




DERECHO EN SALUD DE LAS PERSONAS LGTBIQ+ EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN



Constanza Valdés Contreras
Consejera Instituto Nacional de
Derechos Humanos.

Derechos en Salud de las personas LGTBIQ+ en la Nueva Constitución

Introducción

El derecho a la salud y sus derechos relacionados han sido una de las grandes demandas de la ciudadanía respecto a la nueva constitución y el proceso constituyente. Consignas y demandas como “salud digna”, “salud para todos/as”, “por el derecho a la salud mental”, son algunas de las que se han visibilizado en el marco de las movilizaciones nacionales que hemos vivido en los últimos años y han tenido un impacto en las discusiones políticas y nacionales. Activistas por los derechos de las personas LGTBIQ+ han recalcado en este contexto la importancia de avanzar hacia una salud libre de violencia y discriminación a raíz de las situaciones que se han visibilizado en el ámbito de la atención en salud. Sin embargo, esta no es la única arista que se ha analizado respecto a la salud y dicha población.

En este contexto, los derechos en salud de las personas LGTBIQ+ no solamente se refieren a prestaciones de salud libre de discriminación y violencia, sino que también al derecho a la salud con perspectiva de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y un sistema de salud que sea equitativo para todas las personas. Si entendemos los derechos en salud de las personas LGTBIQ+ de esta forma podremos observar que éstos giran en torno a muchas aristas más que solo el derecho a tener una atención en salud libre de discriminación y de violencia. Esta visión nos permitirá avanzar en torno al análisis de la necesidad de reconocer que la salud, dentro de una visión amplia, requiere una especificidad en torno a varios aspectos cuando nos referimos a una población en particular. En este caso, la falta de políticas públicas, ausencia de formación de profesionales de la salud en estas materias, entre otros problemas, se ha debido a una visión restringida sobre el derecho a salud.

Es por esto que proponemos que el derecho a la salud y los derechos en salud requieren un diseño normativo que permita la especificidad para reconocer derechos a las personas LGBTIQ+ y la elaboración de políticas públicas y leyes que permitan avanzar en esta materia.

La realidad de las personas LGBTIQ+ en Chile

Durante los últimos años en nuestro país se ha ido avanzando progresivamente al reconocimiento de los derechos de las personas LGBTIQ+. Desde la despenalización de las relaciones sexuales de personas del mismo sexo en 1999 hasta la promulgación de la ley de matrimonio entre personas del mismo sexo (llamado igualitario) en 2021, se han ido aprobando leyes y políticas públicas con el objetivo de reconocer los mismos derechos a las personas independientemente su orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales. Sin embargo, la discriminación y la violencia sigue estando presente hacia las personas LGBTIQ+ en nuestro país.

En efecto, han transcurrido décadas pero si observamos las discusiones políticas y sus argumentaciones para negar el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTIQ+ de inicios de la década de los 90 o de los 2000 y las comparamos con la actualidad, podremos observar que no ha existido un cambio en este ámbito. Expresiones haciendo alusión a la biblia, lo “antinatural” de reconocer derechos a las personas LGBTIQ+, entre otras, siguen vigentes en los discursos políticos que se emiten en el Congreso, debates políticos y otros espacios.

De esta manera, tal cómo ha señalado Oscar Contardo, *“algunas ideas, por absurdas que parezcan, pueden perdurar en el tiempo, camuflarse dentro de otras y sobrevivir. En ocasiones- cuando alguien las desafía- es probable que cambien, se adapten a las nuevas condiciones o que, incluso, terminen, por perder cualquier importancia”*(1). El ascenso y cada vez mayor visibilización de discursos anti derechos en el ámbito público, sumando recientemente también a un ex candidato presidencial de extrema derecha, José Antonio Kast, nos muestran que estas ideas perduran en el tiempo aún cuando en sus discursos señalen que no son conservadores.

A raíz de esta realidad podemos afirmar que la situación, aún cuando se haya avanzado en el ámbito de la legislación y políticas públicas, no ha cambiado sustancialmente. Las estadísticas nos muestran que las tasas de violencia y discriminación han ido en un aumento progresivo.

La organización Movilh que realiza anualmente un informe anual sobre derechos humanos de la diversidad sexual y de género en Chile recientemente publicó un gráfico estadístico respecto al aumento de casos denunciados de discriminados que la organización recibe desde el año 2002 hasta el año 2022 (2). Las cifras más altas de denuncias se han dado en los últimos 4 años. El año 2018 se contabilizaron 698 hechos, el 2019, 1013, el 2020, 1266 y el 2021, 114 casos. Si bien es importante recalcar que la mayoría de los casos de discriminación no llegan a ser conocidos o denunciados, por diversas razones, las cifras son ilustrativas para comprender la percepción de las personas LGBTIQ+ respecto a la discriminación.

En el ámbito de la realidad de discriminación de las personas trans, el estudio Encuesta T de Organizando Trans Diversidades, y respecto a las mujeres lesbianas y bisexuales, la encuesta “Ser lesbiana en Chile” de Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio son ilustrativas para ir complementando respecto a cifras en este ámbito.

Las cifras que podemos obtener sobre discriminación y violencia son principalmente de estudios y sondeos de las organizaciones de la sociedad civil. Lamentablemente en nuestro país las variables respecto a la discriminación, los crímenes de odio y la realidad de las personas LGBTIQ+ no son incorporadas por las instituciones estatales para contar con dichas estadísticas. La exclusión de estas variables contribuyen lamentablemente a la invisibilización y desconocimiento de la realidad y sobre todo, impide una elaboración específica y dirigida de políticas públicas hacia dichas personas.

Sumando a lo anterior, debemos enmarcarnos también en el contexto chileno que vivimos actualmente. La desigualdad social, los niveles de desempleo, las problemáticas de vivienda, los conflictos socio ambientales y el cambio climático nos afecta a todas las personas de igual manera en ciertos niveles pero de forma distinta en otros. Esto es algo que debemos entender y se relaciona directamente con el concepto de interseccionalidad, acuñado por Kimberlee Creenshaw, y que se refiere a las formas en las cuales una situación afecta a un grupo particular de la población y en las cuales se conjugan diversos factores. De esta forma, podremos entender que al hablar de derecho a la salud, derecho al trabajo, entre otros, y referirnos a una población en particular, no se está exigiendo un tratamiento diferenciado en cada tema o ámbito, sino que se refiere a de qué forma dicha temática o derecho afecta a dicho grupo de personas.

En razón de esto, entender la realidad de las personas LGBTIQ+ es enfocarnos en sus particularidades, en cada uno de los grupos, y el contexto macrosocial. Desde esta posición también podemos plantarnos para la elaboración de políticas públicas y el reconocimiento de derechos, puesto que así podremos hacernos cargo también de las desigualdades.

Derecho a la salud en la nueva constitución ¿Hacia dónde?

Uno de los problemas de la constitución de 1980 respecto a los derechos dice relación con la regulación de los llamados derechos sociales. Dicha regulación ha tenido problemas estructurales en torno a la exigibilidad de dichos derechos, además de tener una escueta regulación al respecto. En este sentido, Leticia Morales nos señala que “tanto la doctrina como la jurisprudencia nacionales consideraron a los derechos sociales constitucionales (derecho a la atención de la salud y derecho a la educación) como meramente declaraciones o directivas programáticas sin contenido determinado, protegiendo solo el aspecto negativo del derecho, esto es, respectivamente, la libertad de adquirir asistencia sanitaria en el mercado de la protección de la salud y adquirir educación en el mercado de oferta educacional”(3)

De esta forma, la constitución actual reconoce el derecho a la protección de la salud, sin embargo su regulación con ausencia de este derecho conceptualizado como un derecho humano (y social), y un deber del Estado que no se vincula directamente tampoco con un Servicio Nacional de Salud ni una institucionalidad clara ha tenido como consecuencia una regulación escueta respecto a este derecho. En la práctica, como consecuencia de dicha regulación y el Estado subsidiario, se ha creado una división entre la salud pública y privada. De esta forma, “la norma constitucional actual sobre el derecho a la salud busca y tiene éxito en generar paralelismos institucionales entre una salud para las ricas y otra para las pobres. Lo anterior entorpece el objetivo de la libertad de todas y de la solidaridad” (4) . Lovera y Contreras lo señalan de igual manera al manifestar que “el derecho a la protección a la salud o el derecho a la seguridad social, confían su satisfacción a mecanismos de mercado. En el caso sanitario, la constitución establece un derecho que garantiza siempre la libertad de elegir entre un sistema privado o público de salud (art. 19.9), el cual, además, está protegido por la acción de protección (art.20)”(5)

A raíz de este panorama, un Sistema Nacional de Salud, un seguro único de salud, el reconocimiento de la salud digna, la regulación de los medicamentos, la salud mental y un enfoque de género, derechos humanos y pluricultural han sido algunas de las demandas que se levantaron al inicio del proceso constituyente en torno al derecho a la salud en la nueva constitución.

La discusión constitucional que se ha radicado principalmente en la comisión de derechos fundamentales se ha enfocado en los elementos estructurales que han afectado a la regulación constitucional en el ámbito del derecho a la salud. Asimismo, y como lo hemos señalado, se ha dado la discusión respecto a la interseccionalidad y la focalización de distintos grupos de personas en torno al derecho a la salud. Esto es importante puesto que el asunto de fondo no es si establecer un derecho a la salud para cada grupo o persona en particular, sino que una regulación normativa que permita el goce y ejercicio de dicho derecho para todas las personas sin discriminación ni limitaciones, sean formales o materiales. Desde aquí nos posicionamos para la discusión respecto al derecho a la salud.

Entender el derecho a la salud desde un enfoque social también implica un cambio en el rol del Estado respecto a los derechos sociales. La constitución de 1980 reconoce el derecho a la salud desde una óptica liberal, lo que ha significado que su enfoque se orienta principalmente a una institucionalidad dual, entregando un rol fuerte en esta materia a los privados y relegando otra, al sistema público. En este sentido, reconocer el derecho a la salud desde una óptica social no constituye un cambio de paradigma si no se modifica el concepto de Estado subsidiario que encontramos en la constitución actual. En efecto, que se reconozca el Estado Social y Democrático de derecho (no un estado garante desde una mirada neoliberal) tiene consecuencias directas respecto a la garantía, tanto política y financiera, de los derechos fundamentales que una constitución reconoce, especialmente aquellos de corte social.

En este sentido, consideramos que las reformas necesarias respecto a un Sistema Nacional de Salud público, entender y regular el derecho a la salud como un derecho social y un derecho humano, reforzando la responsabilidad que le corresponde al Estado y al sistema de salud público en esta materia son elementos principales y fundamentales a la hora de avanzar en reformas estructurales en esta materia. Además de lo anterior, integrar los principios y características de solidaridad, universalidad, gratuidad, equidad, no discriminación, pluriculturalismo, participación, son fundamentales para este nuevo sistema de salud que queremos crear.

Por aquello, es inviable pensar en derechos sexuales y reproductivos, derecho a la salud mental, derecho a vivir una vida libre de violencia, derecho a la no discriminación, entre otros, que involucren a las personas LGBTIQ+ en relación a la salud si es que no se parte de la base estructural de una concepción distinta del derecho a la salud.

¿Derechos a qué?

Las personas LGBTIQ+ requieren, al igual como todas las personas, el goce y ejercicio equitativo de los derechos fundamentales que la constitución y las leyes reconocen. Desde este punto de vista, bien podríamos señalar que existe un tronco común en torno a las necesidades y demandas sobre las mejoras normativas que requiere el derecho a la salud. Sin embargo, es preciso ahondar en especificidades relacionadas con la realidad de las personas LGBTIQ+ y las prestaciones asociadas al ámbito de la salud. Respecto a esto, haremos una clasificación temática sobre los elementos que consideramos importante al momento de pensar en derechos en salud de las personas LGBTIQ+ en la nueva constitución

i) La discriminación y violencia en el acceso a la salud

Las personas LGBTIQ+ se enfrentan constantemente a la discriminación y violencia en el acceso a la salud, específicamente a las instituciones y prestaciones requeridas. Cuestionamientos y prejuicios hacia las personas por su identidad y expresión de género, orientación sexual son situaciones comunes en el acceso a la salud tanto pública como privada. Algunas medidas que se han dictado al respecto han sido las circulares N° 21 y N° 34 del Ministerio de Salud que permiten el reconocimiento del nombre social de personas trans en la atención de salud en los servicios públicos. Asimismo, durante muchos años las organizaciones de la sociedad civil también han asumido la labor de concientización y de formación en torno a la realidad de las personas LGBTIQ+.

Sin perjuicio de lo anterior, la discriminación y la violencia sigue estando muy presente en el ámbito de la atención en la salud pública y privada también y las causas de ésta son importantes para avanzar en torno a las soluciones para su erradicación. En este sentido creemos que la formación de profesionales en el ámbito de la salud y la elaboración de protocolos para la erradicación de la violencia y discriminación en el acceso a la salud son elementos sustanciales para lograr dicho objetivo.

ii) Salud sexual y reproductiva

Las personas LGBTQ+, especialmente mujeres lesbianas, bisexuales y trans, evitan acudir a ciertos profesionales de la salud o instituciones con el objetivo de acceder a la salud sexual y reproductiva. La principal razón es la discriminación y cuestionamiento que reciben al momento de acceder a una atención de salud en este ámbito. Para ejemplificar, el Estudio Ser Lesbiana en Chile nos muestra que el 68 por ciento de las mujeres encuestadas, declaró no haber acudido a centros de salud a realizarse exámenes de autocuidado por miedo a ser discriminadas.

Es común lamentablemente que se cuestione la orientación sexual y existan prejuicios relativos a supuestos comportamientos sexuales solo por su identidad u orientación. En este sentido, a consecuencia de la ausencia de una ley de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, estas realidades han sido muchas veces invisibilizadas o incluso dejadas de lado en la elaboración de políticas públicas. Este problema deja en evidencia que el asunto no es esencialmente en materia de formación de profesionales de la salud sino que también apunta a una falta de perspectiva de género, ausencia de leyes y de reconocimiento de derechos al respecto.

iii) Salud y personas trans

En este ámbito, vemos que las principales problemáticas son la falta de regulación expresa del acceso a terapias hormonales e intervenciones quirúrgicas, y las permanentes situaciones de discriminación en los centros de salud. En nuestra legislación no se reconoce como derecho el acceso a dichas terapias e intervenciones y solo contamos con algunas normas administrativas que regulan esta disposición. La primera de estas es la vía clínica para la adecuación corporal de personas con incongruencia entre el sexo y la identidad de género, dictada por el Ministerio de Salud el año 2011, que puede ser definida como una guía técnica que establece criterios para regular el tránsito psicológico y físico de una persona trans.

En este marco, las cirugías de reasignación sexual no son consideradas operaciones con fines cosméticos ni personales, sino intervenciones que favorecen la adopción satisfactoria de la identidad de género con la que la persona se identifica. La vía clínica fija tres grandes etapas en el procedimiento que, a su vez, se componen de distintas fases: intervenciones en salud mental (incluyen una evaluación inicial, psicoterapia, consejería, seguimiento, y confirmación de criterios de elegibilidad y disposición), adecuación corporal hormonal (prescripción y control de terapia de feminización o masculinización; excluye a personas trans menores de dieciocho años) y adecuación corporal quirúrgica (exige que la persona sea mayor de edad). En este sentido, “Con esto evidenciamos una visión patologizante y estigmatizante, pues el proceso de transición que establece la vía clínica es un listado de requisitos que el profesional de salud debe verificar, y solo una vez que lo hace se puede seguir avanzando”(6).

Con la creación de los llamados «polis trans» al interior de algunos hospitales públicos, procedimientos como las terapias hormonales y las intervenciones quirúrgicas se han ido enrumbando en un camino de respeto y conocimiento. El hospital de Talcahuano, Las Higueras y el hospital Carlos Van Buren de Valparaíso lideran hoy estos procedimientos médicos; y a nivel nacional, se estima que en siete de las dieciséis regiones de Chile existen centros públicos de salud donde se realiza acompañamiento a personas trans y tratamientos hormonales

Así, es fundamental preguntarse también de dónde provienen los recursos, pues en el Ministerio de Salud no existe ningún programa ni presupuesto asociado, ni disponemos de una glosa presupuestaria enfocada en la salud de las personas trans. Los medicamentos para los tratamientos hormonales y todo el material necesario para las intervenciones quirúrgicas, son costeados exclusivamente por los hospitales quienes sacan el dinero de su propio patrimonio. Por tanto, los ciudadanos que cotizan en Fonasa pueden acceder a estas prestaciones de salud gracias a los hospitales, mientras que aquellos que tienen Isapre sólo pueden cubrir las distintas prestaciones médicas en la medida de que sus contratos y las clínicas lo estipulen.

La realidad de la salud pública versus la de la salud privada ha originado una serie de conflictos en esta materia. En los centros públicos se ha alertado la escasez de medicamentos para los tratamientos hormonales (en 2016 fue de público conocimiento el desabastecimiento de estos en el hospital Van Buren) y la poca disponibilidad de profesionales que trabajen con personas trans. En los centros privados, en tanto, se han advertido las barreras de acceso para la cobertura de las intervenciones quirúrgicas.

En un intento por mitigar sus efectos —aunque manteniendo la visión patologizante de la vía clínica—, el Ministerio de Salud reguló en 2011 y 2012 el uso obligatorio del nombre social de las personas trans en su ficha clínica, en el trato con los profesionales de la salud y en su atención. Sin embargo, a nivel nacional existen pocos servicios públicos que conocen estas normas administrativas, lo que complejiza su aplicación y genera nuevos espacios de incomodidad y vulneración para quienes se ven expuestos a ser llamados por su nombre legal.

¿Qué sucede en las clínicas privadas? Si bien las circulares no son aplicables a estas instituciones, en ellas sí rigen las reglas generales sobre discriminación arbitraria y el derecho a la identidad de género, en base a estándares internacionales. Es decir, las clínicas están obligadas a respetar el nombre social de las personas trans y así lo ha confirmado nuestro máximo órgano de justicia.

Sin un programa ni políticas públicas claras del Ministerio de Salud y una legislación robusta en la materia, esta situación seguirá estando presente en los servicios de salud del país. Es aquí donde el diseño constitucional exige un avance en torno a lo que es el fortalecimiento de la salud pública y el deber de la institucionalidad de propender a la elaboración de políticas públicas hacia poblaciones históricamente discriminadas y excluidas.

iv) Salud mental

En Chile no se cuenta actualmente con una ley en materia de salud mental y las políticas públicas al respecto han sido escasas y no han significado un impacto a largo plazo en torno a la salud mental de la población. Esto ha afectado a todas las personas en nuestro país, siendo uno de los grupos más marginados las personas LGBTIQ+ a raíz de la escueta formación que tienen los profesionales de la salud mental en estas temáticas. Es común, lamentablemente, que las personas LGBTIQ+ sean discriminadas por los profesionales de la salud mental en las atenciones o existan prejuicios en torno a la realidad que viven. Aquí es útil traer el concepto de Estrés de Minorías que ha sido conceptualizado por Ian Meyer que hace referencia a las problemáticas de salud mental, ansiedad, entre otros, asociados a la discriminación y violencia que sufren las personas LGBTIQ+ por su orientación sexual, identidad y expresión de género.

Asimismo, ha sido un secreto a voces que aún se realizan terapias de conversión, o como se denominan, esfuerzos por modificar la orientación sexual, identidad y expresión de género de las personas. En este sentido, creemos que establecer como parte del derecho a la salud, el derecho a la salud mental contribuye directamente al abordaje de las problemáticas anteriormente expuestas.

v) Personas intersex

La realidad de las personas intersex se encuentra completamente invisibilizada en Chile. Actualmente no se cuenta con estadísticas respecto a niños y niñas recién nacidos intersex ni tampoco se cuenta con protocolos claros respecto a la asignación del sexo. En torno a esto, el Ministerio de Salud ha emitido 2 circulares, la circular N.º 18 del año 2015 y la N.º 07 del 2016 que regulan los procedimientos en la materia. La primera circular prohibía la realización de las llamadas cirugías correctivas para niños y niñas intersex, sin embargo la segunda, que vino a complementar, estableció un gran rango de casos en los cuales si se puede realizar y entregó la facultad de aquiescencia de dichos procedimientos a la familia.

Lamentablemente, dichas circulares no han sido muy difundidas en los centros de salud y no han implicado además un avance sustantivo en materia de políticas públicas para personas intersex.

vi) Financiamiento y elaboración de políticas públicas

Una de las principales problemáticas que hemos tenido ha sido la ausencia de una focalización de políticas públicas dirigidas a la atención en salud de personas LGBTIQ+. La estigmatización y los prejuicios que han estado presentes en la institucionalidad por parte del Ministerio de Salud ha tenido como consecuencia que hasta el día de hoy no contemos con planes, políticas ni programas claros en torno a los derechos en salud de las personas LGBTIQ+. La evidencia de su importancia queda de manifiesto cuando analizamos la realidad y las situaciones que se viven diariamente en la atención de salud.

Derechos en salud de las personas LGBTQ+

Los derechos en salud de las personas LGBTQ+ dicen relación con el concepto mismo de salud, siguiendo el concepto de la OMS sobre un estado de bienestar completo, por lo que podemos afirmar que son diversos los derechos o situaciones que se desglosan cuando hablamos de derecho a la salud en torno a la población LGBTQ+. En razón de lo anterior, anteriormente mencionamos algunos de los elementos que consideramos importante abordar, ya sea de manera específica, o subsumida en el reconocimiento del derecho a la salud con los aspectos que habíamos señalado como piso mínimo para un avance sustantivo. En efecto, hacerse cargo de la realidad de las personas LGBTQ+ en el ámbito de la salud exige en primer lugar contar con una conceptualización del derecho a la salud como un derecho humano, en segundo, un Sistema Nacional de Salud público con principios y características de universalidad, solidaridad, gratuidad, equidad, no discriminación, pluriculturalismo, participación, en tercer lugar, se requiere una institucionalidad que pueda hacerse cargo de planes, políticas y programas que puedan sostenerse en el tiempo y generar un avance en torno a la atención de salud de las personas LGBTQ+. A través de esta propuesta creemos que puede avanzarse de esta forma en torno a la violencia, discriminación, salud de personas trans, personas intersex y en torno al financiamiento y elaboración de políticas públicas.

En relación con los derechos de las personas intersex, las personas trans y los derechos sexuales y reproductivos, el avance en materia de salud también debe ir aparejado del reconocimiento de otros derechos como por ejemplo el derecho a la identidad y el derecho a la autonomía corporal, avanzando de esta manera también en una concepción que permita la libertad de las personas sobre sus propios cuerpos en base al consentimiento informado en el ámbito de la salud. La no patologización de identidades y orientaciones encuentra su fundamento en el avance de estos derechos en conjunto con una visión del derecho a la salud que reconozca y respete a las personas.

En línea con lo anterior, lo relativo a la salud sexual y reproductiva y la salud mental deben conceptualizarse de manera separada, por un lado, en torno a la salud sexual y reproductiva creemos que debe ir en el marco de los derechos sexuales y reproductivos tal como lo habíamos señalado, y por el otro, reconocer propiamente la salud mental como un derecho, son las propuestas que manifestamos que pueden constituir un avance para solucionar las problemáticas que se dan en ese ámbito. Sin perjuicio de lo anterior, hay un vacío importante que debe suplirse de forma legal en torno a la formación de profesionales de la salud y la perspectiva de género y derechos humanos. Gran parte de los casos de violencia y discriminación se producen a raíz de una escasa formación en la materia.

Es aquí donde el rediseño de la educación superior y su institucionalidad deben hacerse cargo del rol social que cumplen en general las carreras tanto universitarias como técnicas en esta materia. Creemos que estas discusiones deben darse de forma especializada cuando hablemos de educación superior.

Consideraciones finales

Los derechos en salud de las personas LGBTIQ+ se conceptualizan desde una óptica de la interseccionalidad y de un diseño general-especial que requiere un análisis pormenorizado de lo que es la realidad de dicha población en conjunto con sus necesidades y sus demandas. La tesis que se ha manifestado en este artículo ha sido en torno a la necesidad de avanzar hacia una concepción distinta del derecho a la salud con el objetivo de garantizar dicho derecho para toda la población y a través de ésta, avanzar en soluciones respecto a cómo las personas LGBTIQ+ acceden a las distintas prestaciones de salud. Sin perjuicio de lo anterior, hay elementos que requieren un análisis separado, como la salud sexual y reproductiva y la salud mental, con el objeto de profundizar de forma especializada en dichos derechos.

Asimismo, hemos podido observar que el reconocimiento de los derechos en salud de las personas LGBTIQ+ también requieren que otros derechos se encuentren reconocidos, comprendiendo de esta manera la interconexión que existen entre los derechos, además de la vinculación directa que tiene el cambio en el rol del Estado. Conceptualizar el derecho a la salud como un derecho social va de la mano de contar con un Estado Social y Democrático de derecho. Es de esta forma que podemos hablar de derechos en salud de las personas LGBTIQ+ y no derecho a la salud propiamente tal, sin perjuicio que su conceptualización general pueda construirse de esta forma general. El proceso constituyente es una oportunidad histórica para hacerse cargo de las desigualdades y exclusiones que se ha generado en este sistema de salud que ha contribuido a una salud para ricos y otra para pobres, así como la discriminación hacia cierto grupo de personas.

Si bien es importante mencionar que el reconocimiento del derecho a la salud tal como lo habíamos señalado no es autosuficiente, será un primer paso para avanzar hacia la creación de un sistema de salud completamente distinto que pueda hacerse cargo de las situaciones que actualmente nos aquejan en este ámbito. Aquí el actual gobierno y congreso tomarán un rol importante en la tramitación de las leyes que se requerirán para la creación de este nuevo sistema y un cambio de paradigma en torno al derecho a la salud. De igual manera, las próximas generaciones de profesionales, técnicos y asistentes de la salud serán las encargadas de la ejecución en la práctica de esta nueva conceptualización, así como las Universidades e Institutos Profesionales, de formar a dichas personas. Con esto en juego, ahora solamente depende de la ciudadanía decidir, este 4 de septiembre de 2022, si es la nueva constitución la que tiene que hacerse cargo de esta nueva concepción del derecho a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Contardo O. Raro: una historia gay de Chile. Editorial Planeta.; 2011.
2. Evolución casos de discriminación 2002–2021 [Internet] [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2022/03/Evolucion-casos-de-discriminacion.png>
3. Morales L. Derechos Sociales, Conceptos para una nueva constitución, Muñoz F, Ponce de León Solís V, Editorial. Der Ediciones; 2020.
4. Arenas Catalán ES. Derecho a la Salud en la Nueva Constitución Chilena: Libertad, Solidaridad e Instituciones. En: Asociación Chilena de Derecho Constitucional, coord. Tránsito Constitucional: Camino hacia una nueva Constitución. 1 ed. Valencia: Tirant Lo Blanch. 2021. p. 211–229
5. Contreras P, Lovera D. La Constitución de Chile. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2020.
6. Valdés C. ¿Un cuerpo equivocado? identidad de género, derechos y caminos de transición. [Chile]: Editorial La Pollera; 2021.