud con enfoque de diversidad sexual.

Los y las participantes fueron hombres y mujeres homosexuales, con experiencia de haber recibido atención directa o indirecta en APS de Valdivia durante su vida y que desee participar en la investigación, además de autorizar la grabación de la entrevista, previa lectura del consentimiento informado y firma de éste.

La primera selección fue de manera intencionada, dada la dificultad de acceso a esta población. Se realizó un acercamiento hacia la Agrupación por la Diversidad en Valdivia (VALDIVERSA), solicitando su colaboración, obteniendo cuatro participantes. A través de éstos, se inició el contacto con sus grupos de amistades o círculo de conocidos/as, aplicándose, en esta segunda instancia, la técnica de muestreo bola de nieve, que concluye con la participación de 12 personas (seis hombres y seis mujeres), logrando la saturación de la información. De ellos, cinco fueron activistas de VALDIVERSA, y siete no activistas.

La técnica de recolección de datos fue por una en-

trevista semiestructurada individual, para lo cual se utilizó un guión de preguntas diseñadas por las investigadoras a partir de la literatura revisada y el objetivo de la investigación. Se realizó validación del instrumento por medio de dos pruebas piloto con personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, realizando las modificaciones sugeridas.

Las entrevistas fueron realizadas en lugar, fecha y hora acordada entre la investigadora principal y participantes, ejecutando la transcripción de las grabaciones de manera literal, a más tardar una semana después de cada entrevista para mantener la estricta veracidad de los datos. Estos fueron procesados a través de análisis de contenido, las entrevistas fueron vertidas en una matriz Microsoft Excel, agrupando las respuestas en torno a categorías de análisis pre establecidas y no preestablecidas que emergieron de las entrevistas. Finalmente, se analizó el conjunto de respuestas con códigos coincidentes o relacionados.

El resguardo del rigor necesario de ésta investigación se realizó considerando los siguientes aspectos: validación del instrumento, aplicación de un mismo instrumento al conjunto de participantes, búsqueda de la saturación de datos en el contexto de los plazos del estudio, y la transcripción literal de las entrevistas asegurando confiabilidad. Se logró realizar devolución de la codificación a 8 de los/as participantes para la verificación de la información entregada, quienes coincidieron con lo interpretado por la investigadora. La codificación realizada por la investigadora, tuvo a la vez una revisión por parte de una segunda profesional investigadora, en este caso, coautora. Se mantuvo en todo momento la confidencialidad de los datos personales de quienes accedieron a participar en esta investigación. Además de la aprobación por parte Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED) de la Universidad de Valparaíso.

RESULTADOS

El grupo de 12 entrevistados/as está distribuido en igual proporción entre sexo femenino y masculino. Coincidentemente, la mayoría está en etapa de adultez temprana (entre 21 a 36 años) y una en adultez media (41 años). En cuanto a la ocupación, cuatro de los participantes tienen relación directa con el área de la salud (tres salud y uno farmacia). Es pre-

ciso mencionar que las mayores dificultades para el acceso a los/as participantes, se encontró en el grupo de mujeres, ya que socialmente mantienen su orientación sexual en el anonimato. Se llegó a ellas a través de contactos de los primeros participantes, quienes informaron de este trabajo y solicitaron su posible participación.

Durante el desarrollo de la investigación se evidencia una alta demanda de temas específicos que afectan a la población diversa sexualmente, como la salud sexual y reproductiva, siendo reiterativo durante las entrevistas la necesidad en la prevención de infecciones de trasmisión sexual, con enfoque hacia la diversidad sexual, como lo menciona Salvador:

“El VIH es preponderantemente, o se encuentra preponderantemente en personas de orientación homosexual o que han tenido sexo con hombres, y eso no puede ser una urgencia desatendida (Salvador, P74).”

Y no sólo en el caso de los hombres, en el caso de las mujeres la preocupación está dada por la invisibilización, que finalmente genera desconocimiento de los profesionales y las mujeres respecto a la salud sexual y reproductiva en la población lesbiana, por ejemplo:

“Yo creo que, con respecto a las enfermedades de trasmisión sexual, sí, y es una necesidad súper grande que yo creo que está de lado (Carol, P25).”

“El riesgo de cáncer de mama también la literatura dice que es alto en mujeres lesbianas por esta nuliparidad (Simone, P20).”

Se reclama a la vez, la escasa oportunidad de acceso hacia la maternidad biológica en este grupo de mujeres, siendo la limitante principal la barrera económica, por no existir esta opción en el sistema público para ellas. A continuación, se exponen algunas frases donde se evidencian estas demandas:

“... que el servicio público te ayude, por ejemplo, a nosotras a la mujeres lesbianas en el tema de la fertilidad, de poder tener hijos a través de ese sistema que no sea sólo privado (Maca, P17).”

“Tampoco existe una política para la fertilización de mujeres lesbiana, para la posibilidad de tener

tratamientos de inseminación artificial, por ejemplo, no los hay” (Simone, P16).“

“La inseminación, es un punto clave, porque nosotros no podemos engendrar hijos, eso está más que claro, pero si hay posibilidades, y es una oportunidad muy carísima (Andrea, P22).“

“Entonces hay una barrera económica para poder, en el fondo, formar familia que es un derecho humano universal (Diego, P19).“

En base a las dificultades con el reconocimiento de la orientación sexual, que ocurre principalmente en la adolescencia, es que se mencionó frecuentemente la necesidad de considerar la salud mental de la población adolescente y el trabajo con ella. Y que idealmente, esto sea tratado en conjunto con el sistema educacional, donde los y las adolescentes se encuentran como población cautiva, reforzando a su vez las medidas de prevención del bullying:

“Se me había olvidado hablar también durante toda la entrevista sobre la parte psicológica, también es súper necesario, creo yo (Diego, P49).“

“Para la población homosexual se me ocurren las siguientes que te mencionaba; niño y adolescente ¿Por qué no mezclar la salud con la educación en ese nivel? tratar en colegio los temas de diversidad, desde el CESFAM, por los casos de bullying (René, P67).“

“La diversidad sexual la gente no la descubre cuando es mayor de edad, la descubre antes, entonces necesariamente hay muchos jóvenes que están desprotegidos (Diego, P38).“

Los entrevistados/as también mencionan sus expectativas de cómo mejorar el actual sistema de APS, sobre todo, en cuanto a los prejuicios y la discriminación, que se evidencia a través de las actitudes de los profesionales, tanto en el lenguaje verbal y principalmente no verbal.

“Se asume yo creo de manera rotunda la heterosexualidad, porque te empiezan a preguntar inmediatamente eso, antes de decir ¿Qué orientación tiene usted?“ (Fabiola, P34).“

“El sólo hecho de ¡No la acompañó su pololo!

¡No la acompañó ni su marido!... Entonces te vas dando cuenta de que no puedes seguir conversando con esa persona cosas tan personales tuyas. (Charlotte, P20).“

“Un silencio en los profesionales que denota un poco de miedo, también de falta de preparación, falta de herramientas digamos habilidades blandas” (Pedro, P14)

También deben mejorarse los programas de salud, donde se proponen prestaciones y campañas, con enfoque hacia la diversidad sexual, evitando la discriminación o negación a través de la invisibilización de esta población en los afiches promocionales, material educativo y en la entrevista en la consulta.

“Cuando tú ves la guía del Chile Crece Contigo y esta familia hermosa, que se acompañan en el parto y tú ves que siempre es un hombre el que está con la mujer. Entonces te da entender que tú no eres parte de eso, tú no entras en ese esquema... (Simone, P26).“

“Cuando ya no consideramos que hay todo un conjunto de posibles manifestaciones de la sexualidad, es bastante violento, es contribuir a la discriminación” (Salvador, P41).“

Otro tema de preocupación persistente es el resguardo de la confidencialidad de los y las pacientes, la cual sienten vulnerada en no pocas ocasiones.

“Hay gente que tiene miedo a los prejuicios –un profesional, de repente no tiene mucha ética y le puede contar a otra persona–, entonces van con ese susto (Carol, P12).“

“Tú vas a buscar cualquier examen, ojo cualquier cosa que tenga relación con tu vida privada y los funcionarios lo gritan, ¡Oye y donde está éste! O casi ¡Como salió (examen)! (Rodrigo, P6).“

“Siento que no está capacitada para atender las necesidades específicas, más aún de mujeres, porque sienten que no hay riesgos entre ellas: ¡Ah para qué te vas hacer el PAP te va decir si tú no tienes relaciones con hombres! (Simone, P6).“

Y por último, se menciona también la poca incorporación del enfoque de la diversidad sexual en

el nuevo modelo de salud familiar. Esto obedecería, según las entrevistas, a la poca aceptación social en nuestro país de las familias diversas, emergiendo en este punto la afectación o poca inclusión de poblaciones de riesgo etario, como son los/as adultos/as mayores.

“Lo que pasa es que evidentemente no nos aceptan a nosotros como familia, tenemos un país en que nosotros no existimos como familia. Recién está el acuerdo de unión civil que está reconociendo de a poco a nuestras garantías cuando lo firmamos. (Fabiola, P40).”

“Siento que hay muchos homosexuales y lesbianas adultas mayores; que cuando van a sus controles de adulto mayor y le preguntan por ejemplo si tienen familia, con quién viven, ellas dicen con una amiga porque no pueden decir con su pareja... Entonces tampoco hay un enfoque para la geriatría en el mundo homosexual, porque generalmente esas personas llegan a viejo y sin hijos, porque los sistemas antes no le permitieron, algunas personas que querían no le permitieron tener. Por lo tanto, llegan y con una jubilación pobre y no tiene ayuda de hijos. Entonces más pobres son, entonces estas personas sí o sí llegan al sistema público, y hasta los últimos días no son tratadas como una familia, como debe ser (Simone, P28).”

DISCUSIÓN

Tal como ha sido evidenciado en otros estudios, los hombres tienen menos dificultad en el reconocimiento de su orientación sexual, lo que coincide con esta investigación, donde la totalidad de ellos se reconocen homosexual a nivel público. A diferencia de las mujeres, donde tan sólo una de las participantes lo reconoce públicamente, pero sólo en determinados contextos. Situación que obedecería a este actual sistema social –el llamado sistema patriarcal– donde aún existe un predominio de la autoridad a favor de los hombres, que afecta también a mujeres lesbianas. Como lo planteó una de las entrevistadas, que mencionó que independiente de la orientación sexual, se asume la inferioridad como algo inherente a ser mujer, que no permite que exprese su sexualidad de manera libre y abierta, a diferencia de la mayoría los hombres, indepen-

diente de su orientación sexual⁸.

Ahora bien, en el área de la salud, como se menciona en los relatos, es importante hablar de práctica sexual (y no de orientación sexual), sobre todo asociado al riesgo de contagio de ITS y VIH, ya que la orientación sexual no define la conducta sexual o la debida protección con la que se realice la actividad sexual. Por esta razón, es que se incorpora a nivel internacional los términos ‘hombres que tienen sexo con hombres’ (HSH) y ‘mujeres que tienen sexo con mujeres’ (MSM)⁹, permitiendo que la atención en salud y la promoción de ésta, se centre en la conducta sexual segura, y no exclusivamente en la orientación sexual de las personas.

Otro aspecto a considerar, respecto específicamente a la errónea relación de orientación sexual y riesgo en la salud sexual, es la despreocupación del sistema sanitario por las mujeres lesbianas, incentivado por los mitos respecto al nulo contagio de ITS o VIH entre ellas, el cual fue otro de los puntos mencionados durante la investigación. Mitos que pueden ser refutados ya que sí existe contagio de ITS entre mujeres, y además estudios demuestran que hasta un 80% de mujeres que se identifican como lesbianas, en algún momento de su vida mantuvieron relaciones sexuales con hombres¹⁰, pudiendo también contraer en ese momento alguna ITS o VIH. Se subestima así el riesgo de contagio y se obstaculiza el acceso al sistema de salud, por esta falsa sensación de protección al identificarse como lesbianas. Lo que a su vez, impide la completa cobertura de los programas de pesquisa temprana tanto de cáncer cervicouterino y de mamas en estas mujeres, evidenciando la disparidad existente frente a estas problemáticas de salud entre mujeres lesbianas y heterosexuales, como lo describe Buchmueller y Carpenter¹¹. Disparidad además presente a la hora de ejercer el derecho reproductivo, ya que en Chile, si bien existe un programa para el estudio y tratamiento de la infertilidad, éste es totalmente dirigido a la infertilidad en parejas heterosexuales¹².

Las afecciones de la salud mental fue otra situación manifestada durante las entrevistas, la cual estaría presente sobre todo en la adolescencia, por el reconocimiento de la sexualidad que ocurre generalmente en esta etapa. The American Academy of Pediatrics recomienda que los profesionales de la salud hablen sobre sexualidad, incluyendo temas de orientación sexual, sin prejuicios con los y las

adolescentes, incluyendo a la familia, de manera cautelosa y pertinente¹³. Esta actividad pudiera estar favorecida por el modelo de salud familiar y comunitario, presente en la APS de nuestro país, que se caracteriza por la entrega de una atención que considere a las personas en su integralidad física, mental y como seres sociales que responden a un contexto familiar y comunitario.

Sin embargo, los y las entrevistadas perciben este modelo como excluyente, no solo para la población homosexual sino que para la población LGTBI en general, ya que no son considerados como familia por la sociedad. Porque si bien en nuestro país existe actualmente la Ley Acuerdo de Unión Civil¹⁴, el reconocimiento socio-cultural es un trabajo a largo plazo, más aun para que sea incorporado dentro de las políticas de salud. Ejemplo de ello es la documentación que rige este modelo de salud familiar, que es indiscutiblemente heteronormativo⁷, contribuyendo a la exclusión de la población no heterosexual.

Esta situación de heteronormatividad, se refleja también al suponer que el usuario o usuaria que tiene al frente mantiene una relación con alguien del sexo opuesto, siendo invisible para los prestadores de salud otras manifestaciones de la sexualidad. Este hecho los y las entrevistados/as lo indican como una falta de capacitación del personal de salud. Situación coincidente con un estudio que plantea que la falta de capacitación y conocimiento de los proveedores de salud en relación a esta temática, dificulta la atención¹⁵. Otros autores incluso sostienen que la razón para no revelar la orientación sexual dentro de una atención de salud –aspecto que no varía de lo planteado por los y las participantes de esta investigación– incluye el desconocimiento del personal en relación a la temáticas de la diversidad sexual, la homofobia del personal de salud, y la poca confianza respecto a la confidencialidad de los datos¹⁶⁻¹⁹. Esta situación potencia nuevamente la exclusión de esta población en salud, y aún peor, la autoexclusión, cuando ésta está asociada a la población homosexual adulta mayor. Esta población es enfática en manifestar que dentro del programa de salud del adulto/a mayor, debe incluirse el abordaje de la orientación sexual, ya que las personas homosexuales habitualmente están solos en esa etapa, debido a que en ocasiones no cuentan con hijos/as porque que el sistema no se los permitió. Y en caso de te-

ner pareja, ésta es invisibilizada, presentada como relación de amistad, no siendo considerada como una red de apoyo primaria dentro de la atención en salud.

Esta invisibilización de la diversidad sexual en la atención de salud, obedece también, a que no existen políticas de salud destinadas a la diversidad sexual, excluyendo implícitamente a esta población. Si se considera que en el Artículo 2º de la Ley chilena antidiscriminación contempla como discriminación arbitraria “Toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución”²⁰, esta exclusión incluso se puede suponer como discriminación. La constitución chilena que debe entregar un “libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” por parte del Estado, lo cual es inherente al ser humano, sin distinción²¹.

CONCLUSIÓN

Es necesario mencionar que nuestro país vive un proceso de reconocimiento de la diversidad sexual, principalmente en lo jurídico, a través de la Ley antidiscriminación²⁰ y la Ley de acuerdo de unión civil¹⁴. Reconocimiento mucho más lento a nivel social, razón por la cual existió dificultad en el acceso a la población estudiada en ésta investigación, transformándose en una limitación para la recolección de datos, haciendo que este acceso sea factible, en primera instancia, a través del único grupo formal y organizado de activismo por la diversidad sexual en la ciudad de Valdivia. Y luego de ello, se llega a los/as demás participantes que no pertenecen al activismo formal, pero con una red social coincidente, lo que puede llevar de alguna forma a un eventual sesgo, por ser una muestra homogénea, tanto en edad, nivel educacional y nivel de conciencia respecto a los problemas planteados.

Sin embargo, la información entregada es valiosa para esta investigación, sobre todo la percepción de ser poco representados/as como población de la diversidad sexual en el ámbito de la salud, enfatizando en el área de la salud sexual y reproductiva, donde su incorporación ha sido superficial y enfo-

cada principalmente a la prevención de transmisión de VIH/SIDA, olvidando temas importantes como la reproducción, el placer, la protección también hacia otras patologías, y la poca preocupación hacia la salud de mujeres lesbianas. Emergiendo a su vez la preocupación por la población adulta mayor que se identifica dentro de la diversidad sexual y que eventualmente podría estar aún más invisibilizada, con todos los riesgos asociados a esto, ya sea en su salud mental o aislamiento, sumado a los problemas de salud propios de su grupo etario.

Además de la capacitación del personal sanitario sobre salud y diversidad sexual, también es importante la creación de programas de salud específicos para la atención de la población no heterosexual. Nuestro país no puede quedar atrás en estos cambios, y podría tomar como ejemplo a otros países de Latinoamérica, como Uruguay con un capítulo exclusivo para el trabajo con la diversidad sexual dentro de sus guías en salud sexual y reproductiva²². Argentina cuenta igualmente con guías para los equipos de salud en cuanto al trabajo con personas transexuales²³, tema que también está pendiente en nuestro país. O como Brasil, a través de su programa Brasil sin homofobia²⁴. Todos estos cambios, sin lugar a duda, van en favor de la calidad en salud y de vida de las personas, ya que la salud es derecho universal e ineludible para todas/as, sin distinción alguna, lo que incluye claramente a la diversidad sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Diversidad sexual [en línea]. Santiago, Chile: MDS; 2015 [consultado el 15.03.2018]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_Diversidad_Sexual_18102016.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda [en línea]. Chile: INE; 2002 [consultado el 15.03.2018]. Disponible en: http://www.inelosrios.cl/contenido.aspx?id_contenido=13
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Estadísticas básicas VIH/SIDA [Internet]. Departamento de Salud y Servicios Humanos. 2016. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
- Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. Rev Chil Infectol [en línea]. 2015 [consultado el 15.03.2018]; 32(Suppl 1): 17-43. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000100003>.
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Avances y desafíos de la situación de las personas LGBT a 15 años de que la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad [en línea]. Washington, DC: 2015 [consultado el 19.03.2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10964%3A2015-lgbt-health-sees-progress-and-challenges&Itemid=1926&lang=es
- Chile. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Cáncer. Santiago: MISAL; 2016.
- Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, dirigido a equipos de salud [en línea]. Santiago: 2013 [consultado el 19.03.2018]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Facio A, Fries L. Feminismo, género y patriarcado. Acad Rev sobre enseñanza del Derecho [en línea]. 2005; 3(6):259–94. Disponible en: http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf
- Evans M, Cloete A, Zungu N, Simbayi L. HIV Risk Among Men Who Have Sex With Men, Women Who Have Sex With Women, Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations in South Africa: A Mini-Review. Open AIDS J [en línea]. 2016 [consultado el 19.03.2018];(10):49–64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893624/pdf/TOAIDJ-10-49.pdf>
- Sancho R, Savoie C, García A, Álvarez C, Montero E, Portero I, et al. Informe sobre salud sexual, vih y otras its en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) [en línea]. Madrid: FELGTB; 2012 [consultado el 19.03.2018]. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/1057/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/90c/filename/2012-felgtb-salud-sexual-vih-y-otras-its-en-msm.pdf>
- Buchmueller T, Carpenter C. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000–2007. Am J Public Health [en línea]. 2010 [consultado el 21.03.2018];100:489–495. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075319>

12. Chile. Ministerio de Salud. Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad [en línea]. Chile: MINSAL; 2015 [consultado el 21.03.2018]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD_2015 FF\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD_2015 FF(1).pdf)
13. Frankowski B. Sexual Orientation and Adolescents. *Am Acad Pediatr* [en línea]. 2004 [consultado el 25.03.2018];113(6):1827–32. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/6/1827.full.pdf>
14. Chile. Ministerio secretaria general de gobierno. Ley 20830: Crea el Acuerdo de Unión Civil [en línea]. Chile: MSGG; 2015 [consultado el 25.03.2018]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1075210>
15. Meckler G, Elliott M, Kanouse D. Nondisclosure of Sexual Orientation to a Physician Among a Sample of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* [en línea]. 2006 [consultado el 25.03.2018];16(12):1248–54. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/205827>
16. Cochran S, Mays V. Disclosure of Sexual Preference to Physicians by Black Lesbian and Bisexual Women. *West J Med* [en línea]. 1988 [consultado el 25.03.2018];149(5):616–9. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1026562&blobtype=pdf>
17. Perrin E. *Sexual Orientation in Child and Adolescent Health Care*. New York: Spring; 2002.
18. Dean L, Meyer I, Robinson K, Sell R, Sember R, Silenzio V, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc* [en línea]. 2000 [consultado el 29.03.2018];4(3):101–51. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/334/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/91f/file-name/2000-dean-l-lgbt-health-findings-and-concerns.pdf>
19. Diamant A, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med* [en línea]. 2000 [consultado el 29.03.2018];9(10):1043–51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115206>
20. Chile. Ministerio secretaria general de gobierno. Ley 20609: Establece medidas contra la discriminación [en línea]. Chile: MSGG; 2012 [consultado el 29.03.2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092&idVersion=2012-07-24>
21. Chile. Constitución Política de la República de Chile [en línea]. Chile; 1980. Disponible en: http://www.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/constitucion_politica_2009.pdf
22. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Diversidad Sexual [en línea]. Uruguay: Dirección General de la Salud Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género; 2009. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/SSYSR - Diversidad Sexual.pdf
23. Argentina. Ministerio de Salud. Atención de la salud integral de personas trans: Guía para equipos de salud [en línea]. Argentina: MSAL; 2015 [consultado el 02.04.2018]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud integral-personas-trans.pdf>
24. Brasil. Ministerio de Salud. Brasil Sin Homofobia: Programa de Combate a la Violencia y la Discriminación contra GLTB y de Promoción de la Ciudadanía Homosexual [en línea]. Brasil: MS; 2004 [consultado el 02.04.2018]; Disponible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_brasil_sin_homofobia.pdf